KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN "D" DENGAN *CONGESTIVE HEART FAILURE* (CHF) DI RUANG PERAWATAN ICU/HCU RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

DISUSUN OLEH:

PEBRIANI ANTAURI

E1714401036

PENI SUDDIN

E1714401037

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

PROGRAM DIPLOMA III KEPERAWATAN

MAKASSAR

2020

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah Dengan Judul **"ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN "D" DENGAN *CONGESTIVE HEART FAILURE* DI RUANG PERAWATAN ICU/HCU RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR"**.Telah disetujui oleh dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan Oleh :

Pebriani Antauri
E17144010346

Peni Suddin
E1714401037

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 TN "D" DENGAN *CONGESTIVE HEART FAILURE* (CHF) DI RUANG PERAWATAN ICU/HCU RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR".** Telah dipertanggungjawabkan dan telah diujikan dihadapan tim penguji yang dilaksanakan pada :

Hari/Tanggal : Selasa/16 juni 2020
Pukul : 09.20-10.00 WITA
Tempat : Kampus Stik Stella Maris

Tim Penguji :

1. Rosdewi, S.Kp.,MSN
2. Serlina Sandi, Ns.,M.Kep
3. Pricilia M. Tore, S.Kep.,Ns

Mengetahui

Ketua STIK Stella Maris

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

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Pribadi

Nama : Pebriani Antauri Taliding

Tempat Tanggal Lahir : Surruk, 23 Februari 1998

Jenis Kelamin : Perempuan

Agama : Kristen Prostestan

Alamat : Jln. Maipa Lorong 35

II. Identitas Orang tua

Ayah/Ibu : Daniel Ruru/Agustina Nari

Agama : Kristen Protestan

Pekerjaan : Petani/Petani

Alamat : Tanah Toraja

III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SDN : Tahun 2005-2010

SMP : Tahun 2011-2013

SMA : Tahun 2014-2016

STIK STELLA MARIS : Tahun 2017-2020

RIWAYAT HIDUP

I. Indentitas Pribadi

Nama : Peni Suddin
Tempat Tanggal Lahir : Wawondula, 07 Agustus 1998
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Pantekosta
Alamat : Jl. Paccerakang

II. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu : Edi Suddin/Ester Simon
Agama : Pantekosta
Pekerjaan : Petani/Ibu Rumah Tangga
Alamat : Wawondula

III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SD : Tahun 2005-2011

SMP : Tahun 2011-2014

SMA : Tahun 2014-2017

STIK STELLA MARIS : Tahun 2017-2020

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas berkat rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah (KTI) dengan judul **"Asuhan Keperawatan pada TN "D" dengan *Congestive Heart Failure* (CHF) di ruang perawatan ICU/HCU Rumah Sakit Stella Maris Makassar".**

Penulisan karya tulis ilmiah ini dimaksudkan untuk memenuhi salah satu persyaratan ujian akhir bagi kelulusan mahasiswa/i STIK Stella Maris

Makassar Program Diploma III Keperawatan Tahun 2019-2020.

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

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

1. Siprianus Abdu, S.Si.,Ns.,M.Kes selaku ketua STIK Stella Maris Makassar.
2. Henny Pongantung,Ns.,MSN.,DN., Sc selaku Wakil Ketua bidang akademik STIK Stella Maris Makassar.
3. Merry Solon, S.Kep,Ns.,M.Kes selaku ketua program studi DIII Keperawatan STIK Stella Maris Makassar.
4. Pricilia Maria Tore S.Kep.,Ns selaku Pembimbing yang senantiasa memberikan arahan dan masukan selama penyusunan KTI ini.
5. Kepada seluruh dosen dan tenaga kependidikan STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan arahan dan masukan selama mengikuti pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
6. Sr. Dr. Terocci Lusia Nunuhitu, SJMJ, M.Kes selaku direktur Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melakukan pengambilan data awal dan melakukan penelitian di Rumah Sakit Stella Maris Makassar.
7. Kepala bagian, pembimbing klinik (CI) dan para pegawai di ruang perawatan ICU/HCU Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang telah membantu penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Teristimewa kepada kedua orang tua kami yang selalu memberikan doa, semangat, dukungan dan bantuan materi sehingga penyusunan KTI ini dapat terselesaikan.
9. Kepada Tn “D” dan keluarga yang telah meluangkan waktu dan

bersedia bekerja sama dengan penulis dalam penyusunan KTI ini.

10. Seluruh teman-teman program Diploma III Keperawatan angkatan 2017 yang telah memberikan doa dan dukungan selama penyusunan KTI ini.
11. Pihak-pihak lain yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu yang telah memberikan dukungan dan motivasi dalam penyusunan KTI ini.

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

Makassar, Juni 2020

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN JUDUL
HALAMAN PERSETUJUAN i
HALAMAN PENGESAHAN ii
RIWAYAT HIDUP iii
KATA PENGANTAR v
DAFTAR ISI vii
DAFTAR GAMBAR ix

DAFTAR TABEL x
BAB I PENDAHULUAN
A. Latar Belakang 1
B. Tujuan Penulisan 3
C. Manfaat Penulisan 4
D. Metode Penulisan 4
E. Sistematika Penulisan 5
BAB II TINJAUAN TEORITIS
A. Konsep Dasar Medis 6
1. Pengertian 6
2. Anatomi Jantung 7
3. Klasifikasi NYHA 9
4. Etiologi 11
5. Patofisiologi 13
6. Manifestasi Klinik 15
7. Pemeriksaan Diagnostik 15
8. Penatalaksanaan 17
9. Komplikasi 18
B. Konsep Dasar Keperawatan 19
1. Pengkajian 19
2. Diagnosa Keperawatan 21
3. Perencanaan 22
4. *Discharge Planning* 26
5. Patoflowdiagram 27
BAB III TINJAUAN KASUS
A. Pengamatan Kasus 30
B. Pengkajian 31
C. Analisa Data 52
D. Diagnosa Keperawatan 55
E. Intervensi Keperawatan 56
F. Implementasi Keperawatan 62

G. Evaluasi Keperawatan 71
BAB IV PEMBAHASAN KASUS
A. Pengkajian 79
B. Diagnosa Keperawatan 81
C. Intervensi Keperawatan 83
D. Implementasi Keperawatan 84
E. Evaluasi Keperawatan 84
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN
A. Kesimpulan 86
B. Saran 88
DAFTAR PUSTAKA 89

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi jantung manusia 7
Gambar 2.2 Patoflowdiagram CHF 27
Gambar 3.1 Genogram 33

DAFTAR TABEL

Tabel2.1 Klasifikasi NYHA 9

Tabel3.1 Pemeriksaan Darah Lengkap 46

Tabel3.2 Analisa Data 52

Tabel3.3 Diagnosa Keperawatan 55

Tabel3.4 Intervensi Keperawatan 56

Tabel3.5 Implementasi Keperawatan 62

Tabel3.6 Evaluasi Keperawatan 71

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit jantung adalah penyakit pembunuh nomor satu di dunia, penyakit jantung adalah kondisi ketika jantung mengalami gangguan. Bentuk gangguan itu sendiri bisa bermacam-macam. Ada gangguan pada pembuluh darah jantung, irama jantung, katup jantung, atau gangguan akibat bawaan lahir. Sedangkan gagal jantung adalah kondisi saat otot jantung menjadi sangat lemah sehingga tidak bisa memompa cukup darah keseluruh tubuh pada tekanan yang tepat. Terjadinya gagal jantung biasanya dipicu oleh masalah kesehatan, seperti penyakit jantung koroner, gangguan aritmia jantung, kardiomiopati atau gangguan otot jantung, kerusakan pada katup jantung, hipertensi, hipertiroidisme yang terlalu aktif, anemia, miokarditis, cacat jantung sejak lahir dan diabetes (https://www.aladokter.com/penyakit-jantung).

Data *World Health Organization* (WHO) menunjukkan bahwa sebanyak 17,3 juta orang di dunia meninggal karena penyakit kardiovaskuler dan diperkirakan akan mencapai 23,3 juta penderita yang meninggal di tahun 2020. Menurut *American Heart Association* (AHA) tahun 2012, dilaporkan bahwa ada 5,7 juta penduduk Amerika serikat yang menderita *Congestive Heart Failure* (CHF). Selanjutnya terjadi peningkatan menjadi 6,5 juta jiwa pasien yang menderita CHF dan diperkirakan akan bertambah sebanyak 3,3 juta jiwa pada tahun 2030. Data pasien yang menjalani hospitalisasi terdapat sebanyak 1.094.00 pasien dan melalui data ini diperoleh angka kejadian rehospitalisasi hampir sekitar 50%

dari total pasien CHF yang pernah menjalani hospitalisasi sebelumya (Pradana,dkk,2017).

Penyakit CHF telah meningkat dan menjadi peringkat partama 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 Nusa Tenggara Barat mencapai 0,4% untuk yang terdiagnosis dan 0,14% untuk revalensi gejala. Penyakit CHF meningkat seiring dengan bertambahnya umur, tertinggi pada umur 65-74 tahun 0,5% untuk yang terdiagnosis, menurun sedikit pada umur ≥ 75 tahun 0,4% tetapi untuk gejala tertinggi pada umur ≥ 75 tahun 1,1%) (Riskesdas, 2016).

Berdasarkan data dari *Medical Record* Rumah Sakit Stella Maris Makassar, tercatat jumlah penderita CHF pada tahun 2017, sebanyak 373 pasien dengan kematian 54 pasien. Penderita CHF dengan umur 25-44 tahun 28 orang, umur 45-46 tahun 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 5 orang, umur 25-44 tahun berjumlah 25 orang, umur 45-64 tahun berjumlah 149 orang, umur 65 tahun ke atas sebanyak 138 orang. 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).

Berdasarkan data di atas, menunjukkan bahwa angka insiden penderita CHF membutuhkan perhatian dan perawatan yang lebih intensif dan komprehensif. Perawat sebagai tenaga profesional dibidang pelayanan kesehatan memiliki konstribusi yang besar dalam perawatan kesehatan khususnya pasien dengan CHF, karena perawat tidak hanya memberikan asuhan keperawatan tetapi perawat juga melakukan peran edukator untuk memberi edukasi pada pasien dan keluarga baik saat dirawat, maupun akan pulang dari RS. Oleh sebab itu, penulis tertarik mengambil kasus ini untuk menerapkan serta membahas dalam bentuk karya tulis ilmiah dengan judul asuhan keperawatan pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) di ruang perawatan ICU/HCU RS Stella Maris Makassar.

B. Tujuan penulisan

1. Tujuan umum

   Memperoleh pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan CHF.

2. Tujuan khusus

   a. Melaksanakan pengkajian keperawatan pada pasien dengan CHF.

   b. Menetapkan diagnosa keperawatan pada pasien dengan CHF.

   c. Menetapkan rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan CHF.

   d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan CHF.

   e. Mengevaluasi tindakan keperawatan pada pasien dengan

CHF.

f. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan CHF.

C. Manfaat penulisan

1. Bagi Instansi Rumah sakit

   Membantu Rumah Sakit dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien CHF.

2. Bagi Institusi/Pendidikan

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

3. Bagi Pasien

   Diharapkan dapat menambah pengetahuan pasien khususnya cara pengobatan penyakit jantung.

