KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. Y DENGAN *CONGESTIVE HEART FAILURE* (CHF) DI RUANG ICU/ICCU RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

DISUSUN OLEH :

NICITA Y. S. SUBA
E1714401034
PASKALINA N. R. LELIMARNA
E1714401035

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
MAKASSAR
2020

LEMBAR PERSETUJUAN

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

Diajukan Oleh:

NICITA Y. S. SUBA
E1714401034
PASKALINA N. R. LELIMARNA
E1714401035

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 ini dengan judul **"ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. Y 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 : Selasa, 16 Juni 2020

Pukul : 08.00 - 09.20 WITA

Tempat : STIK Stella Maris Makassar

Tim Penguji :

1. Asrijal Bakri, Ns., M.Kes (…….)
2. Henny Pongantung, Ns.,MSN.,DN.,Dc (.....)

Moderator

1. Pricilia M. Tore, S.Kep.,Ns (……..)

Mengetahui

Ketua STIK Stella Maris

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

RIWAYAT HIDUP

1. Identitas Pribadi

Nama	: Nicita Y. S. Suba
Tempat/Tanggal Lahir	: Kuluri, 14 Maret 1999
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Protestan
Alamat	: Jl. Maipa no. 19

2. Indentitas Orang Tua

Ayah/Ibu	: Daniel Y. R Seru/Surianti Tammu
Agama	: Protestan
Pekerjaan	: Petani/IRT
Alamat	: Luwu Utara

3. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SDN 213 Kuluri	: Tahun 2005 - 2011
SMP 4 Bone-Bone	: Tahun 2011 - 2014
SMAN 1 Bone-Bone	: Tahun 2014 - 2017
STIK Stella Maris Makassar	: Tahun 2017 - 2020

RIWAYAT HIDUP

1. Identitas Pribadi

Nama	: Paskalina N. R. Lelimarna
Tempat/Tanggal Lahir	: Merauke, 22 Desember 1999
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Katolik
Alamat	: Jl. Datu Museng no.03

2. Indentitas Orang Tua

Ayah/Ibu	: Hendrik A Lelimarna/Maria Ohoiwutun
Agama	: Katolik
Pekerjaan	: Pegawai Negeri/IRT
Alamat	: Merauke, Papua

3. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

TKN Pembina Merauke	: Tahun 2005 - 2006
SD YPPK St.Agustinus	: Tahun 2006 - 2011
SMP YPPK Yohanes XXIII	: Tahun 2011 - 2014
SMAN 1 Merauke	: Tahun 2014 - 2017
STIK Stella Maris Makassar	: Tahun 2017 - 2020

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa oleh karena rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah (KTI) ini dengan judul **"ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. Y DENGAN *CONGESTIVE HEART FAILURE* (CHF) DI RUANG ICU/ICCU RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR".**

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

1. Siprianus Abdu, S.Si.,Ns.,M.Kes selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar.
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 Diploma III 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 di 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 RS Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan bagi penulis untuk melakukan pengambilan data awal dan memberikan kesempatan untuk melakukan penelitian di RS Stella Maris Makassar.

7. Kepala bagian, pembimbing klinik, dan para pegawai di ruang ICU/ICCU RS Stella Maris Makassar yang telah membantu penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Teristimewa kepada orang tua yang selalu memberi doa, semangat, dukungan dan bantuan berupa material sehingga penyusunan KTI ini dapat terselesaikan.
9. Kepada Ny. Y dan keluarga yang telah bekerja sama dengan penulis dalam penyusunan KTI ini.
10. Seluruh teman, sahabat yang selalu mendukung dalam penyusunan KTI ini.
11. Semua pihak yang tidak sempat disebutkan satu per satu yang telah banyak mendukung baik secara langsung maupun tidak langsung dalam penyusunan KTI ini.

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

Makassar, Juni 2020

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN i
RIWAYAT HIDUP ii
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 4
BAB II TINJAUAN TEORITIS 6
A. Konsep Dasar Medis 6
1. Pengertian 6
2. Anatomi fisiologi 6
3. Klasifikasi 9
4. Etiologi 10
5. Patofisiologi 11
6. Manisfestasi Klinik 13
7. Pemeriksaan Diagnostik 15
8. Penatalaksanaan Medis 16
9. Komplikasi 17
B. Konsep Dasar Keperawatan 17
1. Pengkajian 17
2. Diagnosa Keperawatan 20
3. Intervensi Keperawatan 20
4. *Discharge Planning* 24
C. Patoflowdiagram 25

BAB III TINJAUAN KASUS 28
A. Pengamatan Kasus 28
B. Pengkajian 29
C. Analisa Data 45
D. Diagnosa Keperawatan 47
E. Rencana Keperawatan 48
F. Pelaksanaan Keperawatan 53
G. Evaluasi Keperawatan 63
H. Terapi 69
BAB IV PEMBAHASAN KASUS 75
A. Pengkajian 75
B. Diagnosa Keperawatan 77
C. Perencanaan Keperawatan 79
D. Pelaksanaan Keperawatan 80
E. Evaluasi Keperawatan 81
BAB V PENUTUP 82
A. Kesimpulan 82
B. Saran 84
DAFTAR PUSTAKA 86

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Jantung Manusia 6
Gambar 2.2 Patoflowdiagram CHF 25
Gambar 3.1 Genogram 31

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Klasifikasi gagal jantung NYHA 10
Tabel 3.1 Hasil Pemeriksaan Laboratorium 43
Tabel 3.2 Analisa Data 45
Tabel 3.3 Diagnosa Keperawatan 47
Tabel 3.4 Rencana Keperawatan 48
Tabel 3.5 Pelaksanaan Keperawatan 53
Tabel 3.6 Evaluasi Keperawatan 63

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi memberikan pengaruh terhadap perubahan perilaku dan pola hidup masyarakat sekarang ini. Kecenderungan untuk hidup lebih mudah dan serba instan seringkali berdampak buruk terhadap kesehatan. Aktifitas fisik seperti berjalan kaki menjadi engan dilakukan oleh masyarakat. Olahraga pun menjadi jarang dikerjakan karena tuntutan kesibukan rutinitas. Konsumsi makanan cepat saji yang tinggi lemak dan rendah serat menjadi budaya sehari-hari. Tak heran jika terjadi pergeseran penyebab angka kematian dan kesakitan yang semula dari penyakit infeksi kepada penyakit metabolik dan degeneratif termasuk juga penyakit kardiovaskuler (Wihastuti, dkk, 2016). *Congestive Heart Failiure* merupakan ketidakmampuan jantung memompakan darah untuk memenuhi kebutuhan oksigen dan nutrisi ke jaringan tubuh. Penyebab paling umum dari CHF adalah penyakit jantung koroner, tekanan darah tinggi, aritmia jantung, anemia, penyakit paru-paru (Rispawati, 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 resiko berkembangnya penyakit CHF adalah 20% untuk usia ≥ 40 tahun dengan kejadian >650.000 kasus baru yang di diagnosis CHF selama beberapa dekade terakhir. Kejadian CHF meningkat dengan bertambahnya umur. Tingkat kematian untuk CHF sekitar 50% dalam kurun waktu lima tahun (Arini, 2015).

Penyakit CHF telah meningkat dan menjadi peringkat pertama sebagai penyebab utama kematian di Indonesia. Prevalensi penyakit

CHF di Indonesia menurut Riskesdas (2016) sebesar 0,3% dari total jumlah penduduk di Indonesia. Data prevalensi penyakit ditentukan berdasarkan hasil wawancara pada responden umur ≥15 tahun berupa gabungan kasus penyakit yang pernah di diagnosis dokter atau kasus yang mempunyai gejala penyakit gagal jantung. Prevalensi penyakit CHF di Sulawesi Selatan mencapai (1,5%) untuk yang terdiagnosis dan (0,4%) untuk prevalensi gejala. (Riskesdas, 2018).

Berdasarkan data dari MRO RS Stella Maris Makassar tercatat jumlah penderita CHF pada tahun 2017, sebanyak 373 pasien dengan kematian 54 pasien. Penderita CHF dengan umur 28 hari-1 tahun berjumlah 1 orang, umur 15-24 tahun berjumlah 3 orang, umur 25-44 tahun berjumlah 28 orang, umur 45-64 tahun berjumlah 160 orang, umur 65 tahun ke atas sebanyak 181 orang. Pada tahun 2018, tercatat jumlah penderita CHF sebanyak 317 pasien dengan kematian 40 pasien. Penderita CHF dengan umur 15-24 tahun berjumlah 5 orang, umur 25-44 tahun berjumlah 25 orang, umur 45-64 tahun berjumlah 149 orang, umur 65 tahun ke atas sebanyak 138 orang. Sedangkan pada tahun 2019, tercatat jumlah penderita CHF sebanyak 395 pasien dengan kematian 49 pasien. Penderita CHF dengan umur 15-24 tahun berjumlah 6 orang, umur 25-44 berjumlah 29 orang, umur 45-64 berjumlah 175 orang, umur 65 tahun ke atas sebanyak 185 orang (MRO RS Stella Maris Makassar, 2020).

Meningkatnya kejadian gagal jantung kongestif pada usia dewasa tua memberikan implikasi pada pentingnya peran perawat dalam memberikan pendidikan kesehatan. Perawat perlu memberikan informasi tentang diet, batasan aktivitas serta kepatuhan terhadap pengobatan. Dengan melihat hal tersebut maka penulis tertarik untuk mengambil masalah tersebut dalam bentuk Karya Tulis Ilmiah dengan judul Asuhan Keperawatan pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) di ruang perawatan ICU-ICCU Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

B. Tujuan penulisan

1. Tujuan Umum

   Memperoleh pengalaman nyata dalam menetapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Congestive Heart Failure* (CHF).

2. Tujuan Khusus

   a. Melaksanakan pengkajian keperawatan pada pasien dengan CHF.
   b. Menetapkan diagnosa keperawatan pada pasien dengan *Congestive Heart Failure* (CHF).
   c. Menetapkan rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan *Congestive Heart Failure* (CHF).
   d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan *Congestive Heart Failure* (CHF).
   e. Mengevaluasi tindakan keperawatan pada pasien dengan *Congestive Heart Failure* (CHF).
   f. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Congestive Heart Failure* (CHF).

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi Rumah Sakit

   Sebagai bahan masukan dan sumber informasi bagi perawat di rumah sakit dalam meningkatkan mutu pelayanan keperawatan khususnya penyakit CHF sehingga dapat berperan aktif dalam mengurangi angka kejadian penyakit tersebut.

2. Bagi Institusi Pendidikan

   Sebagai bahan referensi institusi pendidikan untuk meningkatkan mutu pendidikan di masa yang akan datang.

3. Bagi Pasien

   Menambah informasi tentang gambaran umum penyakit CHF sehingga menumbuhkan kesadaran untuk meningkatkan kesehatannya.

4. Bagi Penulis

   Menambah pengetahuan dan keterampilan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan CHF.

D. Metode Penulisan

1. Studi Kepustakaan

   Penulis mengumpulkan data dari beberapa referensi seperti buku.

2. Internet

   Penulis mengumpulkan data melalui website dan jurnal online.

3. Studi Kasus

   a. Wawancara

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

   b. Pemeriksaan fisik

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

   c. Studi dokumentasi

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

E. Sistematika Penulisan

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

BAB II
TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Medis

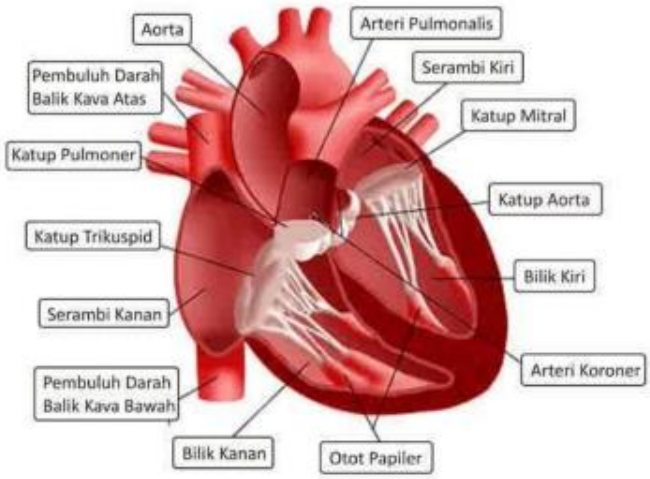
1. Pengertian

Congestive Heart Failure adalah kegagalan jantung untuk memompa darah dalam jumlah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan tubuh yang cukup (Aspiani, 2014).

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

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

2. Anatomi jantung



Gambar 2.1 Anatomi Jantung Manusia

Sumber : Tim MGMP, 2015

a. Lapisan jantung terdiri dari :
   1) Epikardium lapisan yang merupakan kantong pembungkus jantung terletak di dalam mediastinum minus, terletak di belakang karpus stemi dan rawan iga II-VI.
   2) Miokardium merupakan lapisan tengah yang terdiri atas otot yang berperan dalam menentukan kontraksi.
   3) Endokardium merupakan lapisan terdalam terdiri atas jaringan endotel yang melapisi bagian dalam jantung dan menutupi katup jantung.

b. Ruang-ruang jantung :
   1) Atrium dextra : Memiliki dinding yang tipis

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

      Dari atrium dextra kemudian darah dipompa ke ventrikel dextra.
   2) Ventrikel dextra : Berbentuk bulan sabit yang unik

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

c. Atrium sinistra
   1) Atrium sinistra menerima darah yang sudah teroksigenasi dari paru melalui keempat vena pulmonalis. Darah ini kemudian mengalir ke ventrikel sinistra melalui katup mitralis. Katup mitralis mencegah aliran balik darah ventrikel sinistra saat ventrikel sinistra berkontraksi.
   2) Antara vena pulmonalis dan atrium sinistra tak ada katup sejati, karena itu perubahan tekanan dari atrium sinistra mudah sekali membalik *retrogade* ke dalam pembuluh paru.

Peningkatan tekanan atrium sinistra yang akut akan menyebabkan bendungan paru.

3) Atrium sinistra berdinding tipis dan bertekanan rendah.

d. Ventrikel sinistra

1) Memiliki dinding yang lebih tebal dari pada dinding ventrikel dextra, sehingga ventrikel sinistra berkontraksi lebih kuat.
2) Ventrikel kiri memompa darah ke seluruh tubuh melalui aorta, arteri terbesar tubuh. Pada pertemuan aorta dan ventrikel sinistra terdapat katup semilunaris aorta. Katup ini membuka karena kontraksi ventrikel sinistra yang juga menutup katup mitralis. Katup semilunaris aorta menutup saat ventrikel sinistra relaksasi, untuk mencegah aliran balik darah aorta ke ventrikel sinistra. Ketika katup *atrioventrikularis* menutup, katup ini mencegah aliran balik darah ke atrium sinistra.
3) Ventrikel sinistra harus menghasilkan tekanan yang cukup tinggi untuk mengatasi tekanan sirkulasi sistemik dan mempertahankan aliran darah ke jaringan perifer.

e. Katup jantung

Katup antrioventrikuler memisahkan antara atrium dan ventrikel. Katup ini memungkinkan darah mengalir dari masing-masing atrium ke vertikel saat diastole vertikel dan mencegah aliran balik ke atrium saat sistole ventrikel. Katup antrioventrikuler ada dua, yaitu katup trikuspidalis dan katup bikuspidalis. Katup trikuspidalis memiliki tuga buah daun katup yang terletak antara atrium dextra dan ventrikel dextra. Katup bikuspidalis atau katup mital memiliki dua buah daun katup dan terletak antara atrium sinistra dan ventrikel sinistra.

f. Katup *semilunaris*

Katup *semilunaris* terdiri dari dua katup yaitu katup aorta dan katup pulmonalis. Kedua katup *seminuaris* sama bentuknya,

katup ini terdiri dari tiga daun katup simetrris. Katup aorta terletak antara ventrikel sinistra dan aorta, sedangkan katup *pulmonalis* terletak antara ventrikel dextra dan arteri pulmonalis (Syaifuddin, 2014).

3. Klasifikasi
   a. Menurut Karson, 2016 *Congestive Heart Failure* dibagi menjadi beberapa jenis yaitu :
      1) Gagal jantung akut dan kronik
         a) Gagal jantung akut terjadinya secara tiba-tiba ditandai dengan penurunan *cardic output* atau tidak adekuatnya perfusi jaringan. Hal ini dapat menyebabkan edema paru dan kolap pembuluh darah.
         b) Gagal jantung kronik terjadinya secara perlahan ditandai dengan penyakit jantung iskemik, penyakit jantung paru kronis, pada gagal jantung kronik terjadi retensi air dan sodium pada ventrikel sehingga menyebabkan *hypervolemia*, akibatnya ventrikel dilatasi dan *hipertrofi*.
      2) Gagal jantung kanan dan kiri
         a) Gagal jantung kanan, disebabkan peningkatan tekanan pulmo akibat gagal jantung kiri yang berlangsung cukup lama sehingga cairan yang terbendung akan terakumudasi secara sistemik di kaki, *asites*, *hepatomegal* dan efusi pleura.
         b) Gagal jantung kiri, terjadi karena ventrikel gagal untuk memompa darah secara adekuat sehingga menyebabkan *kongesti pulmonal, hipertensi* dan kelainan pada katup *aorta/mitral.*

3) Gagal jantung sistolik dan diastolic

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

b) Diatolik karena ketidakmampuan ventrikel dalam pengisian darah akibatnya *stroke* volume *cardiac output* menurun.

b. Klarifikasi CHF menurut derajat atau beratnya gejala menurut *New York heart Association* (NYHA)

Kelas	Definisi
I	Tidak terdapat batasan dalam melakukan aktifitas fisik. Aktifitas fisik sehari-hari tidak menimbulkan kelelahan, palpitasi atau sesak nafas.
II	Terdapat batasan aktifitas ringan. Tidak terdapat keluhan saat istirahat, namun aktifitas fisik sehari-hari menimbulkan kelelahan, palpitasi atau sesak nafas.
III	Terdapat batasan aktifitas bermakna. Tidak terdapat keluhan saat istirahat, tetapi aktifitas fisik ringan menyebabkan kelelahan, palpitasi atau sesak.
IV	Tidak dapat melakukan aktifitas fisik tanpa keluhan. Terdapat gejala saat istirahat. Keluhan meningkatkan saat melakukan aktifitas.

Tabel 2.1 Klasifikasi gagal jantung NYHA

(Sumber : Siswanto, dkk, 2015)

4. Etiologi

Secara umum penyebab gagal jantung dikelompokkan sebagai berikut:

a. Disfungsi miokard.

b. Beban tekanan berlebihan-pembebanan sistolik *(sictolic overload).*

1) Volume : defek septum atrial, defek septum ventrikel, ductus arteriosus paten.
2) Tekanan : stenosis aorta, stenosis pulmonal, koarktasi aorta.
3) Disritmia.

c. Beban volume berlebihan-pembebanan diastolik *(diastolic overload).*
d. Peningkatan kebutuhan metabolic *(demand overload)* (Aspiani, 2014).

5. Patofisiologi

Klasifikasi kontraktilitas pada gagal jantung akan mengganggu kemampuan pengosongan ventrikel. Kontraktilitas ventrikel kiri yang menurun mengurangi kardiak output dan meningkatkan volume ventrikel. Pada keadaan gagal jantung bila salah satu keadaan preload, afterload atau kontraktilitas terganggu, menyebabkan curang jantung menurun, meliputi keadaan yang menyebabkan preload meningkat contoh regurgitasi aorta, cacat septum ventrikel. Menyebabkan afterload meningkat yaitu pada keadaan stenosis aorta dan hipertensi sistemik. Kontraktilitas otot dapat menurun pada infark miokardium dan kelainan otot jantung.

Kelainan otot fungsi jantung disebabkan karena ateroklerosis coroner, hipertensi arterial dan penyakit otot degeneratif atau inflamasi. Ateroklerosis coroner mengakibatkan disfungsi miokardium karena terganggunya aliran darah ke otot jantung. Ateroklerosis atau pengerasan arteri ditandai oleh penimbunan lemak yang progresif sampai lambat pada dinding-dinding arteri yang di sebut plak yang mengurangi atau memblokir sama sekali aliran darah ke jaringan. Bila sel-sel otot arteri tertimbun lemak, maka elastisitasnya akan menghilang dan kurang dapat mengatur tekanan darah. Terjadi hipoksia dan asidosis (akibat penumpukan asam laktat). Infark miokardium biasanya mendahului terjadinya

gagal jantung. Hipertensi sistemik atau pulmonal (peningkatan *afterload*) meningkat beban kerja jantung dan pada gilirannya mengakibatkan hipertrofi serabut otot jantung. Hipertrofi otot jantung tadi tidak dapat berfungsi secara normal dan akhirnya terjadi gagal jantung. Peradangan dan penyakit miokardium degenerative berhubungan dengan gagal jantung karena kondisi ini secara langsung merusak serabut jantung, menyebabkan kontraktilitas menurun. Kontraktilitas ventrikel yang menurun mengurangi curah sekuncup dan meningkatkan volume residu ventrikel.

Ada tiga mekanisme yang dapat dilihat sebagai respon terhadap gagal jantung, yaitu: meningkatnya aktivitas adrenergic simpatik, meningkatnya beban awal akibat aktifasi system renin angiotensin aldosterone dan hipertrofi ventrikel. Ketiga respon kompensantorik ini mencerminkan usaha untuk mempertahankan curah jantung. Mekanisme-mekanisme ini mungkin memadai untuk mempertahankan curang jantung pada tingkat normal atau hamper normal pada gagal jantung dini dan pada keadaan istirahat. Akan tetapi, kelainan pada kerja ventrikel dan menurunnya curah jantung biasanya tampak pada keadaan bertivitas. Dengan berlanjutnya gagal jantung, maka kompensasi akan menjadi semakin berkurang efektif.

Menurunnya curah sekuncup pada gagal jantung akan mengakibatkan respon simpatik kompensatorik. Meningkatnya aktivitas adrenergic simpatik merangsang pengeluaran katekolamin dari saraf adrenergic jantung dan medulla adrenal. Denyut jantung dan kekuatan kontraksi akan meningkat untuk menambah curah jantung. Juga terjadi vasokontriksi arteri perifer untuk menstabilkan tekanan arteria dan redistribusi volume darah dengan mengurangi aliran darah ke organ-organ yang rendah metabolismenya, seperti

kulit dan ginjal, agar perfusi ke jantung dan otak dapat dipertahankan.

Penurunan curah jantung pada gagal jantung akan memulai serangkaian peristiwa, antara lain, 1) Penurunan aliran darah ginjal akhirnya laju filtrasi glomerulus, 2) pelepasan renin dari apparatus juksta glomerulus, 3) interaksi renin dengan angiotensinogen dalam darah untuk menghasilkan angiotensin I, 4) konversi angiotensin I menjadi angiotensin II, 5) perangsangan sekresi aldosterola dari kelenjar adrenal, dan 6) retensi natrium dan air pada tubulus distal dan doktus pengumpul.

Respons terhadap kegagalan jantung lainnya jantung adalah hipertrofi miokardium atau bertambahnya tebal dinding. Hipertrofi meningkatkan jumlah sarkomer dalam sel-sel miokardium, bergantung dari jenis beban hemodinamik yang mengakibatkan gagal jantung. Sarkomer dapat bertambah secara paralel atau serial.

Ventrikel kanan dan kiri dapat mengalami kegagalan secara terpisah. Gagal ventrikel kiri paling sering mendahului gagal ventrikel kanan. Gagal ventrikel kiri murni sinonim dengan edema paru akut. Karena curah jantung ventrikel berpasangan, maka kegagalan salah satu ventrikel dapat mengakibatkan penurunan perfusi jaringan. Gagal jantung kiri terjadi karena adanya gangguan pemompa darah oleh ventrikel kiri sehingga curah jantung kiri menurun dengan akibat tekanan akhir diastolic dalam ventrikel kiri dan volume akhir diastolic dalam ventrikel kiri meningkat. Gagal jantung kanan terjadi karena gangguan atau hambatan pada daya pompa ventrikel kanan sehingga isi sekuncup ventrikel kanan menurun, tanpa didahului oleh adanya gagal jantung kiri.

Bila gangguan jantung kiri dan kanan pada satu waktu terjadi bersama, makan keadaan ini di sebut gagal jantung kongestif yang

umumnya ditandai dengan adanya bendungan paru dan bendungan sistemik pada waktu yang bersamaan (Kasron, 2012).

6. Manifestasi Klinik

a. Gagal jantung kiri

1) Dyspnea

Terjadi akibat penimbunan cairan dalam alveoli dan mengganggu pertukaran gas dapat terjadi ortopnue. Beberapa pasien dapat mengalami ortopnue pada malam hari yang dinamakan Paroksimal Noktural Dispnea (PND).

2) Batuk

Kongesti mukosa bronchial dan berhubungan dengan peningkatan produksi mukus.

3) Mudah lelah

Terjadi karena curah jantung yang kurang menghambat jaringan dari sirkuasi normal dan oksigen serta menurunnya pembuangan sisa hasil katabolisme. Juga terjadi karena meningkatnya energy yang digunakan untuk bernapas.

4) Kegelisahan dan kecemasan

Terjadi akibat gangguan oksigenasi jaringan, stress akibat kesakitan bernapas dan pengetahuan bahwa jantung tidak berfungsi dengan baik.

5) Insomnia

Terjadi akibat distress pernapasan dan batuk.

6) Bunyi S_3 dan S_4

Bunyi S_3 yang disebabkan oleh pengisian ventrikel yang cepat. Bunyi S_4 yang terjadi karena kontraksi atrium melawan ventrikel yang sudah tidak lentur lagi.

7) Ronchi dan krekels

Timbul akibat gaya gravitasi dan transudasi cairan paru.

8) Takikardi

Respon terhadap rangsangan saraf simpatis.

b. Gagal jantung kanan

1) Hepatomegali

Terjadi akibat pembesaran vena di hepar.

2) Anoreksia dan mual

Terjadi akibat pembesaran vena dan statis vena dalam rongga abdomen.

3) Nokturia

Terjadi karena perfusi renal didukung oleh posisi penderita pada saat berbaring.

4) Kelemahan

Karena menurunnya curang jantung, gangguan sirkulasi dan pembuangan produk sampah katabolisme yang tidak adekuat dari jaringan.

5) Distensi vena leher

Akibat darah pada vena tertahan maka akan mempengaruhi vena jugularis, dimana vena jugularis menjadi tegang karena penuhnya darah.

6) Asites

Penimbunan cairan dalam rongga peritoneum (Muttaqin, 2012).

7. Pemeriksaan Diagnostik

a. EKG

Dapat ditemukan kelainan primer jantung (iskemik, hipertrofi ventrikel, gangguan irama) dan tanda-tanda faktor pencetus akut (infark miokard, emboli paru).

b. Tes Laboratorium Darah

1) Enzym hepar meningkat dalam gagal jantung/kongestif

2) Elektrolit kemungkinan berubah karena perpindahan cairan dan penurunan fungsi ginjal

3) Oksimeter nadi kemungkinan saturasi O2 rendah
4) AGD gagal ventrikel kiri ditandai dengan alkalosis respiratorik ringan atau hipoksemia dengan peningkatan PC02
5) Albumin : menurun sebagai akibat penurunan masukan protein

c. Foto *Thorax*

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

d. Sonogram ecokardiogram dapat menunjukkan pembesaran bilik perubahan dalam fungsi struktur katup, penurunan komtraktilitas ventrikel (Kasron, 2016).

8. Penatalaksanaan Medis

a. Penatalaksaan medis untuk mengurangi *afterload* dan *preload*

1) *First line drugs* : deuretik untuk mengurangi *afterload* pada disfungsi sistolik dan mengurangi *kongestif pulmonal* pada disfungsi diastolik.
2) *Second line drugs* : ACE inhibitor, membantu meningkatkan COP dan menurunkan kerja jantung.
   a) *Digoxin:* meningkatkan kontraktilitas. Obat ini yang digunakan untuk kegagalan diastolic yang mana dibutuhkan pengembangan ventrikel untuk relaksasi.
   b) *Hidralazin:* menurunkan *afterload* untuk disfungsi sistolik
   c) *Isobarbide dinitral:* mengurangi *preload* dan *afterload* untuk disfungsi sistolik, hindari *fasodilator* 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 dikontraindikasi 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) Meningkatkan oksigenasi dengan pemberian oksigen dan menurunkan konsumsi oksigen melalui istirahat dan pembatasan fisik.
   2) Berhenti merokok.
   3) Berhenti minum alkohol.
   4) Melakukan olahraga secara teratur.
   5) Diet pembatasan natrium (<4 gr/hari)
   6) Pembatasan cairan (±1200-1500 cc/hari).

9. Komplikasi
   a. Aritmia

      Gangguan jantung yang di tandai oleh tidak teraturnya irama jantung.
   b. Hepatomegali

      Pada gagal ventrikel kanan kongestif vena merusak sel hepar, terjadi fibrosis dan serosis hati.
   c. Edema paru

      Suatu kondisi yang ditandai dengan gejala sulit bernapas akibat terjadinya penumpukan cairan di dalam kantong paru-paru (alveoli).
   d. Hidrotoraks

      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 tamponade jantung. (Aspiani, 2014)

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

a. Kondisi:

1) Menurunnya kontraktilitas miokard, MCI, kardiomiopati, gangguan konduksi, obat seperti penyekat beta.
2) Meningkatnya beban miokard, penyakit katup jantung, anemia, hipertermia.

b. Keluhan

1) Sesak saat bekerja, dyspnea noktural paroksismal, ortopnea.
2) Lelah, pusing.
3) Nyeri dada.
4) Bengkak pada kaki, sepatu sempit.
5) Nafsu makan menurun, nausea, distensi abdomen.
6) Urine menurun.

c. Pemeriksaan Fisik

Inspeksi

1) Respirasi meningkat, dyspnea.
2) Batuk kering, sputum pekat, bercampur darah.
3) Vena leher, dengan JVP meningkat.
4) Kulit bersisik, pucat.
5) Edema kaki, skrotum.
6) Asites abdomen.

Palpasi

1) Jantung, PMI bergeser ke kiri, inferior karena dilatasi atau hipertrofi ventrikel.
2) Pulsasi perifer menurun.
3) Hati teraba di baah arkus kosta kanan.

4) Denyut jantung meningkat indikasi tekanan vena porta sistemik meningkat.
5) Edema menyebabkan piting.

Auskultasi

1) Suara paru menurun, basilar rates mengakibatkan cairan pada jaringan paru.
2) Suara jantung dengan S1, S2 menurun. Kontraksi miokard menurun. S3 meningkat, volume sisa meningkat, murmur terkadang juga terjadi.

d. Pengkajian data

Aktivitas dan istirahat :

1) Adanya kelelahan, insomnia, letargi, kurang istirahat.
2) Sakit dada, dyspnea pada saat istirahat atau saat beraktivitas.

Sirkulasi

1) Riwayat hipertensi, kelainan katup, bedah jantung, endocarditis, anemia, syok septik, bengkak pada kaki, asites, takikardia.
2) Disritmia, filbrilasi atrial, kontraksi ventrikel premature.
3) Bunyi S3 gallop, adanya sistolik atau diastolic, murmur, peningkatan JVP.
4) Adanya nyeri dada, sinosis, pucat, ronki, hepatomegaly.

Status mental

1) Cemas, ketakutan, gelisah, marah, peka.
2) Stress sehubung dengan penyakitnya, social, finansial.

Eliminasi

1) Penurunan volume urine, urine yang pekat,
2) Nokturia, diare dan konstipasi.

Makanan dan cairan

1) Hilang nafsu makan, mual dan muntah.
2) Edema di ekstremitas nawah, asites.

Neurologi

1) Pusing, pingsan, kesakitan.
2) Letargi, bingung, disorientasi, peka.

Rasa nyaman

Sakit dada, kronik/akut angina.

Repirasi

1) Dyspnea pada waktu aktivitas, takipnea.
2) Tidur dan duduk, riwayat penyakit paru (Aspiani, 2014).

2. Diagnosa Keperawatan
   a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas.
   b. Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan hiperventilitas.
   c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.
   d. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi (Wikinson, 2012).
3. Perencanaan Keperawatan

   Rencana keperawatan disusun berdasarkan diagnosa yang sering muncul :

   a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas.

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

      Kriteria hasil: Ketidakefektifan pompa jantung kembali normal

      Intervensi (NIC):

      1) Monitor tanda-tanda vital secara rutin

         Rasional : Pada GJK (Gagal Jantung Kongestif) dini, sedang atau kronis TD dapat meningkat sehubungan dengan SVR (systemic Vaskuler Serebral). Pada CHF laju

tubuh tidak mampu lagi mengompensasi dan hipotensi tak dapat normal lagi.