4. Bagi Penulis

   Sebagai syarat dalam menyelesaikan pendidikan pada program Diploma III Keperawatan, dan sebagai pengalaman dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien 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 di mulai 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 pegamatan 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 penyususnan karya tulis ilmiah ini.

BAB II
TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Medis

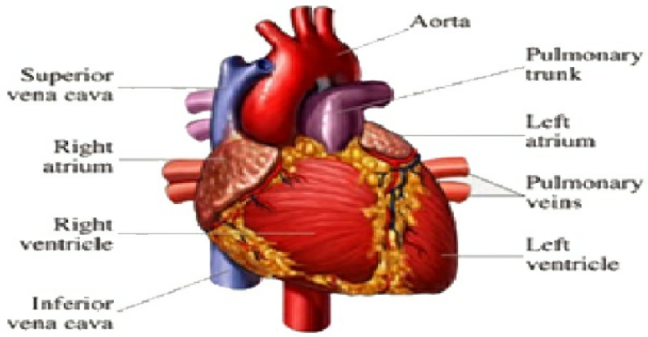
1. Pengertian

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

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

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

2. Anatomi dan Fisiologi



Gambar 2.1 Anatomi Jantung

Sumber : Aaronson dan Ward, 2010

a. Lapisan jantung
   1) Epikardium lapisan yang merupakan kantong pembungkus jantung terletak di dalam mediastinum minus, terletak di belakang karpus sterni 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 melaui vena cava superior, vena cava inferior, serta sinus koronarius yang berasal dari jantung sendiri dari

atrium dextra kemudian darah di pompa ke ventrikel dextra.

2) Ventrikel dextra berbentuk bulan sabit yang unik berguna dalam menghasilkan kontraksi bertekanan rendah yang cukup untuk mengalirkan darah kedalam arteri pulmonalis.
3) Atrium sinistra menerima darah yang sudah teroksinegasi 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. Antara vena pulomonalis dan atrium sinistra tak ada katup sejati, karena itu perubahan tekanan dari atrium sinistra mudah sekali membaik *retrograde* kedalam pembuluh paru. Peningkatan tekanan atrium sinistra yang akut akan menyebabkan bendungan paru. Atrium sinistra berdinding tipis dan bertekanan rendah.
4) Ventrikel sinistra memiliki dinding yang tebal daripada dinding ventrikel dextra, sehingga ventrikel sinistra berkontraksi lebih kuat. Ventrikel kiri memompa darah keseluruh tubuh, pada pertemuan aorta dan ventrikel sinistra yang juga menutup katup mitralis. Katup seminularis 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. Ventrikel sinistraharus menghasilkan tekanan yang cukup tinggi untuk mengatasi tahanan sirkulasi sistemik dan mempertahankan aliran darah ke jaringan perifer. Memiliki dua katup jantung yaitu :

a) Katup *antrioventrikuler* memisahkan antara atrium dan ventrikel. Katup ini memungkinkan darah mengalir dari masing-masing atrium ke ventrikel saat diastol ventrikel dan mencegah aliran balik ke atrium saat sistole ventrikel. Katup *antrioventrikuler* ada dua, yaitu katup *trikuspidalis* dan katup *bikuspidalis*. Katup *trikuspidalis* memiliki tiga buah daun katup yang terletak antara atrium dextra dan ventrikel dextra. Katup *bikuspidalis* atau katup mitral memiliki dua buah daun katup dan terletak antara atrium sinistra dan ventrikel sinistra.
b) Katup *semilunaris* terdiri dari dua katup yaitu katup aorta dan katup *pulmonalis*. Kedua katup *seminuaris* sama bentuknya, katup ini terdiri dari 3 daun katup simetris. Katup aorta terletak antara ventrikel sinistra dan aorta, sedangkan katup *pulmonalis* terletak antara ventrikel dextra dan arteri *pulmonalis* (Syaifuddin, 2014).

3. Klasifikasi

Ada berbagai klasifikasi untuk gagal jantung, diantaranya berdasarkan abnormalitas struktur jantung yang di susun oleh *American Heart Association/American College of Cardiology* (AHA/ACC) atau berdasarkan gejala berkaitan dengan kapasitas fungsional yang diterbitkan oleh *New York Heart Association* (NYHA).

a. Rata-rata klasifikasi tingkat keparahan gagal jantung.

Klasifikasi menurut ACC/AHA	Klasifikasi menurut NYHA
Stadium A Memiliki risiko tinggi untuk berkembang menjadi gagal jantung. Tidak terdapat gangguan structural atau fungsional jantung.	Kelas I Pasien dengan penyakit jantung tetapi tidak ada pembatasan aktivitas fisik biasa tidak menyebabkan kelelahan berlebihan, palpitasi, dispnea atau nyeri angina.
Stadium B Telah terbentuk penyakit struktur jantung yang berhubungan dengan perkembangan gagal jantung, tidak terdapat tanda dan gejala.	Kelas II Pasien dengan penyakit jantung dengan sedikit pembatasan aktivitas fisik. Merasa nyaman saat istirahat. Hasil aktivitas normal fisik kelelahan, palpitasi, dispnea atau nyeri angina.
Stadium C Gagal jantung yang simpatomatis berhubungan dengan penyakit structural jantung yang mendasari.	Kelas III Pasien dengan penyakit jantung yang terdapat pembatasan aktivitas fisik. Merasa nyaman saat istirahat. Aktivitas fisik ringan menyebabkan kelelahan, palpitasi, dispnea atu nyeri angina.
Stadium D Penyakit structural jantung yang lanjut serta gejala gagal jantung yang sangat bermakna saat istirahat walaupun telah mendapat terapi.	Kelas IV Pasien dengan penyakit jantung yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas fisik apapun tanpa ketidak nyamanan. Gejala gagal jantung dapat muncul bahkan pada saat istirahat. Keluhan meningkat saat melakukan aktivitas.

Tabel 2.1 Klasifikasi

b. Berdasarkan curah jantung

1) Gagal jantung curah tinggi

Pada pasien dengan gagal jantung curah-tinggi, curah jantung tidak melebihi batas atas normal, tetapi mungkin lebih dekat dengan batas atas normal. Gagal jantung curah-tinggi terlihat pada pasien hipertiriodisme, anemia, kehamilan, fistula anteriovenosa, beri-beri, dan penyakit *pager.*

2) Gagal jantung curah rendah

Pada gagal jantung curah rendah, curah jantung berada dalam batas normal pada saat istirahat, tetapi tidak mampu meningkat secara normal selama aktivitas fisik.

c. Berdasarkan gangguan fungsi

1) Gagal jantung sistolik

Gagal jantung sistolik yang utama berkaitan dengan curah jantung yang tidak adekuat dengan kelemahan, kelelahan, berkurangnya toleransi terhadap *exercise,* dan gejala lain dari hipoperfusi.

2) Gagal jantung diastolik

Gagal jantung diastolik berhubungan dengan peningkatan tekanan pengisian. Pada banyak pasien yang mempunyai hipertrofi ventrikel dan dilatasi, abnormalitas kontraksi dan relaksasi terjadi secara bersamaan.

d. Berdasarkan letak

1) Gagal jantung kanan

Gagal jantung kanan terjadi bila abnormalitas yang mendasari mengenai ventrikel kanan secara primer seperti stenosis katup paru atau hipertensi paru sekunder terhadap tromboembolisme paru sehingga terjadi kongesti vena sistematik.

2) Gagal jantung kiri

Pada gagal jantung kiri, ventrikel kiri secara mekanis mengalami kelebihan beban atau melemah, mengalami dispena atau ortopnea akibat dari kongesti paru (Muttaqin,2019).

4. Etiologi

a. Kelainan otot jantung gagal jantung sering terjadi pada penderita kelainan otot jantung disebabkan menurunnya kontraktilitas jantung. Kondisi yang mendasari penyebab kelainan fungsi otot jantung mencakup ateroskeloris coroner, hipertensi arterial dan penyakit degeneratif atau inflamasi.
b. Aterosklerosis koroner mengakibatkan disfungsi miokardium, karena terganggunya aliran darah ke otot jantung. Terjadi hipoksia dan asidosis (akibat penumpukan asam laktat). Infark miokardium (kematian sel jantung) biasanya mendahului terjadinya gagal jantung. Peradangan dan penyakit miokardium degeneratif berhubungan dengan gagal jantung karena kondisi yang secara langsung merusak serabut jantung menyebabkan kontraktilitas menurun.
c. Hipertensi sistemik atau pulmonal (peningkatan *afterload)* peningkatan beban kerja jantung dan pada gilirannya mengakibatkan hipertrofi serabut otot jantung.
d. Peradangan dan penyakit miokardium degeneratif, berhubungan dengan gagal jantung karena kondisi ini secara langsung merusak serabut jantung, dan menyebabkan kontraktilitas menurun.
e. Penyakit jantung lain, terjadi sebagai akibat penyakit jantung yang sebenarnya, yang secara langsung mempengaruhi jantung. Mekanisme biasanya terlibat mencakup gangguan

aliran darah yang masuk kejantung (stenosis katup seminular), ketidakmampuan jantung untuk mengisi darah (tamponade, pericardium, pericarditis, konstriktif atau stenosis), peningkatan mendadak *afterload.*

f. Faktor sistemik, terdapat sejumlah besar faktor yang berperan dalam perkembangan dan beratnya gagal jantung. Asidosis respiratorik atau metabolik dan abnormalitias elektronik dapat menurunkan jantung (Kasron, 2016).

5. Patofisiologi

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

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

Curah jantung pada waktu istirahat kira-kira 4-5 liter/menit. Hal ini diatur dengan cepat, jika ada perbedaan sedikit saja dari curah jantung antara ventrikel dextra dengan ventrikel sinistra,

misalnya perbedaan satu tetes darah setiap denyut jantung, hal ini dalam beberapa jam akan menimbulkan gangguan yang berat dan kematian. Jadi curah jantung ventrikel dextra dan ventrikel sinistra harus dipertahankan tepat satu sama lain (*mekanisme starling*). Jika suatu sebab, jantung tidak dapat mencukupi jumlah darah yang dibutuhkan, beberapa mekanisme kompensasi akan bekerja sehingga jantung dapat mencukupi kebutuhan jaringan. Bila jantung harus melakukan kerjanya pada keadaan-keadaan yang lebih sulit, mekanisme kompensasi ini tidak cukup lagi maka akan timbul gagal jantung. Bila *reservasi* jantung (*cardiac reseved)* normal untuk berespons terhadap stres tidak adekuat untuk memenuhi kebutuhan metabolik tubuh, maka jantung gagal untuk melakukan tugasnya sebagai pompa dan akibatnya terjadi gagal jantung. Jika *resevasi* jantung normal mengalami kepayahan dan kegagalan, respons fisiologi tertentu pada penurunan curah jantung adalah penting. Semua respons ini menunjukkan upaya tubuh untuk mempertahankan perfusi organ vital tetap normal. Terdapat empat mekanisme respons primer terhadap gagal jantung meliputi:

a. Meningkatnya aktivitas *adrenergic simpatis*
b. Meningkatnya beban awal akibat aktivasi neurohormon
c. *Hipertrofi* ventrikel
d. Volume cairan berlebih (*overload volume)*

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

Gagal jantung terjadi ketika tidak mampu memompa cukup darah untuk memenuhi kebutuhan metabolik tubuh.