2) Pantau asupan dan haluaran urine

Rasional : Ginjal berespon untuk menurunkan curah jantung dengan menahan cairan dan natrium haluaran urine biasanya menurun selama sehari karena perpindahan cairan ke jaringan tetapi dapat meningkat pada malam hari sehingga cairan berpindah kembali ke sirkulasi bila pasien tidur.

3) Pantau denyut perifer

Rasional : Penurunan curah jantung dapat menunjukan menurunnya nadi radial, popliteal, dorsalis pedis dan postibial.

4) Pantau irama dan frekuensi jantung

Rasional : Biasanya terjadi takikardi untuk mengompensasi penurunan kontraktilitas ventrikuler.

5) Auskultasi suara paru terhadap bunyi cracle atau suara napas tambahan lainnya.

Rasional : menyatakan adanya kongesti paru pengumpulan sekret.

6) Jelaskan tujuan pemberian oksigen per kanula atau sungkup

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

b. Ketidakefektifan pola napas b/d hiperventilasi

Hasil yang diharapkan (NOC): Klien tidak sesak napas, pernapasan dalam batas normal 16-20 ^{x}/menit, repon batuk berkurang

Intervensi (NIC):

1) Pantau pucat dan sianosis :

   Rasional : pucat menunjukan menurunnya perfusi perifer sekunder terhadap tidak adekuatnya curah jantung, vasokonstriksi dan anemia. Sianosis dapat terjadi sebagai refratori Gagal jantung kongestif.

2) Pantau pernapasan yang berbunyi, seperti mendengkur

   Rasional : menunjukan penyempitan saluran pernapasan.

3) Pantau kecepatan, irama, kedalaman dan upaya pernapasan

   Rasional : Takipnea dan peningkatan napas menunjukan kesulitan pernapasan dan adanya kebutuhan untuk meningkatkan pengawasan.

4) Auskultasi bunyi napas

   Rasional : Kelebihan volume cairan sering menimbulkan kongesti paru.

5) Ajarkan batuk efektif

   Rasional : Untuk mempermudah keluarnya secret.

6) Berikan posisi tidur yang nyaman (semi fowler)

   Rasional : Posisi tersebut dapat memfasilitasi ekspansi paru.

7) Berikan obat (misalnya bronkodilator) sesuai dengan program atau protocol

   Rasional : Bronkodilator dapat meningkatkan aliran oksigen dengan mendilatasi jalan napas kecil dan mengeluarkan efek diuretic ringan untuk menurunkan kongesti paru.

c. Intoleransi aktivitas b/d ketidakseimbangan antara suplai dengan kebutuhan oksigen

   Hasil diharapkan (NOC): Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharpkan pasien dapat toleransi terhadap aktivitas.

   Intervensi (NIC):

   1) Catat frekuensi jantung, irama dan perubahan TD selama dan setelah aktivitas

      Rasional : Respon klien terhadap aktivitas dapat mengindisikan adanya penurunan oksigen miokard.

   2) Tingkatkan istirahat, batasi aktivitas dan berikan aktivitas senggang yang tidak berat

      Rasional : menurunkan kerja miokard/konsumsi oksigen.

   3) Anjurkan klien untuk menghindari peningkatan tekanan abdomen, misalnya : mengejan saat defekasi.

      Rasional : Dengan mengejan dapat mengakibatkan penurunan curah jantung dan takikardi, serta peningkatan TD.

   4) Berikan waktu istirahat diantara waktu aktivitas

      Rasional : untuk mendapatkan cukup waktu resolusi bagi tubuh dan tidak terlalu memaksa kerja jantung.

   5) Anjurkan kepada keluarga dan pasien dalam penggunaan oksigen

      Rasional : Kecukupan O_2 pada jantung dapat meningkatkan kekuatan kontraksi otot jantung.

d. Kelebihan volume cairan tubuh b/d gangguan mekanisme regulasi tubuh

   Hasil yang diharapkan (NOC) : Pasien dapat mempertahankan cairan tubuh dalam jangka waktu 3-4 hari

   Intervensi (NIC) :

   1) Pantau haluaran urine catat jumlah dan warna

Rasional : Penurunan haluan urine karena penurunan perfusi ginjal.

2) Pantau atau hitung selama pengeluaran dan pemasukan selama 24 jam

   Rasional : Therapy diuretik dapat disebabkan oleh kehilangan berlebihan.

3) Pertahankan duduk/tira baring dengan posisi semi fowler

   Rasional : Posisi terlentang meningkatkan filtrasi ginjal dan menurunkan produksi sehingga meningkat diuretic.

4) Buat jadwal pemasukan cairan dan timbang BB

   Rasional : melibatkan pasien dalam pembatasan

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

   Rasional : Kongestif visceral pada GJK dapat mengganggu gaster.

e. *Discharge Planning*

Pada pasien dengan gagal jantung, poin edukasi yang harus di sampaikan adalah sebagai berikut:

1) Berat badan

   Berat badan harus dijaga agar indeks massa tubuh <25 (tidak *everweight*) tetapi harus juga dipastikan pasien tidak mengalami malnutrisi, terutama pada pasien berusia lanjut. Timbang berat badan paling tidak 2x seminggu. Bila ada peningkatan berat badan >2 kg dalam 3 hari, waspada untuk mengurangi asupan makan dan cairan.

2) Kepatuhan pengobatan

   Edukasi pentingnya obat-obat yang diberikan secara teratur sesuai aturan, apa yang harus dilakukan bila lupa minum obat, dan obat apa yang harus dihindari.

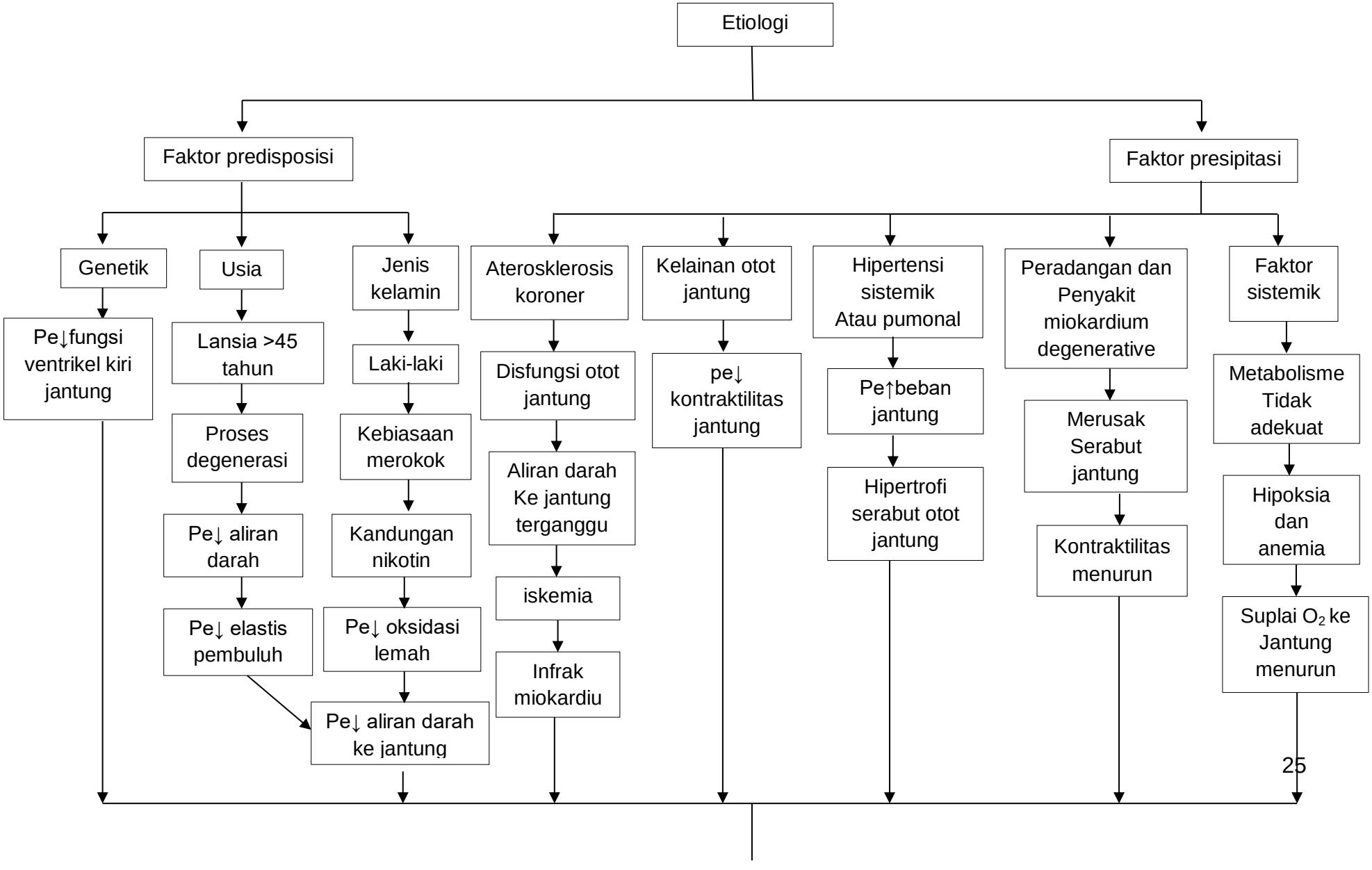
3) Diet/ asupan makanan

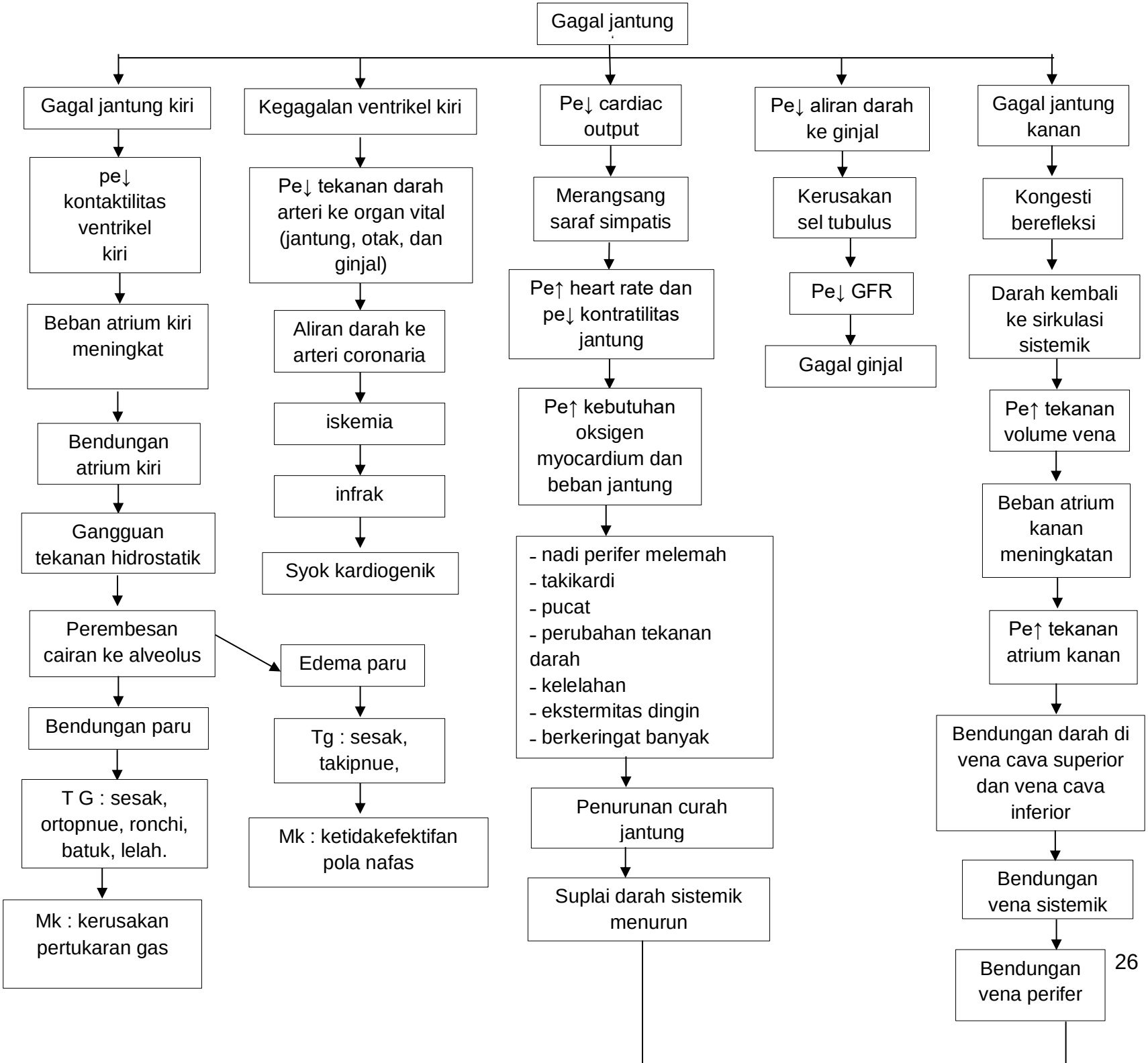
Hindari makan makanan yang tinggi natrium dan lemak.

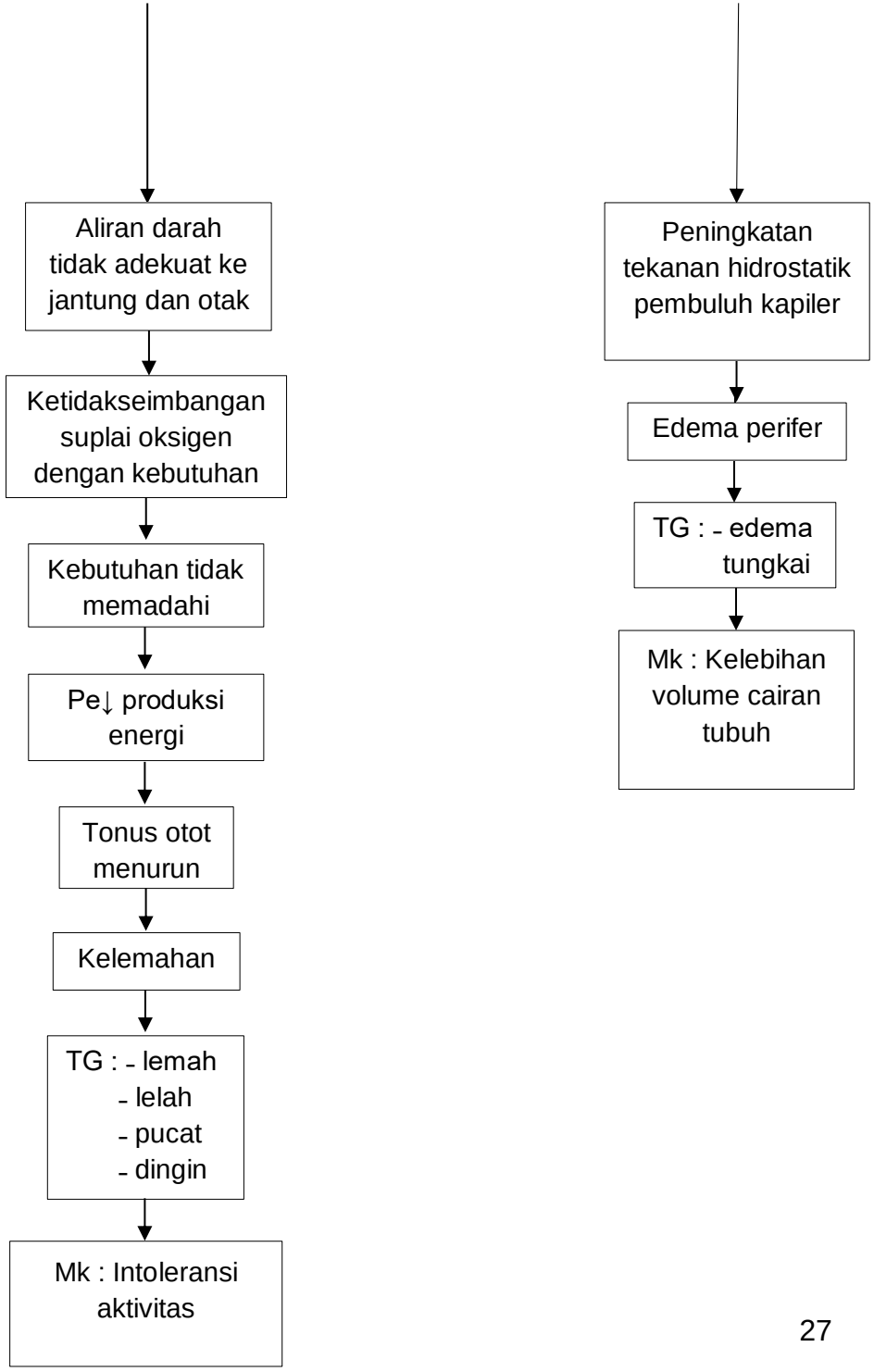
4) Aktivitas fisik

Pada kondisi dekompensata, pasien hanya boleh beristirahat, namun pada kondisi stabil, pasien boleh melakukan aktivitas harian santai (berjalan-jalan) untuk mencegah penurunan kondisi otot.