Gagal jantung dapat diklasifikasikan menurut sisi jantung yang terkena yaitu gagal jantung kanan dan gagal jantung kiri. Gagal jantung kanan yaitu kontraksilitas ventrikel kanan yang tidak efektif → kegagalan ventikel kanan untuk memompa darah → penurunan curah jantung ke paru-paru → darah mengalir balik ke atrium kanan dan sirkulasi perifer → kenaikan berat badan, edema perifer, distensi ginjal dan organ lain. Sedangakan gagal jantung kiri yaitu kontraksilitas ventrikel kiri yang tidak efektif → kegagalan ventrikel kiri untuk memompa darah → penurunan curah jantung ke seluruh tubuh → darah mengalir balik kedalam atrium kiri dan paru -paru → kongesti paru, dispnea, intoleransi terhadap aktivitas → edema paru dan gagal jantung kanan

(Muttaqin, 2012).

6. Manifestasi Klinis

Gagal jantung dapat menyebabkan denyut jantung penderita menjadi lebih cepat atau bahkan tidak beraturan. Penyakit ini juga dapat membuat pasokan darah ke ginjal menjadi lebih sedikit sehingga terjadi penumpukan cairan di tubuh penderitanya (Notoadmodjo, 2012).

Kondisi seperti ini dapat menimbulkan gejala-gejala seperti :

1. Pembengkakan pada pergelangan kaki, serta perut.
2. Meningkatnya frekuensi buang air kecil di malam hari
3. Kenaikan berat badan
4. Mual
5. Kehilangan nafsu makan
6. Sesak napas dan batuk kering

Selain ke ginjal, gagal jantung juga membuat pasokan darah ke otot serta organ-organ penting lainya menjadi berkurang hal ini dapat membuat penderita mengalami:

a. Lemah
b. Letih
c. Pusing

7. Pemeriksaan Diagnostik
   a. Elektrokardiografi : Menilai hipertrofi atrium/ ventrikel, iskemia, infark dan distrimia, dan memeriksa adanya irama jantung yang tidak normal (denyut jantung, serangan jantung)
   b. Tes Laboratorium Darah
      1) Enzymhepar :Meningkat dalam gagal jantung. Memeriksa test darah (SGOT, SGPT)
      2) Hitung sel darah lengkap, anemia berat/ anemia gravis atau polisitemia vera. Memeriksa (HDL), (CBC)
      3) Hitung sel darah putih, leukositosis (endokarditis dan miokarditis) atau keadaan infeksi. Memeriksa darah lengkap (leukosit)
      4) Elektrolit, kemungkinan berubah karena perpindahan cairan, penurunan fungsi ginjal. Memeriksa tes kalium (potasium)
      5) Oksimetri nadi, kemungkinan situasi oksigen rendah. Memeriksa (SpO2, ujung jari, daun telinga) pada kasus bayi (atas kaki)
      6) AGD (Analisa gas darah), gagal ventrikel kiri ditandai dengan alkalosis respiratorik ringan atau hipoksemia dengan peningkatan PCO_2. Memeriksa darah dapat di ambil dari pembuluh nadi pergelangan tangan, lengan, atau pangkal paha.
      7) Albumin, dapat menurun sebagai akibat penurunan masukan protein. Memeriksa darah, pengukuran serum

albumin adalah tes yang bertujuan untuk mencari tau berapa jumlah albumin di dalam darah.

c. Sonogram ekokardiografi, dapat menunjukkan pembesaran bilik perubahan dalam fungsi struktur katup, penurunan kontraksilitas ventrikel.
d. Scan jantung, menilai underperfusion otot jantung, yang menunjang.
e. Katerisasi jantung, menilai fraksi ejeksi ventrikel.
f. Rontgen dada, menunjukkan pembesaran jantung, banyangan mencerminkan dilatasi dan hipertrofi bilik atau perubahan dalam pembuluh darah atau peningkatan pulmonal (Kasron, 2016).

8. Penatalaksanaan
   a. Penatalaksanaan medis untuk mengurangi *afterload* dan *preload.*
      1) *First line drugs*: diuretik untuk mengurangi *afterload* pada disfungsi dan mengurangi kongesti pulmonal pada disfungsi diastolik.
      2) *Second line drugs*: ACE inhibitor membantu meningkatkan COP dan menurunkan kerja jantung.
         a) *Digoxin*: meningkatkan kontraksilitas, obat ini yang digunakan untuk kegagalan diastolik yang mana dibutuhkan pengembangan ventrikel untuk relaksasi.
         b) *Hidralazin*: menurunkan afterload pada disfungsi sistolik .
         c) *Isorabide* dinitral: mengurangi preload dan afterload untuk disfungsi sistolik, hindari fasodilator pada disfungsi sistolik.
         d) *Calcium chanel* blocker: untuk kegagalan diastolik meningkatkan relaksasi dan pengisian ventrikel (jangan dipakai pada pasien CHF kronik).

e) *Beta* bloker: sering dikontraindikasikan karena menekan respon miokard. Digunakan pada disfungsi diastolik untuk mengurangi HR, mencegah *iskemia miokard,* menurunkan TD, hipertrofi ventrikel sinistra (Kasron, 2016).

b. Penatalaksanaan keperawatan
   1) Meningkatkan kekuatan dan efisiensi kontraksi jantung dengan bahan-bahan farmakologis.
   2) Dukung istirahat untuk mengurangi beban kerja jantung.
   3) Menghilangkan penimbunan cairan tubuh berlebihan dengan terapi diuretik diet dan istirahat (Kumalasari, 2013).

9. Komplikasi
   a. Serangan jantung, terjadi karena kematian sel jantung ketika jantung tidak mendapat asupan darah yang cukup. Kondisi ini dipicu oleh arteri jantung mengalami penyempitan akibat penumpukan kolesterol atau arterosklerosis.
   b. Penyakit strok, bila jantung tidak bekerja secara efektif, gumpalan darah mudah terbentuk dan dapat menyumbat pembuluh darah. Penyakit strok terjadi akibat gumpalan darah ini menghambat aliran darah menuju otak dan menyebabkan gangguan fungsi dalam mengingat, berbicara dan koordinasi serta disertai mati rasa salah satu sisi tubuh. Karena menyerang sel otak, penyakit ini dapat menimbulkan kerusakan dengan cepat bukan bersifat permanen.
   c. Henti jantung, adalah komplikasi yang terjadi ketika jantung berhenti berdetak secara tiba-tiba dan menyebabkan gangguan bernapas dan kehilangan kesadaran akibat gangguan irama jantung.
   d. Penyakit arteri perifer, penyempitan pembuluh darah tidak

hanya dapat berdampak pada aliran ke jantung, namun juga dapat terjadi pada ujung-ujung bagian tubuh, jika hal tersebut terjadi, maka bagian tubuh tersebut tidak mendapatkan aliran yang cukup sehingga menyebabkan gejala seperti rasa nyeri, terutama pada kaki ketika berjalan.

e. Aneurisma, adalah komplikasi serius yang gejalanya dapat terjadi pada bagian tubuh manapun berupa pembengkakan arteri. Jika suatu aneurisma pecah maka dapat menimbulkan kondisi fatal akibat perdarahan internal.
f. Emboli paru atau emboli pulmonari, adalah kondisi yang serupa dengan stroke namun terjadi pada paru. Penyumbatan aliran darah pada paru menyebabkan tubuh kekurangan oksigen dengan cepat sehingga memicu gejala kesulitan bernapas, sakit pada dada, dan kulit tampak membiru.
g. Fibrilasi atrial, adalah kondisi yang biasanya tidak menimbulkan efek fatal. Hal ini disebabkan karena ruangan pada bagian atas jantung berdetak tidak beraturan atau berdetak lebih lemah dari kondisi normal, yang ditandai dengan detak jantung tidak beraturan.kejadian bisa dapat menigkatkan risiko strok.
h. Angina atau nyeri pada dada, merupakan gejala yang muncul ketika otot jantung tidak mendapatkan oksigen yang cukup sehingga menyebabkan suatu sensasi terpelintir atau rasa tertekan pada bagian dada. Pada umumnya gejala ini dapat dibedakan menjadi dua yaitu angina stabil dan angina tidak stabil. Angina stabil cenderung muncul ketika tubuh seseorang kekurangan oksigen karena beraktivitas fisik sedangkan angina tidak stabil merupakan rasa nyeri yang muncul secara tiba-tiba tanpa didahului dengan adanya aktivitas fisik (Kemal Al Fajar,2019).

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian dilakukan dengan panduan dari 11 pola Gordon, yang difokuskan pada respon pasien akibat penyakit gagal jantung.

   a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

      Data subjektif : Riwayat pola hidup yang tidak sehat, riwayat adanya penyakit jantung, infeksi, anemia dan penyakit keturunan.

      Data objektif : Kebersihan rambut, kulit kepala, kebersihan kulit hiegne rongga mulut, kebersihan genetalia, anus.

   b. Pola nutrisi dan metabolik

      Data subjektif : Kehilangan nafsu makan, mual, muntah, penambahan/penurunan berat badan, edema diet jantung, penggunaan diuretic.

      Data objektif : Penambahan/penurunan berat badan, asites, perubahan turgor kulit, anemia, muntah, edema mukosa mulut kering, keringat.

   c. Pola elminasi

      Data subjektif : Penurunan frekuensi BAB, penurunan peristaltic usus, otot-otot traktus degesif,

dan peningkatan BAK.

Data objektif : Perubahan jumlah urine yang meningkat.

d. Pola aktivitas dan latihan

Data subjektif : Sesak napas, kelemahan, nyeri dada, penurunan aktivitas

Data objektif : Penurunan aktivitas secara mandiri.

e. Pola tidur dan istirahat

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

Data objektif : Palpebra inferior berwarna gelap dan wajah mengantuk.

f. Pola persepsi dan kognitif

Data subjektif : Perasaan nyeri

Data objektif : Binggung dan gelisah

g. Pola hubungan dengan sesama

Data subjektif : Tidak ada perubahan dalam diri pasien

Data objektif : Tidak mengalami stress

h. Pola persepsi dan konsep diri

Data subjektif : Tidak ada perubahan persepsi diri

Data objektif : Kontak mata selau ada

i. Pola mekanisme koping

Data subjektif : Tidak merasa stres dengan penyakitnya karena selalu diberikan motivasi oleh keluarga

Data objektif : Tidak mengalami stres

j. Pola reproduksi dan seksualitas

Data subjektif : Tidak ada penyimpangan dan faktor usia yang lebih lanjut

Data objektif : Tidak ada penyimpangan

k. Pola system dan kepercayaan

Data objektif : Kemampuan pasien dalam menjalankan ibadah tanggapan pasien atau keluarga mengenai agama.

2. Diagnosa Keperawatan
   a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan volume sekuncup.
   b. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mukus yang berlebih.
   c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan

ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

d. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi (Wilkinson & Ahern, 2014).

3. Perencanaan

Rencana keperawatan disusun berdasarkan diagnosa yang sering muncul :

a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraksilitas.