C. Patoflowdiagram




Gagal jantung
Gagal jantung kiri
pe↓ kontaktilitas ventrikel kiri
Beban atrium kiri meningkat
Bendungan atrium kiri
Gangguan tekanan hidrostatik
Perembesan cairan ke alveolus
Bendungan paru
T G : sesak, ortopnue, ronchi, batuk, lelah.
Mk : kerusakan pertukaran gas
Edema paru
Tg : sesak, takipnue,
Mk : ketidakefektifan pola nafas
Kegagalan ventrikel kiri
Pe↓ tekanan darah arteri ke organ vital (jantung, otak, dan ginjal)
Aliran darah ke arteri coronaria
iskemia
infrak
Syok kardiogenik
Pe↓ cardiac output
Merangsang saraf simpatis
Pe↑ heart rate dan pe↓ kontratilitas jantung
Pe↑ kebutuhan oksigen myocardium dan beban jantung
- nadi perifer melemah
- takikardi
- pucat
- perubahan tekanan darah
- kelelahan
- ekstermitas dingin
- berkeringat banyak
Penurunan curah jantung
Suplai darah sistemik menurun
Pe↓ aliran darah ke ginjal
Kerusakan sel tubulus
Pe↓ GFR
Gagal ginjal
Gagal jantung kanan
Kongesti berefleksi
Darah kembali ke sirkulasi sistemik
Pe↑ tekanan volume vena
Beban atrium kanan meningkatan
Pe↑ tekanan atrium kanan
Bendungan darah di vena cava superior dan vena cava inferior
Bendungan vena sistemik
Bendungan vena perifer



Gambar 2.2 Patoflowdiagram CHF

BAB III
TINJAUAN KASUS

A. Pengamatan Kasus

Pasien Ny. Y umur 21 tahun masuk Rumah Sakit Stella Maris Makassar pada tanggal 10 maret 2020 dirawat diruang ICU-ICCU dengan diagnosa medis *Congestive Heart Failure* (CHF).

Pada saat pengkajian pasien mengatakan ± 3 hari yang lalu pasien sesak napas disertai batuk berlendir, nyeri dibagian dada, nyeri tertusuk-tusuk dan hilang timbul ± 3-5 menit. Keadaan umum pasien tampak lemah, terpasang conekta di ekstremitas dextra, terpasang SpO2, terpasang oksigen rebreathing mask 8 liter/menit, terpasang kateter, pasien terbaring di tempat tidur dengan posisi semi fowler. Pada pemeriksaan tanda-tanda vital di dapatkan TD:120/90 mmHg, suhu:36,2^{o}C, pernapasan: 36 x/menit, nadi: 142 ^{x}/menit, suara napas bronchovesikuler, suara tambahan ronchi, JVP 5-2 cmH_2O. Dari hasil pemeriksaan laboratorium ditemukan HGB: 11.9 g/dl, HCT: 36.8 %, MCH: 24.2 pg, PLT: 670 fL, hasil gambaran EKG: sinus takikardi, hasil foto thoraks: pneumonia bilateral, terutama khusus kanan, dan hasil pemeriksaan Echoccardiography: dilatasi LA, EF:43%.

Berdasarkan data yang didapatkan pada pengkajian Ny. Y penulis menemukan masalah keperawatan seperti penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas, ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan penurunan volume paru, intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

B. Pengkajian

Nama Mahasiswa Yang Mengkaji : Nicita Y. S. Suba Nim : E1714401034 Paskalina N. R. Lelimarna Nim : E1714401035

Unit :ICU-ICCU Autoanamnese: √

Kamar : ICU Alloanamnese : √

Tanggal masuk RS : 10-03-2020

Tanggal pengkajian : 11-03-2020

1. Identitas
   a. Pasien
      Nama inisial : Ny. Y
      Umur : 21 Tahun
      Jenis kelamin : Perempuan
      Status perkawinan : Menikah
      Jumlah anak : 2
      Agama/suku : Islam/Makassar (Bugis)
      Warga negara : Indonesia
      Bahasa yang digunakan: Indonesia
      Pendidikan : SMA
      Pekerjaan : IRT
      Alamat rumah : Jl.Rajawali 1 Lorong 13 B
   b. Penanggung jawab
      Nama : Tn. D
      Umur : 23 Tahun
      Alamat : Jl. Rajawali 1 Lorong 13 B
      Hubungan dengan pasien: Suami

2. Data Medik
   Diagnosa medik

Saat masuk : Pneumonia + CHF

Saat pengkajian : CHF

3. Keadaan Umum

a. Keadaan sakit

Pasien tampak sakit sedang

Alasan: Keadaan umum pasien tampak lemah, terpasang conekta di ekstremitas dextra, terpasang SpO2, terpasang oksigen rebreathing mask 8 liter/menit, terpasang kateter, pasien terbaring di tempat tidur dengan posisi semi fowler.

b. Tanda-tanda vital

1. Kesadaran : Compos Mentis

Skala koma Glasgow (kuantitatif)

a) Respon motorik : 6

b) Respon bicara : 5

c) Respon membuka mata : 4

Jumlah: 15

Kesimpulan: Tidak koma

2. Tekanan darah : 120/90 mmHg

MAP : 100 mmHg

Kesimpulan : Perfusi ginjal memadai

3.Suhu : 36,2 ^{0}C di ☐ Oral ☑ Axilla ☐ Rectal

4.Pernapasan: 36 x/menit

Irama : ☐ Teratur ☐ Bradipnea ☑ Takipnea ☐ Kusmaul ☐ Cheynes-stokes

Jenis : ☑ Dada ☐ Perut

5.Nadi :142 x/menit

Irama : ☐ Teratur ☐ Bradikardi ☑ Takikardi

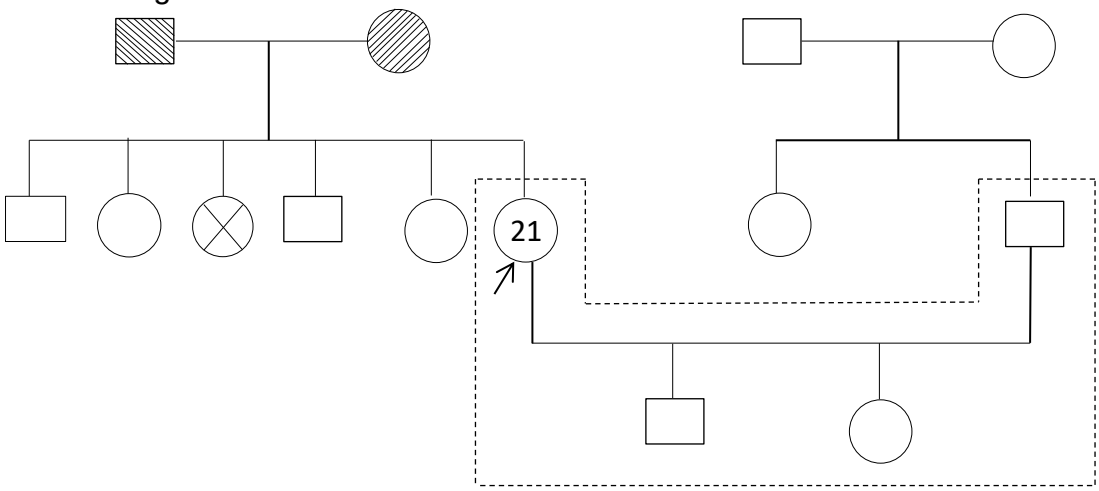
☑ Kuat ☐ Lemah

c. Pengukuran

1. Lingkar lengan atas : 23 cm
2. Tinggi badan : 164 cm
3. Berat badan : 65 kg
4. IMT(Indeks Massa Tubuh): 24,16

Kesimpulan : Berat badan normal

d. Genogram



Gambar 3.1 Genogram

Keterangan :

: Laki-laki

: Perempuan

: Meninggal

: Tinggal serumah

: Pasien

4. Pengkajian Pola Kesehatan

a. Pola Persepsi Kesehatan dan Pemeliharaan Kesehatan

1) Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan kesehatan merupakan sesuatu yang sangat penting, pasien sering mengkomsumsi daging yang berlemak seperti coto makassar dan bakso, pasien tidak merokok dan jarang berolahraga. Pasien setiap hari hanya mengerjakan

pekerjaan rumah tangga, bila pasien sakit hanya membeli obat di warung dan tidak ke rumah sakit.

2) Riwayat penyakit saat ini:
   a) Keluhan utama : Sesak Napas
   b) Riwayat keluhan utama :

      Keluarga pasien mengatakan pada malam hari saat ingin beristirahat tiba-tiba pasien merasakan sesak napas seperti habis berlari, sehinga langsung dibawa ke rumah sakit oleh suaminya. Pada saat pengkajian pasien mengatakan ± 3 hari yang lalu pasien sesak napas disertai batuk berlendir, nyeri dibagian dada, nyeri tertusuk-tusuk dan hilang timbul ± 3-5 menit.

3) Riwayat penyakit yang pernah dialami :

   Pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit sebelumnya.

4) Riwayat kesehatan keluarga :

   Pasien mengatakan kedua orang tuanya menderita penyakit jantung.

5) Pemeriksaan fisik :
   a) Kebersihan rambut : Tampak rambut berwarna hitam
   b) Kulit kepala : Tampak bersih
   c) Kebersihan kulit : Tampak bersih
   d) Higiene rongga mulut : Tampak bersih
   e) Kebersihan genetalia : Tidak dikaji
   f) kebersihan anus : Tidak dikaji

b. Pola Nutrisi dan Metabolik

1) Keadaan sebelum sakit :

   Pasien mengatakan selera makan baik dan pasien makan teratur. Pasien makan 3x sehari dengan menu nasi, sayur dan ikan. Pasien sering makan coto dan bakso. Sesekali pasien

mengkomsumsi buah-buahan. Pasien minum air putih ± 6-7 gelas/hari. Pasien mengatakan BB sebelumnya 65 kg.

2) Keadaan sejak sakit :

   Pasien mengatakan selera makan berkurang karena mual, porsi makan tidak dihabiskan hanya ½ porsi makan, pasien makan 3x sehari dengan menu bubur, ikan, sayur, dan tahu. Pasien minum air putih 200cc per hari.

3) Observasi :

   Tampak pasien menghabiskan ½ porsi makanan dan minum air putih 200 cc, BB sebelumnya 65 kg.

4) Pemeriksaan fisik :

   a) Keadaan rambut :Tampak hitam dan pendek.
   b) Hidrasi kulit : Finger print < 3 detik
   c) Palpebra/conjungtiva : Tidak ada edema/ tidak anemis
   d) Sclera : Tidak ikterik
   e) Hidung : Tampak septum ada di bagian tengah
   f) Rongga mulut : Tampak bersih
   g) Gusi : Tidak ada peradangan
   h) Gigi : Tampak ada karang gigi
   i) Gigi palsu : Tidak ada
   j) Kemampuan mengunyah keras : Pasien mampu mengunyah keras
   k) Lidah :Bersih dan tidak ada peradangan
   l) Pharing : Tampak tidak ada peradangan
   m) Kelenjar getah bening : Tampak tidak ada pembesaran
   n) Kelenjar parotis : Tampak tidak ada pembesaran
   o) Abdomen : Tampak buncit
      (1) Inspeksi : Simetris dan tidak ada bayangan vena
      (2) Auskultasi : Peristaltik usus 10 ^{x}/menit
      (3) Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

(4) Perkusi : Timpani

p) Kulit :

(1) Edema : Positif [ ] Negatif [√]

(2) Icterik : Positif [ ] Negatif [√]

Tanda-tanda radang : Tidak ada

q) Lesi : Tidak ada

c. Pola Eliminasi

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan BAB lancar 1-2 kali sehari dengan frekuensi lunak dan berwarna kuning, sedangkan BAK 3-5 kali sehari, berwarna kuning jernih dan berbau pesing.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan belum BAB selama 2 hari sejak di rawat di rumah sakit, sedangkan BAK lewat kateter.

3) Observasi :

Tampak pasien terpasang diapers dan kateter, tampak urine berwarna kuning dengan jumlah urine ± 400 cc/ 8 jam.

4) Pemeriksaan fisik :

a) Peristaltik usus : 10 x/menit

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

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

d) Mulut uretra : Tidak di kaji

e) Anus : Tidak di kaji

Peradangan : Tidak ada

Hemoroid : Tidak ada

Fistula : Tidak ada

d. Pola Aktivitas dan Latihan

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan aktivitas setiap hari mengurus pekerjaan rumah seperti membersihkan rumah, memasak, mencuci piring, mencuci baju, pergi ke pasar dan menjaga anaknya. Pasien mengatakan merasa sesak apabila mengerjakan pekerjaan yang berat. Pasien mengatakan jarang berolahraga.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan tidak dapat melalukan aktivitas seperti biasa. Semua aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat seperti makan, minum, dan mandi.

3) Observasi :

Tampak pasien terbaring di tempat tidur

a) Aktivitas harian :

Makan : 2
Mandi : 2
Pakaian : 2
Kerapihan : 2
Buang air kecil : 3
Mobilisasi di tempat tidur : 2
Buang air besar : 3

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

b) Postur tubuh : Tidak di kaji

c) Gaya jalan : Tidak di kaji

d) Anggota gerak yang cacat : Tidak ada

e) Fiksasi : Tidak ada

f) Tracheostomi : Tidak ada

4) Pemeriksaan fisik

a) Tekanan darah

Berbaring : 120/90 mmHg

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

b) HR : 142 x/menit

c) Kulit :

Keringat dingin : Tidak ada

Basah : Tidak ada

d) JVP : 5-2 cmH2O

Kesimpulan : pemompan vertikel memadai

e) Perfusi pembuluh kapiler kuku : Kembali < 3 detik

f) Thorax dan pernapasan

(1) Inspeksi

Bentuk thorax : Tampak simetris kiri dan kanan

Retraksi Interkostal : Tidak ada

Sianosis : Tidak ada

Stridor : Tidak ada

(2) Palpasi

Vocal premitus : Getaran sama kiri dan kanan

Krepitasi : Tidak ada

(3) Perkusi :

☐ Sonor ☐ Redup ☑ Pekak

Lokasi : ICS IV linea Mid Clavicularis Sinistra

(4) Auskultasi :

Suara napas : Bronkovesikuler

Suara ucapan : Intensitas kiri dan kanan sama

Suara tambahan : Ronchi

g) Jantung

Inspeksi :

Ictus cordis: Tidak tampak

Palpasi :

Ictus cordis: Teraba pada ICS V linea midrclavikularis

Perkusi :

Batas atas jantung : ICS III linea sternalis dekstra

Batas bawah jantung : ICS IV linea sternalis sinistra

Batas kanan jantung : ICS II linea sternalis dekstra

Batas kiri jantung: ICS V linea midclavicularis sinistra

Auskultasi :

Bunyi jantung II A: Tunggal ICS II linea sternalis dextra

Bunyi jantung II P: Tunggal ICS II Linea Sternalis Sinistra

Bunyi jantung I T: Tungal ICS IV linea sternalis sinistra

Bunyi jantung I M: Tungal ICS V linea midclavikularis sinistra

Bunyi jantung II

Irama gallop : Tidak ada

Murmur : Tidak ada

Bruit

A.Renalis : Tidak ada

A. Femoralis : Tidak ada

h) Lengan dan tungkai

(1) Atrofi otot : ☐ Positif ☑ Negatif

Rentang gerak : Terbatas

Kaku sendi : Tidak ada

Nyeri sendi : Tidak ada

Fraktur : Tidak ada

Parese : Tidak ada

Paralisis : Tidak ada

(2) Uji kekuatan otot

	Kanan	Kiri
Tangan :	3	3
Kaki :	3	3

Keterangan :

Nilai 5 : Kekuatan penuh

Nilai 4 : kekuatan kurang di bandingkan sisi yang lain

Nilai 3 :mampu menahan tegak tapi tidak mampu melawan tekanan

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

Nilai 1: Tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan

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

(3) Refleks fisiologi : Bisep(-), Tricep (-)

(4) Refleks patologi :

Babinski, Kiri : Positif ☐ Negatif ☑

Kanan : Positif ☐ Negatif ☑

(5) Clubing jari-jari : Tidak ada

(6) Varises tungkai : Tidak ada

i) Columna vertebralis:

Inspeksi : ☐ Lordosis ☐ Kiposis ☐ Skoliosis

Keterangan kelainan bentuk: Tidak ada

Palpasi : Tidak ada

Kaku kuduk : Tidak ada

e. Pola Tidur dan Istirahat

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan tidak ada gangguan saat tidur. Pasien mengatakan tidur malam ± 6 jam dari pukul 22:00-05:00 WITA. Pasien jarang tidur siang. Pasien lebih suka tidur dalam keadaan lampu dimatikan. Pasien juga tidak pernah mengkonsumsi obat tidur.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan susah tidur karena sesak dan batuk, pasien tidur malam ± 6 jam dari jam 22:00-03:40 WITA dan tidur siang ± 2 jam dari jam 12:00-14:00 WITA. Pasien kadang terbangun karena sesak dan batuk berlendir.

3) Observasi :

Ekspresi wajah mengantuk : [√] Positif [ ] Negatif

Banyak menguap : [√] Positif [ ] Negatif

Palpebra inferior berwarna gelap : [ ] Positif [√] Negatif

f. Pola Persepsi Kognitif

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan mampu mendengar dengan baik, mampu melihat dengan baik, pasien mengatakan tidak menggunakan alat bantu pendengaran dan penglihatan.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan tidak mengalami gangguan penglihatan, pendengaran. Pasien mampu berorientasi waktu, tempat, hari dan tanggal.

3) Observasi :

Pasien mampu membaca papan nama perawat pada jarak ± 30 cm, dan pasien tidak menggunakan alat bantu seperti kacamata, pasien mampu berorientasi waktu, tempat, dan hari/tanggal.

4) Pemeriksaan fisik :

a) Penglihatan

(1) Kornea : Tampak bersih

(2) Pupil : Tampak isokor kiri dan kanan

(3) Lensa mata : Tidak tampak jernih

(4) Tekanan intra okuler (TIO) : Teraba sama kenyal kiri dan kanan

b) Pendengaran

(1) Pina : Tampak simetris kiri dan kanan

(2) Kanalis : Tampak bersih dan tidak ada serumen

(3) Membran timpani : Tampak utuh dan ada cahaya

c) Pengenalan rasa pada gerakan lengan dan tungkai

Pasien mampu merasakan rangsangan yang diberikan pada kedua lengan dan tungkai.

g. Pola Persepsi dan Konsep Diri

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan sebagai ibu rumah tangga. Pekerjaan sehari-hari mengurus rumah tangga seperti membersihkan rumah, mencuci baju, mencuci piring, memasak, menjaga anaknya, dan pergi ke pasar. Pasien merasa puas dengan dirinya.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan ingin segera sembuh dari penyakitnya agar bisa melakukan aktivitasnya seperti biasa.

3) Observasi :

Tampak pasien terbaring di tempat tidur, pasien tampak tenang.

Kontak mata : Tampak fokus

a) Rentang perhatian : Tampak fokus
b) Suara dan cara bicara : Jelas
c) Postur tubuh : Tidak dikaji

5. Pemeriksaan fisik :

a) Kelainan bawaan yang nyata : Tidak terdapat kelainan
b) Bentuk/postur tubuh : Tidak dikaji
c) Kulit : Tampak bersih dan tidak ada lesi

h. Pola Peran dan Hubungan dengan sesama

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan sebagai ibu rumah tangga, tinggal bersama suami dan kedua anaknya, hubungan pasien dengan suami dan anaknya baik dan harmonis serta hubungan dengan tetangga juga baik.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan selalu ditemani oleh suaminya dan di kunjungi oleh kerabat dan tetangga.

3) Observasi :

Tampak keluarga menemani pasien serta dikunjugi oleh kerabat dan tetangga.

i. Pola Reproduksi dan Seksualitas

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan mulai haid saat berusia 11 tahun waktu duduk di SD, pasien menyukai lawan jenisnya saat SMP, menikah saat usia 19 tahun dan usianya saat ini 22 tahun. Pasien memiliki 2 orang anak dan tidak ada rencana untuk menambah anak dan pasien menggunakan KB spiral.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan tidak ada masalah dengan organ reproduksinya.

3) Observasi :

Tampak tidak ada masalah pada reproduksi pasien

j. Pola Mekanisme Koping dan Toleransi Terhadap Stres

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan jika ada masalah selalu menceritakan kepada suaminya sebagai kepala keluarga dalam mengambil keputusan. Jika pasien banyak pikiran, pasien akan mengalihkan pikiran dengan melakukan aktivitas seperti, menoton TV atau bermain dengan anaknya.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan menerima keadaannya selama berada di rumah sakit dan hanya bisa bersabar dengan sakit yang di alami.

3) Observasi :
   Tampak pasien tenang

k. Pola Sistem dan Nilai Kepercayaan
   1) Keadaan sebelum sakit :
      Pasien mengatakan menganut agama Islam dan sering sholat di rumah bersama suami dan anaknya.
   2) Keadaan sejak sakit :
      Pasien mengatakan sejak sakit pasien tidak dapat sholat, hanya dapat berdoa di tempat tidur.
   3) Observasi :
      Tampak ada alat bantu doa yaitu Tasbi

5. Uji Saraf Kranial
   a. Nervus I : Olfactorius
      Pasien mampu mencium bau minyak kayu putih yang diberikan perawat.
   b. Nervus II : Optikus
      Pasien mampu membaca tulisan dengan jarak ± 30 cm.
   c. Nervus III, IV, VI : Oculomotorius,Trochlearis, Abduscens
      Pasien mampu menggerakan bola mata ke segala arah dan pupil isokor kiri dan kanan.
   d. Nervus V : Trigeminus
      Sensorik : Pasien mampu merasakan goresan kapas pada wajahnya dengan mata tertutup
      Motorik : Pasien mampu menggigit
   e. Nervus VII : Fascialis
      Sensorik : Pasien mampu merasakan rasa asin dan manis
      Motorik : Pasien mampu mengangkat alis dan tersenyum
   f. Nervus VIII : Vestibulo-acusticus
      Vestibularis : Tidak dikaji

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

g. Nervus IX : Glossopharyngeus
   Tampak uvula berada di tengah.
h. Nervus X : Vagus
   Tampak pasien mampu menelan.
i. Nervus XI : Accessorius
   Tampak pasien mampu mengangkat bahu kiri dan kanan.
j. Nervus XII : Hypoglossus
   Tampak pasien mampu menjulurkan lidah dan mampu mendorong pipi kiri dan kanan.

6. Pemeriksaan Penunjang
   a. Pemeriksaan EKG: Tanggal 10-03- 2020
      Kesan: Sinus Tachycardia
   b. Pemeriksaan Thorax: Tanggal 10-03-2020
      Kesan: Pneumonia bilateral, terutama khusus kanan
   c. Pemeriksaan Echocardiography
      Kesan: Dilatasi LA
      EF:43%
   d. Pemeriksaan Laboratorium : Tanggal 10-03-2020

Test	Result	Unit	Reference Ranges
WBC	16.00	10^3/uL	4.8 - 10.2
RBC	4.92	10^6/uL	4.0 - 5.5
HGB	11.9	g/dl	12.2 - 16.2
HCT	36.8	%	37.7 - 47.9
MCV	74.8	fL	80.0 - 97.0
MCH	24.2	pg	26.0 - 31.0
MCHC	32.3	g/dl	31.8 - 35.4
PLT	670	10^3/uL	130.0 - 400.0
RDW	14.2	fL	11.5 - 14.5

PDW	10.7	fL	9.0 - 13.0
MPV	9.2	fL	7.2 - 11.1
P-LCR	18.6	%	15.0 - 25.0
DIFF			
LYMPH	27.0	%	10.0 - 50.0
MXD	9.1	%	1.0 - 20.0
NEUT	63.9	%	37.0 - 80.0
LYMPH#	4.30	10^3/uL	1.00 - 3.70
MXD#	1.5	10^9/L	0 - 1.2
NEUT#	10.20	10^3/uL	1.50 - 7.00

Tabel 3.1 Hasil Pemeriksaan Laboratorium

C. Analisa Data

Nama/Umur : Ny. Y/ 21Tahun

Ruangan/kamar : ICCU-ICU/HCU

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1.	Data subjektif a. Pasien mengatakan sesak napas b. Pasien mengatakan nyeri dada c. Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk dan hilang timbul ± 3-5 menit. Data objektif : a. Keadaan umum lemah b. Pasien tampak sesak c. Terpasang rebreathing mask 8 liter/menit d. SpO2 : 98 x/menit e. Hasil EKG Sinus Takikardia f. Hasil Echocardiography EF : 43% g. Pemeriksaan foto thorax Pneumonia bilateral h. TTV : TD:120/80 mmHg N:142 x/menit S:36,2 ^{0}C P:36 x/menit	Perubahan kontraktilitas	Penurunan curah jantung
2.	Data subjektif : a. Pasien mengatakan sesak napas b. Pasien mengatakan batuk berlendir Data objektif : a. Keadaan umum lemah b. Pasien tampak sesak c. Terpasang rebreathing mask 8 liter/menit d. SpO2 : 98 x/menit e. Tampak pasien terbaring di tempat tidur dengan posisi semi fowler f. Pemeriksaan foto thorax kesan: pneumonia bilateral, terutama kanan g. Auskultasi : Suara napas:	Penurunan volume paru	Ketidakefektifan pola napas

	Bronkovesikuler Suara tambahan : Ronchi h. Perkusi : Pekak i. TTV TD : 120/80 mmHg N : 142 x/menit S : 36,^{0}C P : 36 x/menit		
3.	Data subjektif : a. Pasien mengatakan merasa sesak napas b. Pasien mengatakan tidak dapat melakukan aktivitas seperti biasa. c. Pasien mengatakan semua aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat d. Pasien mengatakan nyeri dada Data objektif : a. Keadaan umum lemah, pasien tampak sesak b. Tampak pasien terbaring di tempat tidur dengan posisi semi fowler c. Perawatan diri mandi, makan, berpakaian, kerapihan dan eliminasi dibantu oleh keluarga dan perawat. d. Hasil EKG: Sinus Takikardia e. TTV : TD : 120/80mmHg N : 142 x/menit S : 36,2 ^{o}C P : 36 x/menit	Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	Intoleransi aktifitas

Tabel 3.2 Analisa Data

D. Diagnosa Keperawatan

Nama/ Umur : Ny. Y/21 tahun

Ruang/ Kamar : ICU-ICCU

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN
1.	Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas
2.	Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan penurunan volume paru
3.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

Tabel 3.3 Diagnosa Keperawatan

E. Rencana Keperawatan

Nama : Ny. Y/21 tahun

Ruang : ICU/ICCU

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Hasil Yang Diharapkan	Rencana tindakan Meliputi : tindakan keperawatan, tindakan observasi, penyuluhan, kolaborasi dokter	Rasional
11 Maret 2020	Penurunan curah jantung berhubungan dengan b/d perubahan kontraktilitas	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24jam diharapkan ketidakefektifan pompa jantung dan status sirkulasi dipertahankan pada skala 2 (cukup berat) dan ditingkatkan pada skala 3 (sedang) dengan kriteria hasil : 1. Distensi vena leher dipertahankan pada skala 2(cukup berat) ditingkatkan ke skala 3 (sedang). 2. Dyspnea dengan aktivitas ringan, diharapkan pasien menjadi tidak sesak.	Perawatan jantung akut 1. Lakukan penilaian komperhensif pada sirkulasi perifer (misalnya : SpO2, warna kulit dan suhu ekstremitas termasuk didalamnya adalah sirkulasi perifer) 2. Monitor tanda-tanda vital secara rutin	1. Tanda-tanda yang menunjukan gagal jantung, yang mengakibatkan penurunan curah jantung dan hipoksia jaringan 2. Pada GJK (Gagal jantung kongestive) dini, sedang atau kronis Tekanan darah dapat meningkat sehubung dengan SVR (systemic Vaskuler Serebral). Pada CHF laju tubuh tidak

		3. Suara nafas tambahan diharapkan berkurang sampai hilang.	Pengaturan hemodinamik 3. Lakukan penilaian komperhensif terhadap status hemodinamika (yaitu memeriksa tekanan vena jugularis) 4. Lakukan auskultasi pada paru untuk mencari tahu apa adanya bunyi atau suara tambahan lainnya. 5. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat golongan beta blocker Pengaturan posisi 6. Posisikan pasien untuk mengurangi dyspnea (misalnya posisi semi fowler) 7. Monitor aliran O2	mampu lagi mengompensasi dan hipotensi tak dapat normal lagi. 3. Untuk menilai adanya distensi JVP dan memperkirakan tekanan vena sentral. 4. Indikasi kongesti paru dan kemungkinan terjadi edema paru yang dapat mengganggu pertukaran oksigen karbon dioksida pada tingkat kapiler 5. Beta-bloker bekerja dengan mengurangi frekuensi detak jantung dan tekanan otot jantung saat berkontraksi. 6. Untuk membantu pengembangan paru dan mengurangi tekanan dari abdomen pada diafragma. 7. Penurunan oksigen mengindikasikan mengalami kekurangan oksigen yang

			8. Jelaskan tujuan pemberian oksigen perkanula atau sungkup. Manajemen nyeri 9. Lakukan pengkajian nyeri komperhensif yang meliputi lokasi, karakteristik, intensitas atau beratnya nyeri) 10. Ajarkan teknik relaksasi non farmakologi	menyebabkan hipoksia. 8. Meningkatkan konsentrasi oksigen alveolar, yang dapat memperbaiki atau menurunkan hipoksemia jaringan. 9. Observasi secara keseluruhan dilakukan untuk menentukan tingkat kenyamanan pasien. 10. Melakukan penanganan nyeri non farmakologi dapat membantu mengurangi dalam kebutuhan obat-obat analgesic.
	Ketidakefektifan pola napas b/d penurunan volume paru	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24jam diharapkan ketidakefektifan pola napas dipertahankan pada skala 2 (cukup berat) dan ditingkatkan pada skala 3 (sedang) dengan kriteria hasil : 1. Sesak diharapkan berkurang sampai hilang. 2. Frekuensi pernapasan	1. Pantau kecepatan, irama, kedalaman dan upaya pernapasan 2. Auskultasi suara napas, perhatikan penurunan/tidak adanya ventilasi dan adanya suara napas	1. Takipnea dan peningkatan napas menunjukan kesulitan pernapasan dan adanya kebutuhan untuk meningkatkan pengawasan. 2. Kelebihan volume cairan sering menimbulkan kongesti paru

		diharapkan kembali normal 3. Batuk diharapkan berkurang sampai hilang. 4. Suara nafas tambahan diharapkan berkurang sampai hilang	tambahan 3. Ajarkan batuk efektif 4. Berikan posisi (semi fowler) 5. Berikan obat (misalnya bronkodilator) sesuai dengan program atau protokol	3. Untuk mempermudah keluarnya secret. 4. Posisi tersebut dapat memfasilitasi ekspansi paru. 5. Bronkodilator dapat meningkatkan aliran oksigen dengan mendilatasi jalan napas kecil dan mengeluarkan efek diuretic ringan untuk menurunkan kongesti paru.
	Intoleransi aktivitas b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam di harapkan toleransi terhadap aktivitas dipertahankan pada skala 2 (cukup berat) dan ditingkatkan pada skala 3 (sedang) dengan kriteria hasil : 1. Kemudahan bernapas ketika beraktivitas diharapkan kembali normal. 2. Warna kulit diharapkan kemerahan tidak pucat 3. Kebutuhan perawatan diri diharapkan dapat	Perawatan jantung rehabilitatif 1. Monitor tanda-tanda vital 2. Toleransi pasien terhadap aktivitas	1. Pada GJK (Gagal jantung kongestive) dini, sedang atau kronis Tekanan darah dapat meningkat sehubung dengan SVR (systemic Vaskuler Serebral). Pada CHF laju tubuh tidak mampu lagi mengompensasi dan hipotensi tak dapat normal lagi. 2. Untuk menyamakan presepsi klien mengenai tanda-tanda kelelahan. Dan menentukan aktivitas

		dilakukan mandiri 4. Toleransi terhadap aktivitas meningkat sesuai tingkat kemampuan	3. Pantau pucat dan sianosis 4. Instruksikan pasien dan keluarga mengenai pertimbangan khusus terkait dengan aktivitas sehari-hari (misalnya : pembatasan aktivitas dan meluangkan waktu istirahat) 5. Pertahankan lingkungan yang kondusif untuk istirahat). 6. Berikan kesempatan keluarga untuk terlibat dalam aktivitas dengan cara yang tepat.	sesuai kondisi pasien. 3. Pucat menunjukan menurunnya perfusi perifer sekunder terhadap adekuatnya curah jantung, vasokonstriksi dan anemia. Sianosis dapat terjadi sebagai refratori gagal jantung kongestif. 4. Untuk mengurangi beban kerja jantung 5. Untuk mengurangi respon stress yang dipicu katekolamin dan beban kerja jantung. 6. Memungkinakan klien untuk mempertahankan mobilitas sambal melindungi dari cedera