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

Kriteria hasil: keefektifan pompa jantung kembali normal

Intervensi (NIC) :

a. Pantau tanda-tanda vital secara rutin
Rasional : Pada GJK) Gagal Jantung Kongestif) dini, sedang atau kronis TD dapat meningkat sehubungan dengan SVR (Systemic Vaskuler Serebral).

b. Lakukan penilaian secara komprehensif terhadap status jantung termasuk di dalamnya adalah sirkulasi
Rasional : Tanda-tanda yang menunjukkan gagal jantung, yang mengakibatkan penurunan curah jantung dan hiposkia jaringan.

c. Perifer auskultasi suara jantung
Rasional : Menyatakan adanya kongesti paru pengumpulan secret.

d. Lakukan penilaian kompherensif terhadap status hemodinamika (yaitu, memeriksa tekanan vena jugularis)
   Rasional : Untuk melihat adanya distensi JVP dan memperkirakn tekanan vena sentral.

e. Pantau denyut perifer
   Rasional : Penurunan curah jantung dapat menunjukkan menurunnya nadi radial, popliteal, dorsalis.

f. Kolaborasi dengan dokter dala pemberian obat golongan Beta-blocker
   Rasioanl : Beta-bloker bekerja dengan cara mengurangi frekuensi detak jantung dan tekanan otot jantung saat berkontark.

g. Berikan oksigen tambahan seperti yang diperintahkan
   Rasional : Untuk memperbaiki fungsi jantung dengan meningkatkan oksigen yang tersedia dan mengurangi komsumsi oksigen.

b. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mukus berlebih.
   Hasil yang diharapakan (NOC) : Setelah dilakukan tindakan keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif dapat kembali normal.

   Kriteria hasil : manajemen jalan napas

   Intervensi NIC :

   a. Memonitor TTV
      Rasional : Tekanan darah dapat tinggi karena sesak napas atau dapat rendah jika terjadi karena gagal

jantung.

b. Anjurkan batuk efektif
   Rasional : Teknik batuk efektif dapat mempermudah pasien dalam mengeluarkan secret.

c. Pemberian nebulizer
   Rasional : Membantu dalam melancarkan dahak.

d. Melakukan fisioterapi dada
   Rasional : Untum membantu mengeluatrkan dahak

e. Memberikan oksigen.
   Rasional : Memudahkan pemeliharaan jalan napas dan mempermudah udara masuk.

c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.
   Hasil yang diharapkan (NOC) : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pasien dapat toleransi terhadap aktivitas.

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

   Intervensi (NIC) :

   a. Monitor toleransi pasien terhadap aktivitas.
      Rasional : Tekanan darah dapat tinggi, dan rendah karena kurangnya istirahat.

   b. Instruksikan pada pasien dan keluarga mengenai modifikasi faktor risiko jantung (misalnya menghentikan kebiasaan merokok) sebagimana mestinya.
      Rasional : Untuk menghindari peningkatan risiko

penyakit jantung.

c. Instruksikan pasien dan keluarga mengenai pertimbangan khusus terkait dengan aktivitas sehari-hari (misalnya pembatasan aktivitas dan meluangkan waktu istirahat).
   Rasional : Untuk mengurangi beban kerja jantung.

d. Berikan kesempatan keluarga untuk terlibat dalam aktivitas dengan cara yang tepat
   Rasional : Memungkinkan klien, untuk mempertahankan mobilitas dan melindungi dari cedera.

e. Bantu pasien memenuhi kebutuhan terkait kondisi ketergantungan
   Rasional : Untuk mengurangi beban kerja jantung.

f. Instruksi pasien untuk mengurangi aktivitas dan meluangkan waktu untuk beristirahat
   Rasional : Untuk menyamankan persepsi klien mengenaitanda-tanda kelelahan. Dan menentukan aktivitas sesuai kondisi klien.

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

   Kriteria hasil : Pasien bebas dari edema, berat badan stabil, tidak

   oliguria.

   Intervensi (NIC) :

a. Catat intake yang akurat dan catar output pasien.
   Rasional : Menentukan status keseimbangan cairan tubuh.

b. Monitor asupan dan pengeluaran
   Rasional : Mempertahankan asupan yang adekuat

c. Monitor tanda-tanda vital pasien.
   Rasional : Tekanan darah dapat tinggim karena kelebihan volume cairan, atau dapat rendah jika terjadi karena gagal jantung.

d. Kaji lokasi dan luasnya edema.
   Rasional : Untuk meningkatkan aliran balik vena dan mencegah pembentukan edema lebih lanjut.

e. Berikan diuretik yang diresepkan
   Rasioanl : Deuretik berfungsi untuk mengeluarkan garam dan air dalam tubuh.

f. Instruksikan pasien dan keluarga mengenai pembatasan cairan.
   Rasional : Membatasi natrium menguntungkan eksresi kelebihan cairan oleh ginjal dan dapat lebih bermanfaat dibandingkan pembatasan cairan (Wilkinson & Ahern, 2014).

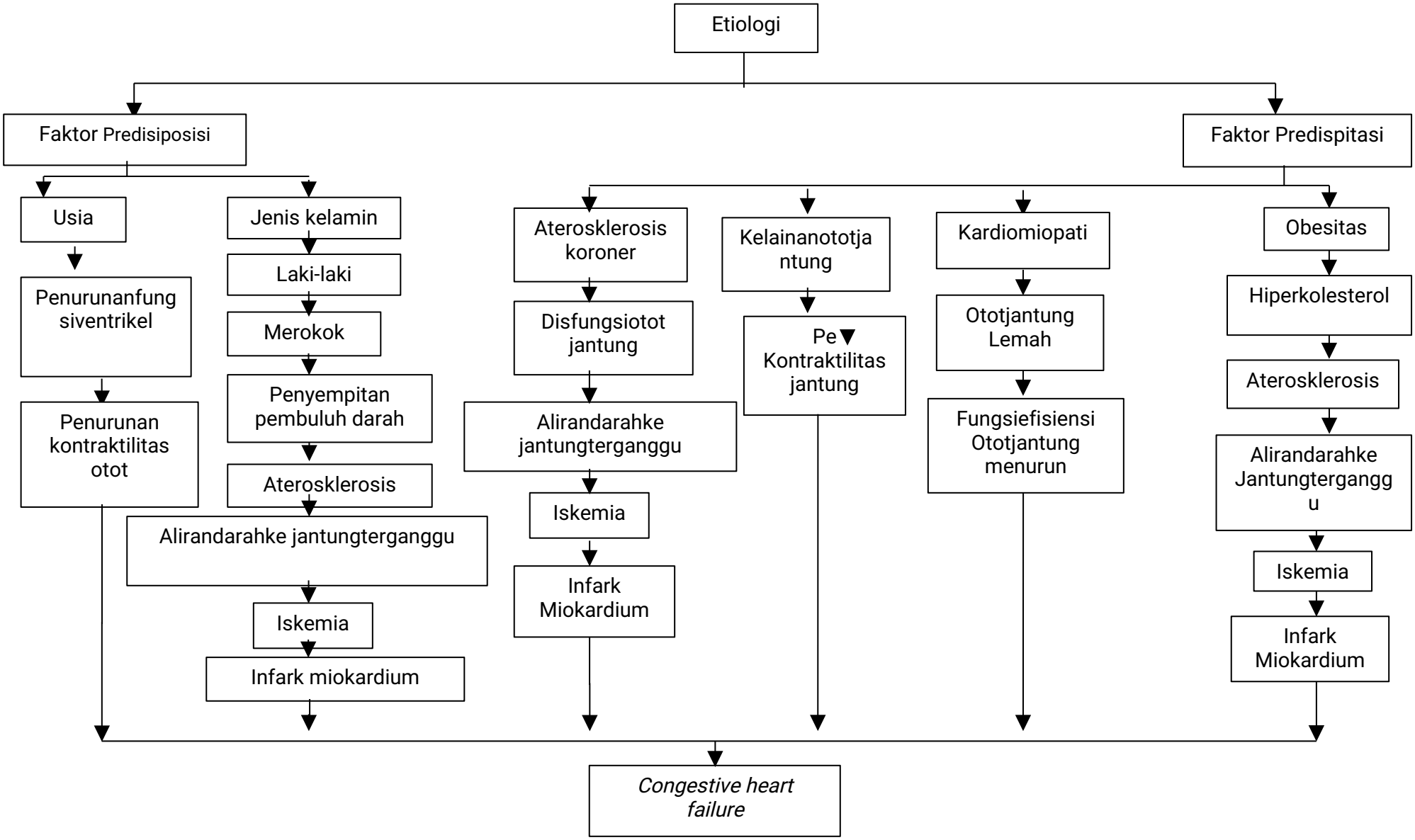
10. Discharge Planning

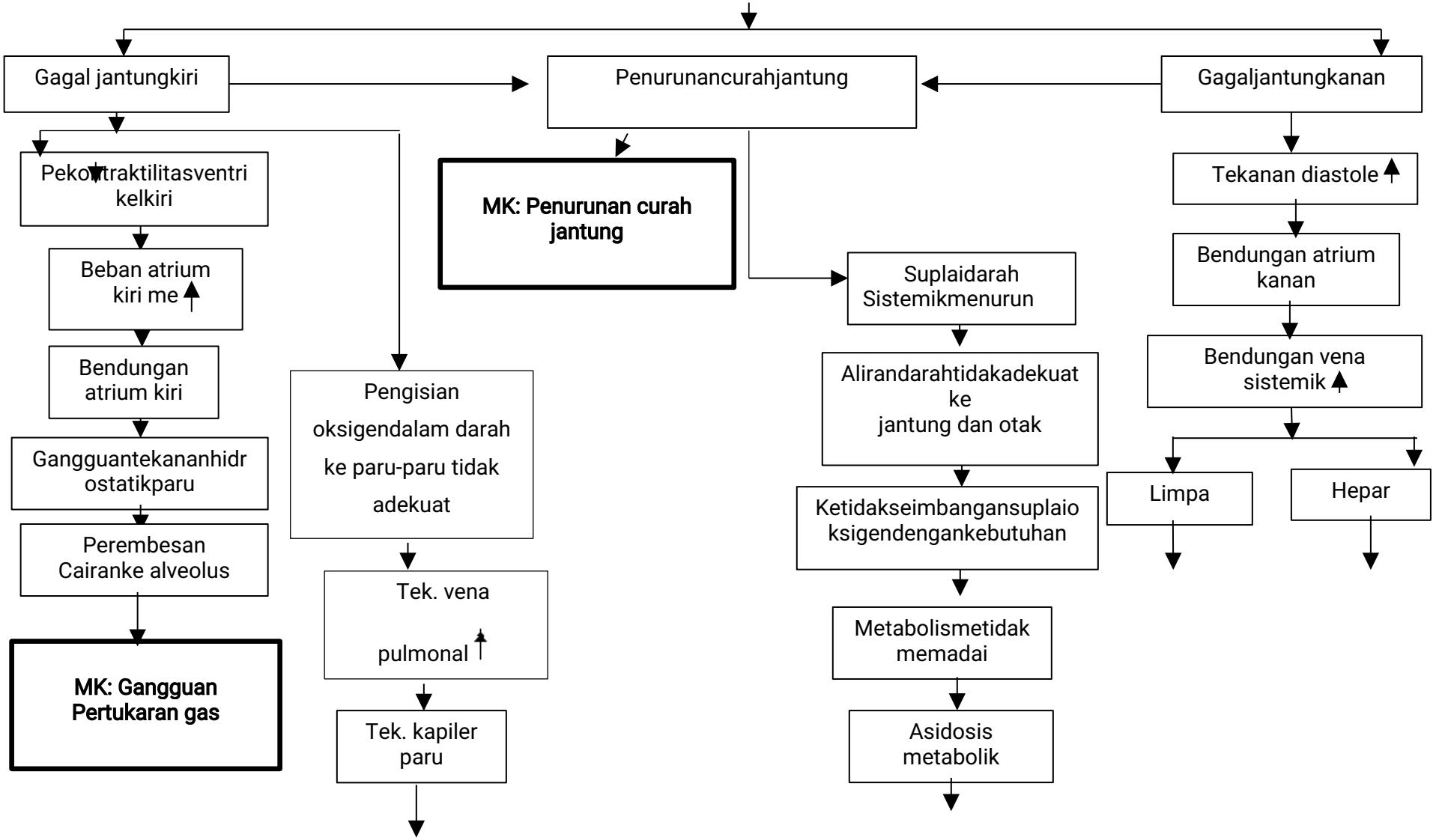
1. Berhenti merokok.
2. Berikan instruksi spesifik tentang obat dan efek sampingnya.
3. Belajar untuk rilkes dan mengendalikan stres.
4. Batasi konsusmsi alkohol.
5. Jika mengalami obesitas turunkan BB hingga kisaran

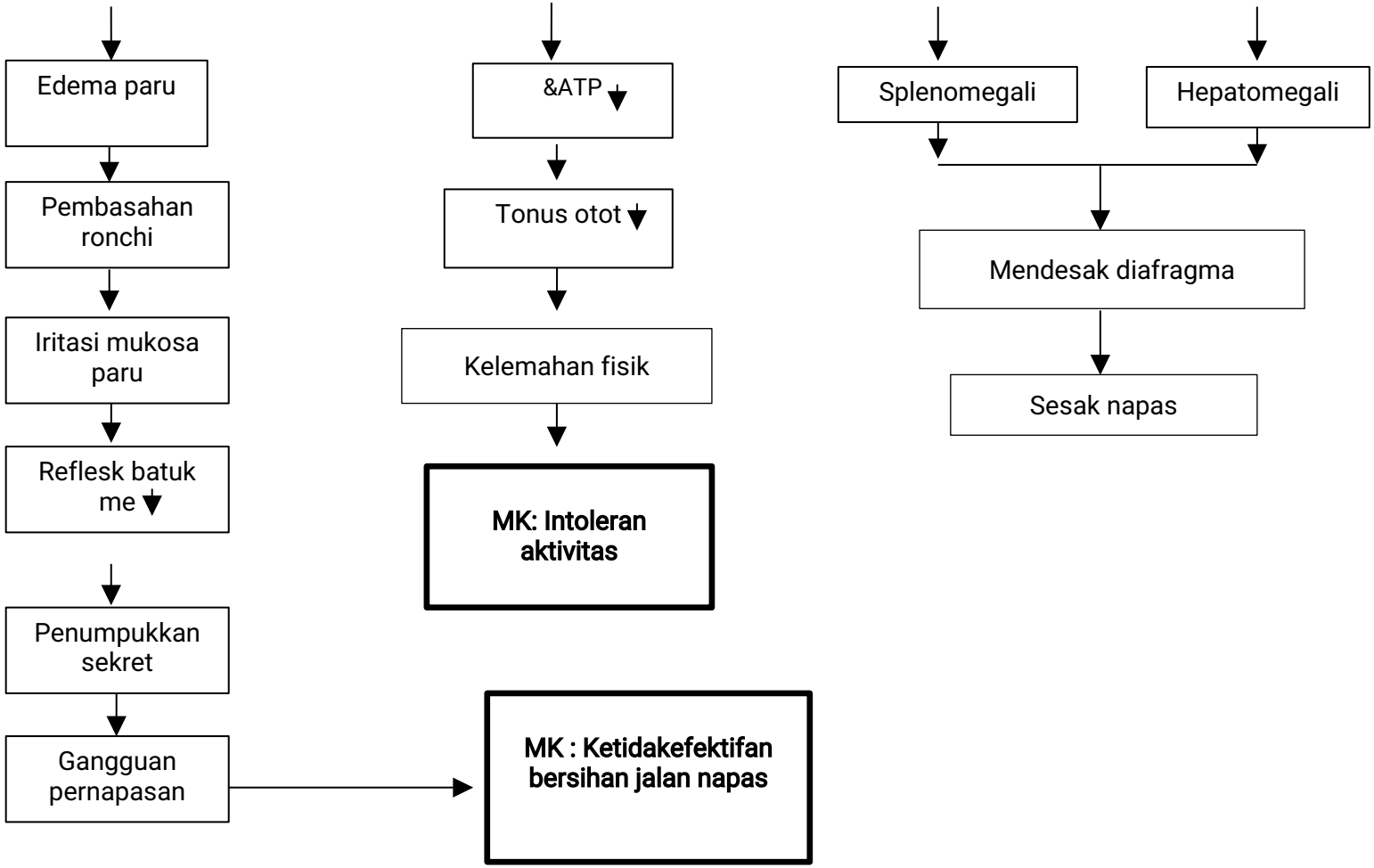
normal.

6. Menjalani diet sesuai dengan aturan.
7. Olahraga secara teratur sesuai dengan kemapuan. (Aspiani, 2015).

C. Patoflowdiagram




Gagal jantungkiri
Penurunancurahjantung
Gagaljantungkanan
Pekontraktilitasventri kelkiri
MK: Penurunan curah jantung
Tekanan diastole
Beban atrium kiri me
Bendungan atrium kanan
Suplaidarah Sistemikmenurun
Bendungan atrium kiri
Bendungan vena sistemik
Alirandarahtidakadekuat ke jantung dan otak
Gangguantekananhidr ostatikparu
Pengisian oksigendalam darah ke paru-paru tidak adekuat
Limpa
Hepar
Perembesan Cairanke alveolus
Ketidakseimbangansuplaio ksigendengankebutuhan
Tek. vena pulmonal
MK: Gangguan Pertukaran gas
Metabolismetidak memadai
Tek. kapiler paru
Asidosis metabolik



Tabel 2.2 Patoflowdiagram

BAB III
TINJAUAN KASUS

A. Pengamatan Kasus

Pasien Tn.D berumur 49 tahun masuk rumah sakit pada tanggal 27 Februari 2020 dengan diagnosa medis *Congestive Heart Failure* (CHF). Sebelum masuk rumah sakit pasien mengeluh sesak sejak ±1 bulan yang lalu.

Pada saat pengkajian tanggal 27 Februari 2020 pasien mengeluh sesak napas dan lebih berat saat melakukan aktivitas, nyeri dada kadang-kadang hilang timbul dengan skala nyeri ringan (3) dan batuk berlendir ± 1 bulan yang lalu dan di rasakan saat ini. Terbaring dengan posisi semi fowler, terpasang oksigen masker NRM 12 liter/menit, terpasang infus RL 20 tetes/ menit di tangan kanan, hasil observasi: TD:160/90 mmHg, N:126x/menit, S: 36,5ºC, P: 34x/menit, HR: 126x/menit tampak lemah, JVP 5+2 cmH_2O, dan tampak aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat. Hasil pemeriksaan EKG :Stemi Anterior, Foto thorax: Cardiomegali.

Dari data yang didapatkan saat pengkajian, penulis mengangkat 3 diagnosa keperawatan yaitu : penurunan curah jantung berhubungan dengan volume sekuncup, ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mukus berlebih, intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

B. Pengkajian

Nama mahasiswa yang mengkaji: Pebriani Antauri (E1714401036) Peni Suddin (E1714401037)

Unit : ICU/HCU Autoanamnese: ✓

Kamar : Ruangan Isolasi Alloanamnese: ✓

Tanggal masuk rumah sakit : 27-02-2020

Tanggal pengkajian : 27-02-2020

1. Identitas
   a. Pasien
      Nama Inisial : Tn. D
      Umur : 49 tahun
      Jenis Kelamin : Laki-laki
      Status Perkawinan : Menikah
      Jumlah Anak : 3 Orang
      Agama/Suku : Islam /Makassar
      Warga Negara : Indonesia
      Bahasa yang digunakan : Bahasa Indonesia
      Pendidikan : SMA
      Pekerjaan : Pelayaran/ Kapten Kapal
      Alamat Rumah : Jl. Masaleh
   b. Penanggung jawab
      Nama : Ny. A
      Umur : 49 tahun
      Alamat : Jl. Masaleh
      Hubungan dengan pasien : Istri
2. Data Medik
   Diagnosa Medik

Saat masuk : PJK+Bronhitis Asma + CHF

Saat Pengkajian : CHF

3. Keadaan Umum

a. Pasien tampak sakit sedang.

Alasan : Keadaan umum pasien lemah,tampak pasien terbaring ditempat tidur dengan posisi semi fowler,terpasang kateter, terpasang IVFD RL 20 tetes/menit di ekstremitas dextra, terpasang *Non Rebreathing Mask* (NRM) 12liter/menit, dan tampak pasien menggunakan diapers.

b. Tanda-tanda vital

1) Kesadaran (kualitatif) : *Compos Mentis*

Skala koma glasgow (kuantitatif)

Respon motorik : 6

Respon bicara : 5

Respon membuka mata : 4

Jumlah : 15

Kesimpulan : Pasien tidak koma

2) Tekanan darah : 160/90 mmHg

MAP : 113,3 mmHg

Kesimpulan : Perfusi ginjal tidak memadi

3) Suhu : 36,5^0 C

Oral ☐ Axila ☑ Rectal ☐

4) Pernapasan : 34x/menit

Irama : Teratur ☐ Bradipnea ☐ Takipnea ☑

Kusmaul ☐ Cheynes-strok ☐

Jenis : Dada ☑ Perut ☐

5) Nadi : 126x/menit

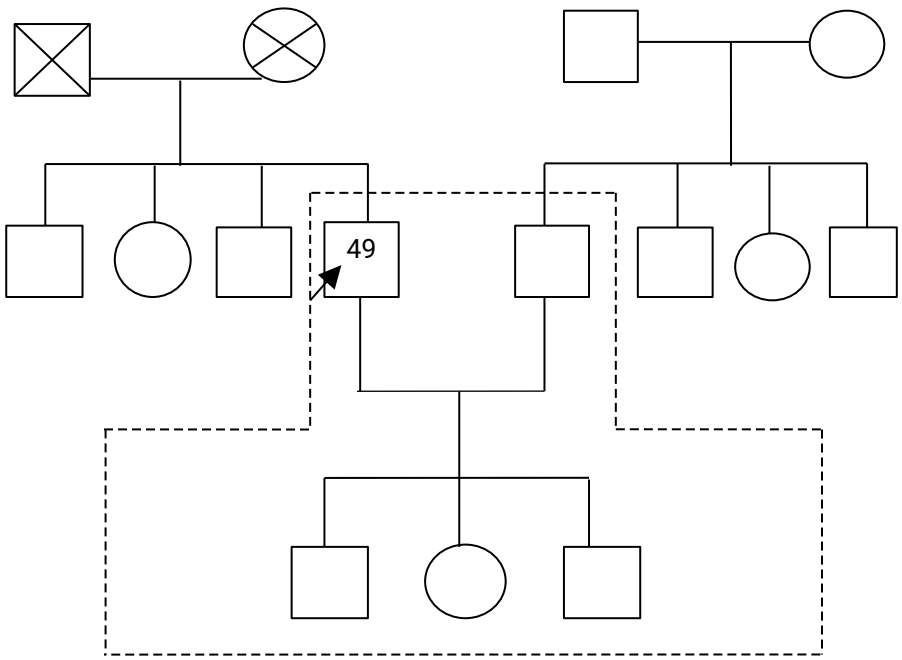
Irama : Teratur ☐ Bradikardia ☐ Takikardia ☐