Tabel 3.4 Rencana Keperawatan

F. Pelaksanaan Keperawatan

Nama : Ny. Y/21 Tahun

Ruang : ICU/ICCU

Tanggal	DP	Waktu	Tindakan Keperawatan	Perawat
12 Maret 2020	I,II	07.15	Memposisikan pasien untuk mengurangi dyspnea (posisi semi fowler) Hasil: Pasien mengatakan sesak napas Tampak pasien diberi posisi semi fowler Tampak pasien sesak napas	Paskalina
	I	07.20	Memonitor aliran oksigen Hasil:Tampak pasien terpasang oksigen Rebreathing Mask 8 liter/menit Tampak pasien merasa nyaman diberikan oksigen	Paskalina
	I	07.25	Menjelaskan tujuan pemberian oksigen Hasil: Pasien tampak mengerti atas penjelasan yang diberikan. Tampak pasien terpasang oksigen 8 liter/menit.	Nicita
	I	07.26	Mengkaji nyeri(meliputi lokasi, karakteristik, intensitas atau beratnya nyeri)Hasil : Pasien mengatakan nyeri dada seperti menumpu beban berat, nyeri dirasakan hilang timbul.	Paskalina
	I	07.28	Mengajarkan teknik relaksasi Hasil : Tampak pasien melakukan teknik relaksasi nafas dalam	Paskalina
	III	07.30	Membantu pasien makan ditempat tidur Hasil: Tampak pasien menghabiskan	Nicita

			½ porsi makanan	
	I	08.05	Melakukan penilaian komprehensif terhadap status hemodinamik (yaitu memeriksa tekanan vena jugularis, denyut jantung dan nadi) Hasil: HR : 101 x/menit JVP : 5-2 cmH_2O	Paskalina
	I,II	08.10	Mengaskultasi bunyi napas Hasil: Suara napas bronchovesivuler Suara tambahan : ronchi	Nicita
	I,III	08.15	Mengobservasi tanda-tanda vital Hasil: TD : 130/80 mmHg N : 120 x/menit S : 36,3°c P : 38 x/menit	Paskalina
	I,III	08.20	Melakukan penilaian komprehensif terhadap sirkulasi perifer, SpO2, suhu esktremitas, warna kulit Hasil : CRT : < 3 detik SpO2 : 98 x/menit Suhu ekstremitas dingin Warna kulit pucat	Paskalina
	I,II	08.36	Melaksanakan advis dokter Hasil: OBH SYR 100ml/3x2 Lansoprazole 30mg/1x1/oral Ulsidex 500mg/3x1/oral Digoxin 0,25mg/2x1/oral	Nicita
	II	09.02	Memantau kecepatan, irama, kedalaman dan upaya pernapasan Hasil: P : 32 x/menit Kedalaman pernapasan kuat Pasien mengatakan masih sulit bernafas dadanya terasa berat	Paskalina

			Irama napas cepat	
	III	09.18	Memberi minum pada pasien Hasil: Pasien minum susu 100 cc	Nicita
	III	09.25	Melibatkan keluarga dalam perawatan pasien Hasil: Tampak pasien diberi makan oleh suaminya	Paskalina
	I,II	10.15	Mengobservasi tanda-tanda vital Hasil: TD : 120/90 mmHg N : 120 x/menit S : 36,1°c P : 32 x/menit	Nicita
	III	11.35	Memberi makan pada pasien Hasil: Tampak pasien makan bubur dan ikan, pasien menghabiskan $^1/_2$ porsi makanannya.	Paskalina
	I,II	12.00	Melaksanakan advis dokter Hasil : Cefotaxim 1gr/8jam/IV OBH SYR 100ml/3x2/oral Ulsidex 500mg/3x1/oral	Perawat Hendrik
	II	12.05	Mengajarkan teknik batuk efektif Hasil: Tampak pasien mengerti dan melakukan teknik batuk efektif	Nicita
	III	12.20	Menjelaskan pentingnya membatasi aktivitas Hasil: Tampak pasien mengerti atas penjelasan yang diberikan	Paskalina
	III	13.20	Menoleransi pasien terhadap aktivitas Hasil : Pasien tidak mampu melakukan aktivitas sendiri dan harus ada dampingan dari keluarga dan	Nicita

			perawat	
	III	13.45	Mempertahankan lingkungan yang kondusif Hasil : Tampak pasien beristirahat oleh karena suasana ruangan tenang	Paskalina
	II	13.46	Memantau pucat dan sianosis pada pasien Hasil: Tampak pasien pucat dan tidak ada sianosis	Nicita
13 Maret 2020	I,III	14.05	Mengobservasi tanda-tanda vital Hasil: TD : 120/80 mmHg N : 98 x/menit S : 36°C P : 28 x/menit	Nicita
	I	14.20	Memonitor aliran oksigen Hasil:Tampak pasien terpasang oksigen Nasul Kanul 3 liter/menit Tampak pasien merasa nyaman diberikan oksigen	Nicita
	I,II	14.40	Memposisikan pasien untuk mengurangi dyspnea (posisi semi fowler) Hasil: Tampak pasien dalam posisi semi fowler Pasien mengatakan sesak napas mulai berkurang	Paskalina
	I	14.45	Mengkaji nyeri(meliputi lokasi, karakteristik, intensitas atau beratnya nyeri) Hasil : Pasien mengatakan nyeri dada mulai berkurang	Nicita

	I	15.14	Mengajarkan teknik relaksasi Hasil : Tampak pasien melakukan teknik relaksasi nafas dalam	Paskalina
	I	15.28	Melakukan penilaian komperhensif terhadap status hemodinamik (yaitu memeriksa tekanan vena jugularis, denyut jantung dan nadi) Hasil: HR : 101 x/menit JVP : 5-2 cmH_2O	Nicita
	I	15.36	Mengaskultasi bunyi napas Hasil: Suara napas bronchovesivuler Suara tambahan ronchi	Paskalina
	II	15.45	Memantau pucat dan sianosis pada pasien Hasil: Tampak pasien pucat dan tidak ada sianosis	Nicita
	I,II	16.00	Melakukan advis dokter Hasil : Furosemid 2 amp/12jam/IV	Perawat Vero
	II	16.02	Memantau kecepatan, irama, kedalaman dan upaya pernapasan Hasil: P : 32 x/menit Kedalaman pernapasan kuat Pasien mengatakan masih sulit bernafas, dadanya terasa berat, Irama napas cepat	Nicita
	I,III	16.05	Mengobservasi tanda-tanda vital Hasil: TD : 120/80 mmHg N : 100 x/menit S : 36,3°c P : 29 x/menit	Paskalina

	I	16.10	Melakukan penilaian terhadap sirkulasi perifer dan SpO2 Hasil : CRT : < 3 detik SpO2 : 97 x/menit Suhu ekstremitas dingin Warna kulit pucat	Paskalina
	II	16.13	Mengajarkan teknik batuk efektif Hasil: Tampak pasien mengerti dan melakukan teknik batuk efektif	Nicita
	III	16.15	Memberi minum pada pasien Hasil: Pasien tampak menghabiskan air putih 100cc	Nicita
	I,II	19.00	Melaksanakan advis dokter Hasil: Moxifloxacin 1 btl/24jam/IV	Perawat Vero
	I,III	19.22	Mengobservasi tanda-tanda vital Hasil: TD : 120/90 mmHg N : 120 x/menit S : 36,1°c P : 26 x/menit	Paskalina
	III	19.25	Memberi makan pada pasien Hasil: Pasien tampak menghabiskan $^{1}/_{2}$ makanan	Nicita
	I,II	20.25	Melaksanakan advis dokter Hasil : OBH SYR 100ml/3x2/oral Ulsidex 500mg/3x1/oral Spironolakton 100mg/1x1/oral Digoxin 0.25mg/1x1/oral	Perawat Vero
	III	20.29	Menjelaskan pentingnya membatasi aktivitas Hasil: Tampak pasien mengerti atas penjelasan yang diberikan	Nicita

	III	20.35	Melibatkan keluarga dalam perawatan pasien Hasil: Tampak pasien disuapi buah apel oleh suaminya	Paskalina
	III	20.48	Menoleransi pasien terhadap aktivitas Hasil : Pasien tidak mampu melakukan aktivitas sendiri dan harus ada dampingan dari keluarga dan perawat	Paskalina
	III	20.50	Mempertahankan lingkungan yang kondusif Hasil : Tampak ruangan tenang, dan pasien tampak beristirahat	Nicita
14 Maret 2020	I,III	07.10	Mengobservasi tanda-tanda vital Hasil: TD : 120/80 mmHg N : 98 x/menit S : 36°c P :24 x/menit	Paskalina
	I	07.12	Memonitor aliran oksigen Hasil: Pasien sudah tidak menggunakan oksigen	Paskalina
	I	07.14	Mengkaji nyeri(meliputi lokasi, karakteristik, intensitas atau beratnya nyeri) Hasil : Pasien mengatakan sudah tidak nyeri dada.	Nicita
	I,II	07.20	Memposisikan pasien untuk mengurangi dyspnea (posisi semi fowler) Hasil: Tampak pasien dalam posisi semi fowler Pasien mengatakan tidak sesak napas	Nicita

	I	07.30	Melakukan penilaian komperhensif terhadap status hemodinamik (yaitu memeriksa tekanan vena jugularis, denyut jantung dan nadi) Hasil: HR : 98 x/menit JVP : 5-2 cmH_2O	Paskalina
	II	07.35	Mengajarkan teknik batuk efektif Hasil: Tampak pasien mengerti dan melakukan teknik batuk efektif	Nicita
	I,III	08.00	Melakukan penilaian komprehensif terhadap sirkulasi perifer dan SpO2, suhu esktremitas, warna kulit Hasil : CRT : < 3 detik SpO2 : 99 x/menit Suhu ekstremitas hangat Warna kulit kemerahan	Nicita
	III	08.10	Membantu pasien makan di tempat tidur Hasil: Tampak pasien menghabiskan $^1/_2$ porsi makanan	Paskalina
	I,II	08.36	Melakukan advis dokter Hasil: OBH SYR 100ml/3x2/oral Lansoprazole 30mg/1x1/oral Ulsidex 500mg/3x1/oral Digoxin 0.25mg/2x1/oral	Perawat Fenny
	II	09.02	Memantau kecepatan, irama, kedalaman dan upaya pernapasan Hasil: P : 24 x/menit Kedalaman pernapasan normal Pasien mengatakan sudah tidak merasa sesak	Paskalina
	III	09.18	Memberi minum pada pasien Hasil: Pasien minum susu 100 cc	Nicita

	III	09.25	Melibatkan keluarga dalam perawatan pasien Hasil: Tampak pasien diberi makan oleh suaminya	Paskalina
	I,III	10.15	Mengobservasi tanda-tanda vital Hasil: TD : 120/90 mmHg N : 98 x/menit S : 36,1°c P : 24 x/menit	Nicita
	III	11.35	Memberi makan pada pasien Hasil: Tampak pasien makan bubur dan tahu, pasien menghabiskan $^{1}/_{2}$ porsi makanannya.	Paskalina
	I,II	12.00	Melaksanakan advis dokter Hasil : Cefotaxim 1gr/8jam/IV OBH SYR 100ml/3x2/oral Ulsidex 500mg/3x1/oral	Perawat Fenny
	III	12.20	Menjelaskan pentingnya membatasi aktivitas Hasil: Tampak pasien mengerti atas penjelasan yang diberikan	Nicita
	III	13.20	Menoleransi pasien terhadap aktivitas Hasil : Pasien tidak mampu melakukan aktivitas sendiri dan harus ada dampingan dari keluarga dan perawat	Paskalina
	III	13.45	Mempertahankan lingkungan yang kondusif Hasil : Tampak pasien beristirahat oleh karena suasana ruangan tenang	Nicita

	II	13.50	Memantau pucat dan sianosis pada pasien Hasil: Tampak kulit pasien memerah (tidak pucat) dan tidak ada sianosis	Paskalina

Tabel 3.5 Pelaksanaan keperawatan

G. Evaluasi Keperawatan

Nama : Ny. Y/21 tahun

Ruang : ICU/ICCU

Tanggal	Evaluasi	Perawat
12 Maret 2020	Penurunan curah jantung b/d perubahan kontraktilitas S : a. Pasien mengatakan masih sesak napas b. Pasien mengatakan nyeri dada c. Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk dan hilang timbul ± 3-5 menit. O : a. KU lemah b. Tampak pasien sesak napas. c. Tampak pasien terpasang rebreathing mask 8 liter/menit d. Suara nafas broncovasikuler e. Suara tambahan ronchi f. JVP 5 - 2 cmH2O g. TTV : TD : 130/80 mmHg N : 120 x/menit P : 32 x/menit S : 36,3°C A : Penurunan curah jantung belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1. Lakukan penilaian komprehensif pada sirkulasi perifer (Sp02, warna kulit, suhu ekstremitas) 2. Monitor tanda-tanda vital secara rutin 3. Lakukan penilaian komprehensif terhadap status hemodinamika (memeriksa tekanan vena jugularis) 4. Lakukan auskultasi pada paru. 5. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat golongan beta blocker 6. Posisikan pasien untuk mengurangi dyspnea (misalnya posisi semi fowler) 7. Monitor aliran oksigen	Paskalina & Nicita

	8. Lakukan pengkajian nyeri komperhensif yang meliputi lokasi, karakteristik, intensitas atau beratnya nyeri) 9. Ajarkan teknik relaksasi non farmakologi Ketidakefektifan pola napas b/d penurunan volume paru S : a. Pasien mengatakan masih merasa sesak b. Pasien mengatakan masih batuk O : a. Keadaan umum lemah b. Pasien tampak sesak c. Terpasang Rebreathing mask 8 liter/menit d. SpO2 : 98 x/menit e. Tampak pasien terbaring di tempat tidur dengan posisi semi fowler f. Suara napas : Bronkovesikuler g. Suara nafas tambahan ronchi h. TTV : TD : 130/80 mmHg N : 120 x/menit P : 32 x/menit S : 36,3°C A : Ketidakefektifan pola napas belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1. Pantau kecepatan, irama, kedalaman dan upaya pernapasan 2. Auskultasi suara napas, perhatikan penurunan/tidak adanya ventilasi dan adanya suara napas tambahan 3. Ajarkan batuk efektif 4. Berikan posisi (semi fowler) 5. Berikan obat (misalnya bronkodilator) sesuai dengan program atau protocol. Intoleransi aktivitas b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen S : a. Pasien mengatakan tidak dapat memenuhi kebutuhannya sendiri b. Pasien mengatakan tidak dapat	

	beraktivitas dan hanya berbaring di tempat tidur c. Pasien mengatakan sesak bertambah jika banyak bergerak. O : a. KU lemah b. Pasien tampak sesak c. Tampak pasien terbaring dengan posisi semi fowler. d. Tampak pasien menggunakan oksigen rebreathing mask 8 liter/menit. e. JVP : 5-2 cmH_2O f. Aktivitas perawatan mandi, makan, kerapihan, BAB dan BAK dibantu oleh keluarga dan perawat A : Intoleransi aktivitas belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1. Monitor tanda-tanda vital 2. Toleransi pasien terhadap aktivitas 3. Instruksikan pasien dan keluarga mengenai pertimbangan khusus terkait dengan aktivitas sehari-hari. 4. Pertahankan lingkungan yang kondusif untuk istirahat. 5. Berikan kesempatan keluarga untuk terlibat dalam aktivitas dengan cara yang tepat.	
13 Maret 2020	Penurunan curah jantung b/d perubahan kontraktilitas S : a. Pasien mengatakan sesak napas mulai berkurang b. Pasien mengatakan nyeri dada mulai berkurang O : a. KU mulai membaik b. Suara napas bronkovesikular c. JVP 5 - 2 cmH2O. d. TTV : TD : 110/90 mmHg N : 100 x/menit P : 28 x/menit S : 36°C	

	A : Penurunan curah jantung mulai teratasi P : Lanjutkan intervensi 1. Lakukan penilaian komperhensif pada sirkulasi perifer (SpO2, warna kulit, suhu ekstremitas) 2. Monitor tanda-tanda vital secara rutin. 3. Lakukan auskultasi pada paru. 4. Lakukan penilaian komprehensif terhadap status hemodinamika (memeriksa tekanan vena jugularis) 5. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat golongan beta blocker 6. Posisikan pasien untuk mengurangi dyspnea (misalnya posisi semi fowler) 7. Monitor aliran oksigen 8. Lakukan pengkajian nyeri komperhensif yang meliputi lokasi, karakteristik, intensitas atau beratnya nyeri) Ketidakefektifan pola napas b/d penurunan volume paru S : a. Pasien mengatakan sesak napas mulai berkurang b. Pasien mengatakan batuk berlendir O : a. Tampak pasien menggunakan oksigen Nasal Kanul 3 liter/menit b. SpO2 : 98 x/menit c. Suara nafas bronkovesikular d. Suara tambahan ronchi e. Tampak pasien terbaring di tempat tidur dengan posisi semi fowler f. TTV: TD : 110/90 mmHg N : 100 x/menit P : 28 x/menit S : 36°C A : Ketidakefektifan pola napas belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1. Pantau kecepatan, irama, kedalaman dan upaya pernapasan 2. Auskultasi suara napas, perhatikan	

	penurunan/tidak adanya ventilasi dan adanya suara napas tambahan 3. Ajarkan batuk efektif 4. Berikan posisi (semi fowler) 5. Berikan obat (misalnya bronkodilator) sesuai dengan program atau protokol Intoleransi aktivitas b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen S : a. Pasien mengatakan tidak dapat memenuhi kebutuhannya sendiri b. Pasien mengatakan tidak dapat beraktivitas dan hanya berbaring di tempat tidur O : a. KU mulai membaik b. Aktivitas perawatan mandi, makan, kerapihan, BAB dan BAK dibantu oleh keluarga dan perawat A : Intoleransi aktivitas belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1. Monitor tanda-tanda vital 2. Toleransi pasien terhadap aktivitas 3. Instruksikan pasien dan keluarga mengenai pertimbangan khusus terkait dengan aktivitas sehari-hari. 4. Pertahankan lingkungan yang kondusif untuk istirahat. 5. Berikan kesempatan keluarga untuk terlibat dalam aktivitas dengan cara yang tepat.	
14 Maret 2020	Penurunan curah jantung b/d perubahan kontraktilitas S : a. Pasien mengatakan tidak sesak napas b. Pasien mengatakan tidak merasakan nyeri dada O : a. KU membaik b. Tampak pasien tidak menggunakan	

	oksigen c. Tampak pasien tidak sesak napas d. JVP 5 - 2 cmH2O. e. TTV : TD : 110/80 mmHg N : 98 x/menit P : 24 x/menit S : 36,2°C A : Penurunan curah jantung teratasi P : Stop intervensi Ketidakefektifan pola napas b/d penurunan volume paru S : a. Pasien mengatakan masih sedikit batuk tapi tidak berlendir b. Pasien mengatakan sudah tidak sesak nafas O : a. Tampak pasien tidak menggunakan oksigen b. Tampak pasien tidak sesak c. TTV : TD : 110/80 mmHg N : 98 x/menit P : 24 x/menit S : 36,2°C A : Ketidakefektifan pola napas mulai teratasi P : Lanjut intervensi 1. Auskultasi suara napas, perhatikan penurunan/tidak adanya ventilasi dan adanya suara napas tambahan. 2. Ajarkan batuk efektif 3. Berikan obat (misalnya bronkodilator) sesuai dengan program atau protokol. Intoleransi aktivitas b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen S : a. Pasien mengatakan dapat memenuhi kebutuhannya sendiri tapi dengan bantuan b. Pasien mengatakan dapat melakukan	

	aktivitas seperti makan, minum mandi, BAB dan BAK tapi dengan bantuan O : a. KU membaik b. Tampak pasien tidak menggunakan oksigen c. Aktivitas perawatan mandi, makan, kerapihan, BAB dan BAK sudah bisa dilakukan sendiri tapi dengan bantuan. A : Intoleransi aktivitas mulai teratasi P : Lanjutkan intervensi 1. Monitor tanda-tanda vital 2. Toleransi pasien terhadap aktivitas 3. Instruksikan pasien dan keluarga mengenai pertimbangan khusus terkait dengan aktivitas sehari-sehari 4. Pertahankan lingkungan yang kondusif untuk istirahat 5. Berikan kesempatan keluarga untuk terlibat dalam aktivitas dengan cara yang tepat.	

Tabel 3.6 Evaluasi Keperawatan

H. Daftar Obat

Daftar Obat yang digunakan oleh pasien adalah:

Furosemid 2amp/12 jam/IV

Moxifloxacin 1btl/24 jam/IV

Cefotaxime 1gr/8 jam/IV

OBH SYR 100 ml/3x2/oral

Lanzoplrazole 30 mg/1x1/oral

Ulsidex 500 mg/3x1/oral

Spironolakton 100mg/1x1/oral

Digoxin 0,25 mg/2x1/oral

1. Nama Obat : Furosemid

   a) Klasifikasi/golongan : Diuretik

b) Dosis umum: 20 mg

c) Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 2 amp/12jam

d) Cara pemberian obat : Intravena

e) Mekanisme kerja dan fungsi obat :

Mengatasi penumpukan cairan di dalam tubuh

f) Alasan pemberian obat untuk pasien yang bersangkutan :

Furosemide diidikasikan efektif untuk pengobatan berbagai edema seperti : edema karena gangguan jantung, edema yang berhubungan langsung dengan ginjal dan sirosis hati.

g) Kontra indikasi :

Pasien dengan gangguan defisiensi kalium, glomerulus nefritis akut, insufisiensi ginjal akut, wanita hamil dan pasien yang hipersensitif terhadap furosemide, anuria dan ibu menyusui.

h) Efek samping obat :

Efek samping jarang terjadi dan relative ringan seperti, mual muntal, diare, ruam kuku, pruritus dan penglihatan kabur.

2. Nama obat : Moxifloxacin

a) Klasifikasi/golongan : Antibiotik

b) Dosis umum : 400mg

c) Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1 btl/24 jam

d) Cara pemberian obat : Intravena

e) Mekanisme kerja dan fungsi obat :

Mengobati berbagai infeksi bakteri

f) Alasan pemberian obat untuk pasien yang bersangkutan :

Pasien pneumonia (paru-paru basah)

g) Kontra Indikasi:

Harus dihindari pada pasien dengan hipersensitivitas terhadap moxifloxacin atau antibiotic golongan huinolon lainnya.

h) Efek samping :

Intoksikasi saluran cerna, perpanjangan pada pasien hipoglikemia, super infeksi candida, mual, muntah, nyeri saluran cerna dan perut, diare, peningkatan transaminase sementara, sakit kepala, pening.

3. Nama obat : Cefotaxim
   a) Klasifikasi/golongan : Antibiotik sefalosporin
   b) Dosis umum : 1g
   c) Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1 gr/8 jam
   d) Cara pemberian obat : Intravena
   e) Mekanisme kerja dan fungsi obat :

      Menangani infeksi akibat bakteri dan mencegah infeksi luka operasi.

   f) Kontra indikasi :

      Penderita yang hipersensitif terhadap golongan sefalosporin.

   g) Efek samping :

      Diare, pusing, nyeri atau pembengkakan di bagian yang di suntik, ruam kulit dan demam

4. Nama obat : OBH SYR
   a) Klasifikasi/golongan : T
   b) Dosis umum : 100 ml
   c) Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 3x1 sehari
   d) Cara pemberian obat : Oral
   e) Mekanisme kerja dan fungsi obat :

      Obat ini digunakan untuk meredakan batuk yang dosertai gejala-gejala flu seperti demam, sakit kepala, hidung tersumbat dan bersin-bersin.

   f) Alasan pemberian obat untuk pasien yang bersangkutan :

      Pasien batuk berlendir.

g) Kontra indikasi :

Penderita dengan gangguan jantung, diabetes mellitus, gangguan fungsi hati yang berat dan hipersensiif terhadap kompnen obat ini.

h) Efek samping :

Munculnya asidosis jika digunakan melampaui batas dosis yang diperlukan secara terus-menerus. Kandungan ammonium chloride dapat menyebabkan mual dan muntah.

5. Nama obat : Lanzoperazole
   a) Klasifikasi/golongan : Penghambat pompa proton
   b) Dosis umum : 30 mg
   c) Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1x1 sehari
   d) Cara pemberian obat : Oral
   e) Mekanisme kerja dan fungsi obat :

      Menurunkan sekresi asam lambung berlebihan

   f) Alasan pemberian obat untuk pasien yang bersangkutan :

      Pasien mual

   g) Kontra indikasi :

      Penderita yang hipersensitif terhadap lanzoperazole, serta pasien yang sedang mengkonsumsi ripivirine dan atazanavir.

   h) Efek samping :

      Diare, sakit perut, mual, kembung, sembelit, sakit kepala dan pusing.

6. Nama obat : Ulsidex
   a) Klasifikasi/golongan : K
   b) Dosis umum : 500 mg
   c) Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 3x1 sehari
   d) Cara pemberian obat : Oral
   e) Mekanisme kerja atau fungsi obat :

      Mengobati masalah saluran pencernaan

f) Alasan pemberian obat untuk pasien yang bersangkutan :
Pasien sulit BAB.

g) Kontra indikasi :
Jangan menggunakan obat ini untuk pasien yang diketahui memiliki riwayat hipersensitif pada sucralfate. Tidak dianjurkan digunkan oleh anak usia < 15 tahun.

h) Efek samping :
Nyeri dada, gangguan penglihatan, bengkak di wajah, sakit kepala dan bibir kuku jadi pucat.

7. Nama obat : Spironolakton
   a) Klasifikasi/golongan : Diuretik hemat kalium, antagonis aldosterone
   b) Dosis umum : 100 mg
   c) Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1x1 sehari
   d) Cara pemberian obat : Oral
   e) Mekanisme kerja atau fungsi obat :
   Membantu mengobati tekanan darah tinggi atau hipertensi, edema, hiperaldosteronisme.
   f) Alasan pemberian obat untuk pasien yang bersangkutan :
   Mengontrol tekanan darah pasien
   g) Kontra indikasi :
   Penderita anuria, gangguan ginjal, dan hiperkalemia.
   h) Efek samping :
   Pusing dan sakit kepala ringan, mual dan muntah, diare, pembengkakan di payudara, kram pada kaki dan impotensi.
8. Nama obat : Digoxin
   a) Klasifikasi/golongan : Glikosida jantung
   b) Dosis umum : 0.25 mg
   c) Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 2x1 sehari
   d) Cara pemberian obat : Oral

e) Mekanisme kerja atau fungsi obat :
   Mengobati aritmia dan gagal jantung
f) Alasan pemberian obat untuk pasien yang bersangkutan :
   Pasien mengalami penyakit gagal jantung
g) Kontra indikasi :
   Blok AV total dan blok AV derajat 2 (2:1), henti sinus, sinus bradikardi yang berlebihan, pemberian kalsium parenteral.
h) Efek samping :
   Gangguan mental, pusing, sakit kepala, diare, mual dan muntah, ruam kulit, anoreksia, dan aritmia pada anak-anak.

BAB IV
PEMBAHASAN KASUS

Bab ini, penulis akan membahas mengenai kesenjangan yang terjadi antara teori dengan kasus nyata yang diperoleh dari pelaksaan asuhan keperawatan pada pasien Ny.Y dengan *Congestive Heart Failure* (CHF), di ruangan ICU-ICCU Rumah Sakit Stella Maris mulai dari tanggal 11-14 Maret 2020. Penulis membahas dengan menggunakan metode pendekatan proses keperawatan yang mulai dari pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

A. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 11 Maret 2020 di ruangan perawatan ICU-ICCU Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Pengkajian yang diperoleh dari kasus yang bersumber dari pasien, keluarga pasien, perawat ruangan, status pasien dan observasi langsung pada pasien.

Berdasarkan pengkajian, diperoleh data Ny. Y berumur 21 tahun dengan diagnosa medis CHF. Pasien mengatakan ± 3 hari yang lalu pasien sesak napas disertai batuk berlendir, nyeri dibagian dada, nyeri tertusuk-tusuk dan hilang timbul ± 3-5 menit. Pasien mengatakan sering mengkomsumsi danging yang berlemak seperti coto Makassar dan bakso, pasien jarang berolaraga dan pasien mengatakan kedua orang tuanya ada riwayat penyakit jantung. Keadaan umum pasien tampak sakit sedang karena pasien tampak lemah, tampak pasien sesak, tampak batuk berlendir, terpasang conekta di ekstremitas dextra, terpasang spO2, terpasang oksigen rebreathing mask 8 liter/menit, terpasang kateter, tampak pasien terbaring di tempat tidur dengan posisi semi fowler. Pada pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan TD: 120/90 mmHg, suhu: 36,2°C, pernapasan: 36x/menit, nadi: 142x/menit. Hasil EKG: sinus

takikardi, hasil foto thoraks: pneumonia bilateral terutama khusus kanan, dan hasil pemeriksaan Echoccardiography: dilatasi LA, EF: 43%. Pada saat pengkajian, penulis menemukan tanda dan gejala pada pasien yaitu sesak, batuk berlendir, nyeri dibagian dada, mudah lelah. Sesak napas terjadi akibat penimbunan cairan dalam alveoli dan mengganggu pertukaran gas dapat terjadi ortopneu, batuk berlendir karena kongesti mukosa bronchial dan berhubungan dengan peningkatan produksi mukus, nyeri dibagian dada, dan terdengar suara ronchi pada paru-paru karena pada hasil foto thorax ditemukan pneumonia.

Berdasarkan pengkajian di atas, penulis menemukan faktor resiko penyakit CHF yaitu sering mengkonsumsi daging yang berlemak seperti coto makassar dan bakso, jarang berolahraga dan pasien mengatakan kedua orang tua memiliki riwayat penyakit jantung. Faktor genetik dan keturunan merupakan salah satu faktor penyebab terjadinya penyakit jantung dan di dukung dengan pola hidup yang tidak sehat. Pasien sering mengkonsumsi daging yang berlemak seperti coto makassar dan bakso sehingga LDL dan Trigliserida yang meningkat dapat menumpuk dan membentuk plak didalam pembuluh darah tersebut menyempit sehingga aliran darah ke jantung terhambat. Pasien jarang berolahraga dan mudah merasahkan kelelahan karena curah jantung yang menghambat jaringan dari sirkulasi normal dan oksigen serta menurunnya pembuangan sisa hasil katabolisme. Juga terjadi kerena meningkatnya energi yang digunakan untuk bernapas.

Berdasarkan tinjauan teoritis, penyebab dari penyakit CHF yaitu disfungsi miokard, beban tekanan berlebihan-pembebanan sistolik (*sictolic overload)*, beban volume berlebihan-pembebanan diastolic (*diastolic overload),* peningkatan kebutuhan metabolik (*demand overload)*. Berdasarkan pengkajian, ditemukan penyebab CHF pada pasien yaitu adanya riwayat penyakit keturunan yaitu hipertensi.

Hipertensi dapat menyebabkan penyakit jantung karena tekanan darah merupakan kekuatan yang di butuhkan untuk memompa darah ke seluruh tubuh tiap kalinya. Jika tekanan darah tinggi, maka hal ini dapat menyebabkan jantung bekerja lebih keras untuk mengedarkan darah ke seluruh tubuh dan otomatis otot jantung akan menebal dan akan menyebabkan otot jantung tidak lagi adekuat untuk memompa darah secara efektif.

Berdasarkan teori, penyakit CHF memiliki tanda dan gejala yaitu gagal jantung kiri dan gagal jantung kanan. Berdasarkan pengkajian pada pasien, ditemukan data yang mengarah ke gagal jantung kiri dengan tanda dan gejala sebagai berikut: dyspnea, batuk, mudah lelah, kegelisahan dan kecemasan, insomnia, bunyi S_3 dan $S_{4,}$ ronchi dan krekels, takikardi. Berdasakan pengkajian, tanda gejala yang tidak ada pada pasien yaitu kegelisahan dan kecemasan karena pada saat dikaji pasien tampak tenang tidak merasa gelisah dan cemas karena sudah terpasang oksigen. Pasien tidak terdengar bunyi S_3 dan S_4 karena tidak terjadi kerusakan katub akibat kelebihan cairan. Dan tidak ada bunyi krekels karena terjadi bendungan paru.