Kuat ☑ Lemah ☐

c. Pengukuran

1. Lingkar lengan atas : 29 cm
2. Tinggi badan : 170 cm
3. Berat badan : 60 kg
4. IMT : 20 kg/m^2
5. Kesimpulan : Berat badan memadai

d. Genogram



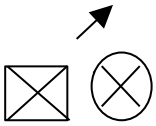
Gambar 3.1 Genogram

Keterangan:

☐ : Laki-laki

◯ : Perempuan

..... : Tinggal serumah



4. Pengkajian Pola Kesehatan

a. Pola Persepsi Dan Pemeliharaan Kesehatan

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan kesehatan itu sangat penting. Jika pasien sakit sering kontrol ke fasilitas kesehatan yang ada. Pasien mengatakan seorang kapten di kapal yang setiap hari bekerja di kapal. Pasien mengatakan sering mengkonsumsi daging berlemak seperti coto makassar, dan sop kikil. Pasien mengatakan seorang perokok aktif dan biasa menghabiskan 1 bungkus rokok perhari, pasien juga jarang berolahraga. Pasien mengatakan mengalami hipertensi ± 1 tahun yang lalu.

2) Riwayat penyakit saat ini

a) Keluhan utama

Sesak napas

b) Riwayat keluhan utama

Pasien mengatakan sesak napas disertai batuk berlendir selama ± 1 bulan yang lalu. Pasien sering merasakan nyeri pada dada

sebelah kiri dan dirasakan ketika melakukan aktivitas di tempat kerjanya seperti mengangkat beban berat. Sekitar 2 minggu yang lalu pasien mengatakan masuk rumah sakit karena sesak dan batuk. Kemudian keluar dari rumah sakit, pasien menghadiri acara keluarga yang dilaksanakan pada malam hari. Ketika pasien pulang ke rumah dan akan beristirahat pasien tiba-tiba merasakan sesak yang tidak tertahankan, kemudian keluarganya membawa pasien ke rumah sakit. Selama di IGD, keluarga megatakan pasien mengalami penurunan kesadaran dan akhirnya dibawa ke ruangan ICU untuk mendapatkan perawatan lebih lanjut.

c) Riwayat penyakit yang pernah di alami

Pasien mengatakan mengalami penyakit hipertensi ± 1 tahun yang lalu.

d) Riwayat kesehatan keluarga

Pasien mengatakan dalam keluarganya tidak ada yang memiliki riwayat penyakit keturunan.

e) Pemeriksaan fisik

(1) Kebersihan rambut : Tampak bersih

(2) Kulit kepala : Tampak bersih

(3) Kebersihan kuli : Tampak bersih

(4) Hygiene rongga mulut : Tampak bersih
(5) Kebersihan genetalia : Tidak dikaji
(6) Kebersihan anus : Tidak dikaji

b. Pola Nutrisi Dan Metabolik

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan makan 3x sehari dengan menu nasi, sayur, daging dan buah-buahan. Pasien mengatakan minum air putih ± 8 gelas perhari (2000cc), minum kopi di pagi dan sore hari.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan selera makan baik. Pasien mengatakan makan 3x sehari dengan menu bubur, ikan, sayur dan buah pisang. Pasien minum air dalam kemasan 2-5 gelas/hari (± 900 cc).

3) Observasi

Tampak pasien menghabiskan makan dan minum. Pasien mengatakan BB terakhir 60 kg.

4) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan rambut : Tampak bersih

b) Hidrasi kulit : Finger print< 3 detik

c) Palpebera/konjungtiva : Tampak tidak edema/tidak anemis

d) Sclera : Tidak ikterik

e) Hidung : Tampak septum di bagian tengah

f) Rongga mulut : Tampak bersih

g) Gusi : Tidak ada peradangan

h) Gigi : Tampak tidak ada caries

i) Gigi palsu : Tidak ada gigi palsu

j) Kemampuan mengunyah keras : Pasien mampu menguyah keras

k) Pharing : Tidak ada peradangan

l) Lidah : Tampak bersih

m) Kelenjar getah bening : Tidak ada pembesaran

n) Kelenjar parotis :Tidak teraba pemebesaran

o) Abdomen

Inspeksi : Tampak datar

Auskultasi : Peristaltik usus 18x/menit

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan dan tidak ada benjolan

Perkusi : Terdengar bunyi tympani

p) Kulit : elastis

Edema : Negatif

Icterik : Negatif

Tanda-tanda radang : Tidak ada

q) Lesi : Tidak ada

c. Pola Eliminasi

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan BAB lancar 1 kali dalam sehari dengan konsistensi padat dan berwarna kecoklatan, sedangkan BAK 4-6 kali sehari, berwarna kuning jernih. Pasien juga mengatakan tidak pernah mengkonsumsi obat pencernaan dan tidak ada masalah dalam BAB dan BAK.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan 1 kali BAB lewat diapers sedangkan BAK menggunakan kateter.

3) Observasi

Tampak pasien BAB lewat diapers dan BAK lewat kateter, tampak urin berwarna kuning dengan jumlah urin ± 1250 cc.

4) Pemeriksaan fisik

a) Peristaltik usus : 18x/menit
b) Palpasi kandung kemih : Kosong [√] Penuh [ ]
c) Nyeri ketuk ginjal : Positif [ ] Negatif [√]
d) Mulut uretra : Tidak dikaji

d. Pola Aktivitas Dan Latihan

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan bekerja di kapal sebagai kapten kapal. Setiap hari mengangkat barang-barang yang berat dan pasien juga jarang berolahraga.

2) Keadaan setelah sakit

Pasien mengatakan tidak dapat beraktivitas seperti biasa karena hanya terbaring lemah di tempat tidur. Semua aktivitas di bantu perawat dan keluarga. Pasien mengatakan sesak bertambah saat

beraktivitas.

3) Observasi

a) Aktivitas harian

Makan	: 3
Mandi	: 3
Kerapihan	: 2
BAK	: 1
BAB	: 3
Mobilisasi tempat tidur	: 2

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

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

4) Pemeriksaan fisik

a) Tekanan darah

Berbaring	: 160/90 mmHg
Duduk	: Tidak dikaji
Berdiri	: Tidak dikaji

b) HR : 126x/menit
c) Kulit

Keringat dingin	: Tidak tampak
Basah	: Tidak tampak

d) JVP : 5+2 cmH_2O
e) Perfusi pembuluh darah kapiler kuku : Kembali <3

detik

f) Thorax dan pernapasan

(1) Inspeksi

Thorax : Simetris kiri dan kanan

Retraksi interkosta : Tidak ada

Sianosis : Tidak ada

Stridor : Tidak ada

(2) Palpasi

Vocal premitus : Tidak dikaji

Krepitasi : Tidak ada

(3) Perkusi : Pekak

(4) Auskultasi

Suara napas : Bronkovesikular

Suara ucapan : Tidak dikaji

Suara tambahan : Terdengar ronchi

g) Jantung

1) Inspeksi

Ictus cordis : Tidak tampak

2) Palpasi

Ictus cordis : Teraba di ICS IV linea mid clavicularis

3) Perkusi

Batas atas jantung : ICS II linea Sternalis Sinistra

Batas bawah jantung : ICS IV linea mid Clavicularis Sinistra

Batas kanan jantung : ICS II linea Mid Clavicularis Dextra

Batas kiri jantung : ICS VII linea Mid Axilaris Sinistra

4) Auskultasi

Bunyi jantung II A : Murmur

Bunyi jantung II P : Murmur

Bunyi jantung I T : Terdengar bunyi murmur saat akhir diastolik

Bunyi jantung I M : Terdengar bunyi murmur saat akhir diastolik

Bunyi jantung II

Irama gallop : Terdengar bunyi gallop di ICS IV linea Mid Clavicularis

Murmur : Terdengar bunyi murmur di ICS II linea Sternalis Sinistra

Bruit :

A.Renalis : Tidak terdengar

A.Femoralis : Tidak terdengar

h) Lengan dan tungkai

1) Atrofi otot : Negatif
2) Rentang gerak : Terbatas

Kaku sendi : Tidak ada

Nyeri sendi : Tidak ada

Fraktur : Tidak ada

Parese : Tidak ada

Paralisis : Tidak ada

3) Uji kekuatan otot

	Kanan	Kiri
Tangan	3	4
Kaki	3	4

Keterangan :

Nilai 5 : Kekuatan penuh

Nilai 4 : Kekuatan kurang dibanding sisi yang lain

Nilai 3 : Mampu menahan tegak tapi tidak mampu melawan tekanan

Nilai 2 : Mampu melawan gaya gravitasi tapi dengan sentuhan akan jatuh

Nilai 1 : Tidak ada kontraksi otot, tidak Mampu bergerak

4) Reflex fisiologis : Bisep (-),Trisep (-), Patella(-)
5) Refleks patologi :

Babisnki : Kiri : ☐ positif ☑ negatif

Kanan : positif ☐ negatif ☑

6) Clubbing jari-jari : Tidak ada clubbing jari-jari

7) Varises tungkai : Tidak dikaji

i) Columna vertebralis

Inspeksi : lordosis ☐ kiposis ☐ skoliosis ☐

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

Kaku kuduk : Tidak ada

e. Pola Tidur Dan Istirahat

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan tidur ± 5 jam dari pukul 00.00-05.00 WITA. Pasien mengatakan jarang beristirahat jika siang hari maupun sore hari.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan tidur ± 5 jam dari jam pukul 00.00-05.00 WITA. Pasien mengatakan sering terbangun di malam hari karena sesak napas.

3) Obsevasi

Eskpresi wajah mengantuk : positif ☑ negaif ☐

Banyak menguap :positif ☑ negatif ☐

Palpebra inferior berwarna gelap: positif ☑ negatif ☐

f. Pola Persepsi Kognitif

1) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan tidak menggunakan alat bantu penglihatan dan pendengaran seperti kacamata, alat pendengaran. Pasien mengatakan penglihatan dan pendengaran baik.

2) Keadaan setelah sakit

Pasien mengatakan tidak ada masalah pada penglihatan dan pendengaran dan tidak menggunakan alat bantu seperti kacamata atau alat pendengaran. Pasien mampu berorientasi waktu, tempat, hari/tanggal dan bulan.

3) Observasi

Tampak pasien tidak menggunakan alat bantu seperti kacamata dan alat pendengaran.

4) Pemeriksaan fisik

a) Penglihatan

Kornea : Tampak jernih

Pupil : Tampak isokor kiri dan kanan

Lensa mata : Tampak jernih

Tekanan intraokuler : Teraba sama kenyal kiri dan kanan.

b) Pendengaran

Pina : Tampak bersih

Kanalis : Tidak ada serumen

Membrane timpani : Tampak utuh

c) Pengenalan rasa pada lengan dan tungkai

Pasien dapat merasakan sentuhan yang diberikan pada lengan dan tungkai

g. Pola Persepsi Dan Konsep Diri

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan dirinya adalah pribadi yang jujur dan bertanggung jawab. Pasien mengatakan merasa puas dengan dirinya dan apa yang dimilikinya.

2) Keadaan sejak sakit

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

3) Observasi
   a) Kontak mata : Baik
   b) Rentang perhatian : Baik
   c) Suara dan bicara : Jelas
   d) Postur tubuh : Tidak dikaji
4) Pemeriksaan fisik
   a) Kelainan bawaan yang nyata: Tidak ada kelainan
   b) Bentuk/postur tubuh : Tidak dikaji
   c) Kulit : Bersih

h. Pola Peran Dan Hubungan Dengan Sesama

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan berperan sebagai seorang ayah dan suami. Pasien mengatakan membina hubungan yang baik dengan keluarganya maupun orang lain.

2) Keadaan setelah sakit

Pasien mengatakan keluarganya selalu menemani, dan tetangga mengunjungi pasien untuk mendoakannya.

3) Observasi

Tampak hubungan antara pasien dan keluarga baik,

hubungan dengan tetangga juga baik.

i. Pola Reproduksi Dan Seksualitas

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan sudah menikah dan memiliki 3 orang anak (2 laki-laki, dan 1 perempuan). Pasien mengatakan tidak ada masalah reproduksi.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan tidak mengalami masalah pada reproduksinya .

3) Observasi

Tampak tidak ada penyimpangan seksual.

j. Pola Mekanisme Koping Dan Toleransi Terhadap Stres

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan jika ada masalah pasien akan membicarakanya dengan istrinya dan mencari solusi bersama-sama.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan menerima kondisinya dan akan mengikuti pengobatan sesuai dengan instruksi dokter. Pasien mengatakan hanya bisa bersabar dengan sakit yang dialaminya saat ini.

3) Observasi : Pasien tampak tenang.

k. Pola Sistem Nilai Dan Kepercayaan

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan beragama islam, dan rajin sholat.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan walapun dirinya dalam keadaan sakit, pasien selalu berdoa memohon kesembuhan dan kekuatan untuk mengahadapi penyakitnya.

3) Observasi

Tampak disamping tempat tidur pasien terdapat alquran dan tasbih.

5. Uji Saraf Kranial

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

b. Nervus II : Pasien mampu membaca papan nama perawat dengan jarak ± 20 cm.

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

d. Nervus V

Sensorik : Pasien mampu merasakan goresan pada wajahnya dengan mata tertutup

Motorik : Pasien mampu menggigit

e. Nervus VII

Sensorik : Pasien mampu merasakan rasa asin dan manis

Motorik : Pasien mengangkat alis, dan tersenyum

f. Nervus VIII

Vestibularis : Pasien tidak mampu berdiri.

Akustikus : Pasien dapat mendengarkan gesekan jari tangan perawat pada kedua

telinganya

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

6. Pemeriksaan penunjang
a. Pemeriksaan : Foto thorax
Tanggal : 27 februari 2020
Kesan : Cardiomegaly
b. Pemeriksaan : EKG pada
Tanggal : 27 februari 2020
Kesan : Stemi Anterior
c. Pemeriksaan : Darah lengkap
Tanggal : 27 februari 2020

Parameter	Hasil	Satuan	Nilai Normal
WBC	H. 24.80	10^3/uL	4.6 – 10.32
RBC	H.6.12	10^6/uL	4.7-6.1
HGB	16.2	g/dL	14.1-18.1
HCT	48.8	%	43,5-53,7
MCV	L.79.7	fL	80.0 – 97.0
MCH	L.26.5	pg	27.0 – 31.2
MCHC	33.2	g/dL	31.8 – 35.4
PLT	H.529	10^3/uL	130.0-400.0
RDW	H.15.4	fL	11.5-14.5
PDW	H.11.6	fL	9.0-13.0
MPV	9.6	fL	7.2-11.1
P-LCR	22.0	%	15.0-25.0
DIFF			
LYMPH%	L.8.2	%	11.0-50.0

MXD%	8.4	%	1.0 – 20.0
NEUT#	H.83.4	%	37.0– 80.0
LYMPH#	2.00	10^3/uL	1.0 – 3.70
MXD#	2.1	10^3/uL	0 – 1.2
NEUR	20.70	10^3/uL	1.50-7.0

Table 3.1 Pemeriksaan Darah Lengkap

7. Daftar Obat

Daftar obat yang digunakan oleh pasien adalah

Cedocard 5 mg/3X1/ oral
Ceftriaxone2gr/24 jam/IV
Digoxin 0,25 mg/1x1/ oral
Clopidogrel 75mg/1x1/ oral
Aspilet 80 mg/1x1/oral
Infus RL 500cc 20 tetes/menit

Terapi oksigen 5L (NRM), 3L (Nassal Kanul)

a. Cedocard

1) Nama obat : Cedocard
2) Dosis umum : 3 kali sehari 1 tablet sesudah makan dan harus sesuai dengan petunjuk dokter.
3) Dosis pada pasien yang bersangkutan : 5 mg/3x1
4) Cara pemberian obat : oral
5) Mekanisme kerja obat : obat ini mengandung isosorbide dinitrate yang bekerja dengan mencegah nyeri dada dengan merelaksasi dinding pembuluh darah dan menurunkan beban kerja jantung dan menurunkan aliran balik vena ke jantung sebagai akibat permulaan dari gagal jantung.
6) Alasan pemberian obat : untuk mengatasi angina pektoris

(nyeri dada) dan gangguan angina setelah infark jantung, serta pencegahan terjadinya serangan angina pectoris pada penyakit koroner menahun.

7) Kontraindikasi:hipotensi, syok kardiogenik,dan hipersensitif.

8) Efek samping obat : sakit kepala, mual, hipotensi postural.

b. Ceftriaxone

1) Nama obat : ceftriaxone
2) Dosis umum : untuk dewasa 1-2 gram/hari, tidak boleh melampaui 4 gram, untuk infeksi gonokukus tanpa komplikasi 250 miligram, untuk infeksi luka operasi, dosis 1 gram, disuntikkan sebelum operasi atau sekitar 30-2 jam sebelum operasi. Untuk anak-anak, untuk infeksi bakteri 50mg/kg setiap 24 jam sekali, untuk meningitis 50-100mg/kg setiap 24 jam tergantung usia dan kebutuhan anak, dosis tidak boleh melampaui 4 gram, untuk infeksi gonokukus, 45-50mg/kg/hari setiap 12 jam tidak boleh melampaui 2gram/hari, untuk meningkokal meningitis prophylaxis 125-250 mg dosis tergantung pada usia anak.
3) Dosis pada pasien yang bersangkutan : 2gr/24jam.
4) Cara pemberian obat : disuntikkan ke dalam otot atau pembuluh darah vena.
5) Mekanisme kerja obat :menghambat pertumbuhan bakteri atau membunuh bakteri dalam tubuh.
6) Alasan pemberian obat : untuk menghambat dan membununh bakteri dalam tubuh.
7) Kontraindikasi : pada individu dengan riwayat hipersensivitas tehadap obat inin atau golongan sefalosporin lainya.
8) Efek samping obat : bengkak, nyeri, dan kemerahan di tempat suntikan, reaksi alergi, mual atau muntah, sakit perut,

sakit kepala atau pusing, lidah sakit atau bengkak, berkeringat dan vagina gatal atau mengeluarkan cairan.

c. Digoxin

1) Nama obat : digoxin
2) Dosis umum : untuk dewasa untuk gagal jantung kongesif dosis 500-750 mcg/6-8 jam tablet, kapsul 400-600 mcg/6-8 jam, suntik 400-600 mcg/ 6-8 jam, untuk fibrilasi atrium dosisnya suntik 8-12 mcg/kg, tablet 10-15 mcg/kg, cairan minum 10-15 mcg/kg.untuk anak-anak dihitungberdasarkan berat badan kering premature oral elixir:20-30 mcg, intravena 15-25 mcg/kg dosis rumatan oral 6-10mcg/kg, intarvena 5-8 jam mcg/kg, bayi cukup bulan oral elixir 25-35 mch/kg, intravena 20-30 mcg/kg dosis rumatan oral-6-10 mcg/kg intavena 5-8 mcg/kg, 1-24 bulan oral elixir 35-60 mcg/kg intravena 30-50 mcg/kg dosis rumatan 10-15 mcg/kg intravena 7,5-12 mcg/kg, 3-5 tahun oral elixir 30-40 mch/kg intravena 25-35 mcg/kg dosis rumatan oral 7,5-10 mcg intravena 6-9 mcg/kg, 6-10 tahun oral 20-35 mch/kg intravena 15-30 mcg/kg dosis rumatan oral 5-10 mcg/kg intravena 4-8 mcg/kg, >11 tahun oral 10-15 mcg/kg intravena 8-12 mcg dosis rumatan oral 2.5-5 mcg/kg intravena 2-3mcg/kg
3) Dosisi pada pasien yang bersangkutan : 0,25 mg/1x1
4) Cara pemberian obat: oral
5) Mekanisme kerja obat : menghambat Na/K ATase, menghasilkan peningkatan sodium intasel yang menyebabkan lemahnya pertukaran sodium/ kalium dan meningkatkan kalsium intrasel.
6) Alasan pemberian obat :untuk mengobati penyakit jantung seperti aritmia dan gagal jantung agar membuat irama jantung kembali normal.