B. Diagnosa Keperawatan

Dari tinjauan teori ada 4 diagnosa yang muncul pada CHF yaitu :

b. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas.
c. Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan hiperventilasi.
d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.
e. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi.

Dari 4 diagnosa yang ada penulis hanya mengangkat 3 diagnosa keperawatan sesuai dengan kondisi pasien yaitu :

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kotraktilitas. Penulis mengangkat diagnosa ini karena pasien mengatakan sesak napas, pasien mengatakan nyeri dada, pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk dan hilang timbul ± 3-5 menit, keadaan umum lemah, pasien tampak sesak, terpasang oksigen rebreating mask 8 liter/menit, SpO2 : 98 ^{x}/menit, Hasil EKG, Sinus Takikardia, Hasil Echocardiography EF : 34%, Pemeriksaan foto thorax, Pneumonia bilateral, TTV : TD:120/80 mmHg, N:142 x/menit, S:36,2 ^{0}C, P:36x/menit.
2. Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan penurunan volume paru. Penulis mengangkat diagnosa ini karena pasien mengatakan sesak napas, pasien mengatakan batuk berlendir, keadaan umum lemah, pasien tampak sesak, terpasang oksigen rebreathing mask 8 liter/menit, SpO2 : 98 ^{x}/menit, tampak pasien terbaring di tempat tidur dengan posisi semi fowler, pemeriksaan foto thorax kesan: pneumonia bilateral terutama kanan, auskultasi suara napas bronkovesikuler, suara tambahan ronchi,perkusi : Pekak, TTV TD : 120/80 mmHg, N : 142 x/menit, S: 36,^{0}C, P:36x/menit.
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara uplai dan kebutuhan oksigen. Penulis mengangkat diagnosa ini karena pasien mengatakan merasa sesak napas, pasien mengatakan tidak dapat melakukan aktivitas seperti biasa, pasien mengatakan semua aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat, pasien mengatakan nyeri dada, keadaan umum lemah, pasien tampak sesak, tampak pasien terbaring di tempat tidur dengan posisi semi fowler, perawatan diri mandi, makan, berpakaian, kerapihan dan eliminasi dibantu oleh keluarga dan perawat, hasil EKG:Sinus Takikardia, TTV : TD:120/80mmHg, N:142x/menit, S:36,2 ^{o}C, P: 36 x/menit.

Adapun diagnosa keperawatan teoritis yang tidak diangkat pada kasus yaitu kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. Penulis tidak mengangkat diagnosa tersebut karena tidak adanya data-data yang mendukung seperti edema pada ekstremitas bawah.

C. Perencanaan Keperawatan

Intervensi yang disusun penulis disesuaikan dengan diagnosis dan kebutuhan pasien yang meliputi hal yang diharapkan intervensi dan rasional. Intervensi keperawatan yang diangkat pada kasus ini di sesuaikan dengan kebutuhan pasien yaitu dengan berfokus pada tindakan mandiri, observasi, dan kolaborasi.

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas. Intervensi yang disusun oleh penulis yaitu lakukan penilaian komprehensif pada sirkulasi perifer (misalnya : SpO2, warna kulit dan suhu ekstremitas termasuk didalamnya adalah sirkulasi perifer), monitor tanda-tanda vital secara rutin, lakukan penilaian komperhensif terhadap status hemodinamika (yaitu memeriksa tekanan vena jugularis), lakukan auskultasi pada paru untuk mencari tahu apa adanya bunyi atau suara tambahan lainnya, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat golongan beta blocker, posisikan pasien untuk mengurangi dyspnea (misalnya posisi semi fowler), monitor aliran oksigen, jelaskan tujuan pemberian oksigen perkanula atau sungkup, lakukan pengkajian nyeri komperhensif yang meliputi lokasi, karakteristik, intensitas atau beratnya nyeri), ajarkan teknik relaksasi nonfarmakologi.
2. Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan penurunan volume paru. Intervensi yang disusun oleh penulis yaitu pantau kecepatan, irama, kedalaman dan upaya pernapasan, auskultasi suara napas,

perhatikan penurunan/tidak adanya ventilasi dan adanya suara napas tambahan, ajarkan batuk efektif, berikan posisi (semi fowler), berikan obat (misalnya bronkodilator) sesuai dengan program atau protokol .

3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dengan kebutuhan oksigen. Intervensi yang disusun oleh penulis yaitu onitor tanda-tanda vital, toleransi pasien terhadap aktivitas, instruksikan pasien dan keluarga mengenai pertimbangan khusus terkait dengan aktivitas sehari-hari (misalnya pembatasan aktivitas dan meluangkan waktu istirahat), pertahankan lingkungan yang kondusif untuk istirahat), berikan kesempatan keluarga untuk terlibat dalam aktivitas dengan cara yang tepat.

D. Pelaksanaan Keperawatan

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

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas. Dari hari pertama sampai hari ketiga penulis melakukan semua tindakan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah dibuat.
2. Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan penurunan volume paru dari hari pertama sampai hari ke tiga penulis melakukan semua tindakan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah dibuat.
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai oksigen. Dari hari pertama sampai hari ke tiga penulis melakukan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah dibuat.

E. Evaluasi

Tahap ini merupakan tahap akhir dari asuhan keperawatan yang mencakup tentang penentuan apakah hasil yang diharapkan bisa dicapai. Dari hasil evaluasi yang dilakukan penulis selama melaksanakan proses keperawatan pada pasien selama 4 hari (11-14 Maret 2020) adalah sebagai berikut:

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kotraktilitas. Berdasarkan hasil evaluasi, penulis menyimpulkan bahwa masalah penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas teratasi yang dibuktikan dengan data pasien mengatakan sudah tidak sesak napas, pasien mengatakan tidak merasakan nyeri dada.
2. Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan penurunan volume paru. Berdasarkan hasil evaluasi, penulis menyimpulkan bahwah masalah ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan penurunan volume paru mulai teratasi yang dibuktikan dengan data pasien mengatakan masih batuk, pasien mengatakan tidak sesak napas.
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Berdasarkan hasil evaluasi, penulis menyimpulkan bahwa masalah intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen mulai teratasi yang dibuktikan dengan data pasien mengatakan dapat memenuhi kebutuhannya tapi dengan bantuan, pasien mengatakan dapat melakukan aktivitas seperti makan, minum, mandi, BAB dan BAK tapi dengan bantuan.

BAB V
PENUTUP

Berdasarkan hasil pembahasan yang telah diuraikan mengenai asuhan keperawatan pasien dengan *Congestive Heart Failure* (CHF), maka penulis membuat kesimpulan dan saran yang dapat bermanfaat demi pengembangan dan peningkatan pelayanan perawatan pasien khususnya pada pasien CHF.

A. Kesimpulan

1. Pengkajian

   Pasien Ny.Y umur 21 tahun, jenis kelamin perempuan masuk RS Stella Maris Makassar pada tanggal 10 Maret 2020 dirawat di ruang ICU-ICCU dengan diagnosa medis *Congestive Heart Failure* (CHF). Pada saat pengkajian pasien mengatakan ± 3 hari yang lalu pasien sesak napas disertai batuk berlendir, nyeri dibagian dada, nyeri tertusuk-tusuk dan hilang timbul ± 3-5 menit. Suara napas bronchovesikuler, JVP 5-2 cmH_2O, terpasang conekta di ekstremitas dextra, terpasang SpO2, terpasang oksigen rebreathing mask 8 liter/menit, terpasang kateter dan terpasang monitor. Pada pemeriksaan tanda-tanda vital di dapatkan TD:120/90 mmHg, suhu:36,2^{o}C, pernapasan: 36 x/menit, nadi: 142 ^{x}/menit. Hasil gambaran EKG: sinus takikardi, hasil foto thoraks: pneumonia bilateral, terutama khusus kanan, dan hasil pemeriksaan Echoccardiography: dilatasi LA, EF:43%.

   Diagnosa yang diangkat oleh penulis yaitu:

   a. Penurunan curang jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas.
   b. Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan penurunan volume paru.

c. Intoleransi aktivitas berbungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

2. Intervensi keperawatan yang penulis susun disesuaikan dengan intervensi yang telah dibuat dan sesuai dengan kondisi pasien. Intervensi keperawatan itu meliputi: tindakan keperawatan mandiri, observasi keperawatan dan tindakan evaluasi penulis laksanakan untuk mengatasi masalah tersebut:
   a. Penurunan curang jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas: Lakukan penilaian komperhensif pada sirkulasi perifer (misalnya : SpO2, warna kulit dan suhu ekstremitas termasuk didalamnya adalah sirkulasi perifer), monitor tanda-tanda vital secara rutin, lakukan penilaian komperhensif terhadap status hemodinamika (yaitu memeriksa tekanan vena jugularis), lakukan auskultasi pada paru untuk mencari tahu apa adanya bunyi atau suara tambahan lainnya, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat golongan beta blocker, posisikan pasien untuk mengurangi dyspnea (misalnya posisi semi fowler), monitor aliran oksigen, dan jelaskan tujuan pemberian oksigen perkanula atau sungkup, lakukan pengkajian nyeri komperhensif yang meliputi lokasi, karakteristik, intensitas atau beratnya nyeri, ajarkan teknik relaksasi non farmakologi.
   b. Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan penurunan volume paru: Pantau kecepatan, irama, kedalaman dan upaya pernapasan, auskultasi suara napas, perhatikan penurunan/tidak adanya ventilasi dan adanya suara napas tambahan, ajarkan batuk efektif, berikan posisi (semi fowler), berikan obat (misalnya bronkodilator) sesuai dengan program atau protokol, pantau pucat dan sianosis.

c. Intoleransi aktivitas berbungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen: Monitor tanda-tanda vital, toleransi pasien terhadap aktivitas, instruksikan pasien dan keluarga mengenai pertimbangan khusus terkait dengan aktivitas sehari-hari (misalnya : pembatasan aktivitas dan meluangkan waktu istirahat), pertahankan lingkungan yang kondusif untuk istirahat), berikan kesempatan keluarga untuk terlibat dalam aktivitas dengan cara yang tepat.

3. Implementasi dilakukan selama tiga hari dilakukan sesuai dengan intervensi yang telah di buat dengan bekerja sama dengan pasien, keluarga serta tim kesehatan lainnya sehingga mendapatkan hasil maksimal.
4. Hasil evaluasi asuhan keperawatan yang dilakukan selama tiga hari yaitu, penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas teratasi, ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan penurunan volume paru mulai teratasi dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen mulai teratasi.

B. Saran

1. Bagi pasien dan keluarga

   Diharapkan pasien dan keluarga mampu menjaga pola hidup bersih dan sehat, istirahat yang cukup, menciptakan lingkungan yang bersih dan juga kebersihan diri dan lingkungan dan melakukan aktivitas ringan sesuai kondisi tubuh.
2. Bagi Rumah Sakit

   Diharapkan rumah sakit/pelayanan kesehatan dapat meningkatkan mutu pelayanan dan pengawasan kesehatan khususnya bagi penderita CHF.

3. Bagi pendidikan

   Penulis berharap agar institusi lebih memperbanyak referensi terbaru tentang penyakit CHF untuk menambah wawasan dan pengetahuan mahasiswa tentang penyakit CHF.

4. Mahasiswa/mahasiswi

   a. Hendaknya mahasiswa dalam melaksanakan asuhan keperawatan selalu tetap menerapkan teori-teori yang di dapat sesuai dengan prosedur yang berlaku.

   b. Dapat meningkatkan ilmu pengetahuan dan menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan CHF.

DAFTAR PUSTAKA

Arini. (2015). *Studi Penggunaan Obat Pada Pasien Gagal Jantung yang Rawat Inap di RSUD*. Surabaya : Universitas Widya Mandala Katolik

Aspiani. (2014). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Kardiovaskuler : Aplikasi NIC dan NOC*. Jakarta : EGC

Brunner & Suddarth. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah. Edisi 8. Volume 2.* Jakarta : EGC

Guyton & Hall. 2016. *Buku Ajar untuk Fisiologi Medis.* Philadelphia : Elsevier

Kasron. (2012). *Kelainan dan Penyakit Jantung: Pencegahan serta Pengobatannya*. Yogyakarta : Nuha Medika

Karson. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Sistem Kardiovaskuler.* Jakarta: TIM

MRO Rumah Sakit Stela Maris. (2019). *Statistik Penyakit Congestive Heart Failure (CHF).* Rumah Sakit Stella Maris Makassar : Tidak untuk dipublikasikan

Muttaqin, A. (2012). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler.* Jakarta : Salemba Medika

Riset Kesehatan Dasar. (2016). *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2016.* Jakarta: Badan Litbangkes, Depkes RI

Rispawati. (2019). *Pengaruh Konseling Diet Jantung Terhadap Pengetahuan Diet Jantung Pasien Congestive Heart Failure (CHF).* Bukit Tinggi : STIKes Fort de Kock

Siswanto, ddk. (2015). *Pedoman Tatalaksana Gagal Jantung.* Jakarta : Pengurus Pusat Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskuler Indonesia

Syaifuddin. (2014). *Anatomi Fisiologi : Kurikulum Berbasis Kompetensi untuk Keperawatan dan Kebidanan.* Jakarta : EGC

Tim MGMP. (2015). *Farmakologi. Jilid II.* Yogyakarta : CV Budi Utama

Wilkinson, A. (2012). *Rencana Asuhan Keperawatan Dan Dokumentasi Keperawatan : Diagnosa Keperawatan Dan Masalah Kolaboratif* Edisi 9. Jakarta : EGC

Wihastuti, dkk. (2016). *Patofisiologi Dasar Keperawatan Penyakit Jantung Korener: Inflamasi Vaskuler*. Malang : TIM UB Press

LEMBAR KONSUL KTI

Nama Mahasiswa : Nicita Yulan Sari Suba
E1714401034
Paskalina Natalia Ruth Lelimarna
E1714401035

Judul KTI : **Asuhan Keperawatan Pada Ny. Y dengan *Congestive Heart Failure* (CHF) di Ruang ICU/ICCU Stella Maris Makassar**

Nama Pembimbing : Pricilia Maria Tore, S,Kep., Ns

No	Tanggal	Materi Konsul	Perbaikan	TTD
				Pembimbing
1	23 Maret 2020	Konsul BAB I, BAB II, dan BAB III	Perbaiki Latar Belakang, Tinjauan Teori, Diagnosa dan Itervensi	
2	16 April 2020	Konsul Pathway	Perbaiki Pathway dan penulisan	
3	18 April 2020	Konsul BAB III (pengkajian)	Perbaiki Pengkajian 11 Pola Gordon, Analisa Data dan Intervensi	

4	19 April 2020	Konsul BAB I, BAB II, dan Patway	Perbaiki Latar Belakang, Tinjauan Teori, dan patoflodiagram	
5	22 April 2020	Konsul perbaikan BAB I dan BAB II	Perbaiki latar Belakang dan Tinjauan Teori	
6	23 April 2020	Konsul BAB II, BAB III dan Pathway	Perbaiki Tinjauan Teori,Pengkajian, Analisa Data, Intervensi, Implementasi, Evaluasi dan Pathway	
7	28 April 2020	Konsul BAB III,BAB IV dan BAB V	Perbaiki Intervensi,Implementasi, Evaluasi, Perbaikan pembahasan kasus	
8	1 Mei 2020	Konsul BAB III, BAB IV, BAB V dan Cover	Perbaiki penempatan tulisan, Implementasi, Evaluasi, Perbaiki Pembahasan Kasus	

9	5 Mei	Konsul BAB III, BAB IV, BAB V, Daftar Pustaka	Perbaiki penempatan tulisan, Implementasi, Analisa Data, Evaluasi, Perbaiki Pembahasan kasus	
10	8 Mei 2020	Konsul KTI	Digabungkan menjadi satu file mulai dari Cover sampai Daftar Pustaka	
11	12 Mei 2020	Konsul KTI	Perhatikan penempatan tulisan, perbaiki nomor di setiap halaman	
12	26 Mei 2020	Konsul KTI	Perhatikan penempatan tulisan, perbaiki nomor di setiap halaman	

13	31 Mei 2020	Konsul KTI	Perbaiki yang masih kurang (penempatan tulisan)	
14	4 Juni 2020	Konsul (lembar konsul KTI)	Perbaiki nama dan tanggal konsul	
15	10 Juni 2020	Konsul KTI	Perbaikan kembali sistematika penulisan	