7) Kontraindikasi : -
8) Efek samping : gangguan mental, pusing, sakit kepala, diare, mual dan muntah, ruam kulit, anoreksia, dan aritmia pada anak-anak.

d. Clopidogrel

1. Nama obat : Clopidogrel
2. Dosis Umum : Dewasa dan usia lanjut: 1x75 mg/hari, pengobatan angina tidak stabil atau infark miokard non Q wave. Dodisi awal 1x 300 mg/hari dilanjutkan dengan Asetosal 1x75 mg-325 mg/hari.
3. Dosis pasien yang bersangkutan : 75 mg/1x1
4. Cara pemberian obat : oral
5. Mekanisme pemberian obat : mencegah terjadinya pembekuan darah di arteri
6. Alasan pemberian obat : untuk mengurangi kekentalan darah.
7. Kotraindikasi : perdarahan patologis seperti ulkus peptikus atau perdarahan inrakranial, gangguan hati berat, hipersensitif, ibu hamil dan menyusui.
8. Efek samping : lelah, demam, hernia, gangguan pembekuan darah, gangguan sel darah, gangguan saluran cerna, gangguan kulit dan kelenjar, gangguan system saraf otonom, gangguan kardiovaskuler, gangguan system saraf sentral dan perifer.

e. Aspilet

1) Nama obat : aspilet
2) Dosis umum : dewasa: 2-3 tablet, bila perlu dulang tiap 4 jam, maximum 4g perhari. Anak >12 tahun :2 tablet. Anak 6-12 tahun : 1 tablet. Anak 3-5 tahun : 0.5 tablet. Anak 1-2 tahun : 0.25 tablet.
3) Dosis pasien yang bersangkutan : 80 mg/1x1

4) Cara pemberian obat :oral
5) Mekanisme kerja obat : terkait dengan penghambat aktivitas COX-1, yang berperan untuk metabolism enzim utama dari asam arakidonat yang merupakan precursor prostaglandin yang memainkan peran utama dalam pathogenesis peradangan, nyeri dan demam.
6) Alasan pemberian obat : untuk pencegahan primer penyakit kardiovaskuler dan pencegahan sekunder infar miokard.
7) Kontarindikasi : pasien yang sensitive dengan aspirin, asma, tukak lambung, perdarahan subkutan, hemophilia, trombositopenia, dan pasien dengan terapi antikoagulan.
8) Efek samping : system pencernaanmual,muntah, anoreksia, diare,sistem saraf pusat ; pusing, sakit kepala, meningitis aseptic. sistem hemopoietik : anemia namun jarang terjadi sistem pembekuan darah : perpanjangan waktu perdarahan sistem urin : disfungsi ginjal, gagal ginjal akut, sindrom nefrotik namun jaran terjadi. Reaksi alergi : ruam kulit, edema.

C. Analisa Data

Nama/Umur : Tn. D/49 Tahun

Ruang : ICU/HCU

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	Data subjektif : a. Pasien mengatakan nyeri dada sebelah kiri dirasakan hilang timbul dengan skala nyeri (3). b. Pasien mengatakan nyeri dada dirasakan jika melakukan aktivitas fisik seperti, mengangkat beban berat c. Pasien mengatakan sesak napas d. Pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi ± 1 tahun yang lalu Data objektif: a. Keadaan umum lemah b. Tampak pasien sesak napas c. Terdengar bunyi ronchi d. Terdengar BJ II gallop di ICS IV linea mid clavicularis e. Terdengar murmur ICS II linea sternalis sinistra f. Tampak terpasang NRM 12 liter/menit g. MAP. 113,3 h. JVP 5+2 cmH_2O i. Hasil EKG Kesan : Stemi anterior j. Hasil Foto thorax : Cardiomegali k. TTV: TD : 160/90 mmHg N : 126 x/menit S : 36,5 ^0C P : 34 x/menit	Volume sekuncup	Penurunan curah jantung

2.	Data subjektif : a. Pasien mengatakan batuk berlendir b. Pasien mengatakan batuk berlendir ± 1 bulan yang lalu c. Pasien mengatakan sesak napas Data objektif : a. Keadaan umum lemah b. Tampak pasien batuk berlendir c. Tampak pasien terbaring dengan posisi semi fowler. d. Tampak pasien sesak napas e. Terdengar pekak saat di perkusi f. Terdengar bunyi ronchi. g. Suara napas terdengar bronchovesicular h. TTV: TD: 160/90 mmHg N : 126 x/menit S : 36,5 ^{0}C P : 34 x/menit	Mukus berlebihan	Ketidakefektifan bersihan jalan napas

3.	Data subjektif : a. Pasien mengatakan sesak napas bertambah berat jika melakukan beraktivitas fisik seperti mengangkat beban berat. b. Pasien mengatakan nyeri dada sebelah kiri c. Pasien mengatakan sering terbangun di malam hari karena sesak napas Data objektif : a. Keadaan umum lemah b. Tampak pasien terbaring di tempat tidur dengan posisi semi fowler c. Tampak pasien sesak napas. d. Tampak eskpresi wajah mengantuk e. Palpebra inferior berwarna gelap f. Perawatan diri mandi, makan, pakaian, kerapihan, dan eliminasi dibantu oleh keluarga dan perawat g. TTV TD : 160/90 mmHg N : 126 x/menit S : 36,5 ^{0}C P : 34 x/menit	Ketidaseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	Intoleransi aktivitas

Tabel 3.3 Analisa Data

D. Diagnosa keperawatan

Nama/umur : Tn. D/49 tahun

Ruang : ICU/HCU

No	Diagnosa Keperawatan
1.	Penurunan curah jantung berhubungan dengan volume sekuncup
2.	Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mukus berlebih
3.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

Tabel 3.4 Diagnosa Keperawatan

E. Intervensi Keperawatan

Nama/umur : Tn. D/49 tahun

Ruang : ICU/HCU

No	Diagnosa Keperawatan	Hasil yang Diharapkan	Rencana Tindakan Meliputi : Tindakan Keperawatan, Tindakan Observasi, Penyuluhan, Kolaborasi Dokter	Rasional
1.	Penurunan curah jantung berhubungan dengan volume sekuncup Data subjektif : a. Pasien mengatakan nyeri dada sebelah kiri hilang timbul dengan skala nyeri (3) b. Pasien mengatakan nyeri dada dirasakan jika melakukan aktivitas fisik seperti, mengangkat beban berat c. Pasien mengatakan sesak napas	Setelah dilakulan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan keefektifan pompa jantung dan status sirkulasi dipertahankan pada skala 2 (cukup berat) ditingkatkan ke skala 3 (sedang) dengan kriteria hasil : Keefektifan pompa jantung: a. Distensi vena leher dipertahankan pada skala 2 (cukup berat)	Perawatan jantung : 1. Monitor tanda-tanda vital secara rutin. 2. Melakukan penilaian komprehensif terhadap status (misalnya cek nadi perifer, edema, JVP, warna dan suhu ekstremitas) 3. Susun waktu	1. Untuk mengetahui adanya perubahan peningkatan tekanan darah 2. Tanda-tanda yang menunjukkan gagal jantung, yang mengakibatkan penurunan curah jantung dan hipoksia jaringan 3. Mengetahui jumlah normal

	d. Pasien mengatakan memilki riwayat hipertensi ± 1 tahun yang lalu Data objektif: e. Keadaan umum lemah f. Tampak pasien sesak napas g. Tampak pasien dengan posisi semi fowler h. Terdengar bunyi ronchi i. Terdengar BJ II gallop di ICS IV linea mid clavicularis j. Terdengar murmur ICS II linea sternalis sinistra k. Tampak terpasang NRM 12 liter/menit l. MAP. 113,3 m. JVP 5+2 cmH_2O n. Hasil EKG Kesan : Stemi anterior o. Hasil Foto thorax : Cardiomegali p. TTV: TD : 160/90 mmHg	ditingkatkan keskala 3 (sedang) b. Dyspnea dengan aktivitas ringan dipertahankan pada skala 2 (cukup berat) ditingkatkan ke skala 3 (sedang) c. Suara jantung abnormal dipertahankan pada skala 2 (cukup berat) ditingkatkan keskala 3 (sedang) Status sirkulasi: d. Tanda vital (Tekanan darah, nadi, respirasi) dipertahankan pada skala 2 (cukup berat) ditingkatkan keskala 3 (sedang) e. Kelelahan dipertahankan pada skala 2 (cukup berat)	latihan dan istirahat untuk mencegah kelelahan. 4. Kolaborasi pemberian obat 5. Berikan posisi semi fowler 6. Monitor aliran oksigen (NRM), (Nassal Kanul) 7. Mengkaji nyeri dada (intensitas, lokasi, durasi)	beristirahat 4. Untuk mengobati penyakit jantung 5. Untuk meningkatkan kenyamanan pasien 6. Memudahkan pemeliharaan jalan napas dan mempermudah udara masuk 7. Untuk mengetahui sejauh mana nyeri mempengaruhi aktivitas pasien

	N : 126 x/menit S : 36,5 ^{0}C P : 34 x/menit	ditingkatkan ke skala 3 (sedang)		
2.	Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mukus berlebihan Data subjektif : a. Pasien mengatakan batuk berlendir b. Pasien mengatakan batuk berlendir ± 1 bulan yang lalu c. Pasien mengatakan sesak napas Data objektif : e. Keadaan umum lemah f. Tampak pasien batuk berlendir g. Tampak pasien terbaring dengan posisi semi fowler.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan jalan napas kembali efektif dipertahankan pada skala 2 (cukup berat) ditingkatkan ke skala 3 (sedang) Dengan kriteria hasil : a. Frekuensi pernapasan dipertahankan pada skala 2 (cukup berat) ditingkatkan ke skala 3 (sedang) b. Suara napas tambahan dipertahankan pada skala 2 (cukup berat) ditingkatakan ke skala 3 (sedang) c. Irama pernapasan dipertahankan pada	1 Monitor tanda-tanda vital 2. Lakukan fisioterapi dada sebagaimana mestinya 3. Ajarkan teknik batuk efektif 4. Auskultasi suara napas, adanya suara tambahan. 5. Berikan terapi	1. Tekanan darah dapat tinggi karena kurang beristirahat atau dapat rendah jika tidak beristirahat 2. Untuk membantu mengeluarkan dahak 3. Teknik batuk efektif dapat mempermudah pasien dalam mengeluarkan sekret. 4. Penurunan bunyi menunjukkan etalaktasis ronchi, menunnjukkan akumulasi sekret 5. Membantu

	h. Tampak pasien sesak napas i. Terdengar pekak saat di perkusi j. Terdengar bunyi ronchi. k. Suara napas terdengar bronchovesicular l. TTV: TD: 160/90 mmHg N : 126 x/menit S : 36,5 ^{0}C P : 34 x/menit	skala 2 (cukup berat) ditingkatkan ke skala 3 (sedang) d. Kemampuan untuk mengeluarkan sekret dipertahankan pada skala 2 (cukup berat) ditingkatkan ke skala 3 (sedang) e. Batuk dipertahankan pada skala 2 (cukup berat) ditingkatkan ke skala 3 (sedang)	nebulizer	dalam melancarkan dahak

3.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen Data subjektif : a. Pasien mengatakan sesak napas bertambah berat jika melakukan beraktivitas fisik seperti mengangkat beban berat. b. Pasien mengatakan nyeri dada sebelah kiri c. Pasien mengatakan sering terbangun di malam hari karena sesak napas Data objektif : e. Keadaan umum lemah f. Tampak pasien terbaring di tempat tidur dengan posisi semi fowler g. Tampak pasien sesak napas. h. Tampak eskpresi wajah mengantuk i. Palpebra inferior berwarna gelap	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan toleransi terhadap aktivitas skala 2 (cukup berat) dan ditingkatkan pada skala 3 (sedang) dengan kriteria hasil: a. Frekuensi pernapasan ketika beraktivitas dipertahankan pada skala 2 (cukup berat) ditingkatkan ke skala 3 (sedang) b. Kemudahan bernapas ketika beraktivitas dipertahankan pada skala 2(cukup berat) ditingkatkan keskala 3 (sedang) c. Keseimbangan aktivitas dan istirahat dipertahankan pada skala 2 (cukup	Perawatan jantung rehabilitas : 1. Monitor tanda-tanda vital 2. Instruksikan pasien mengenai modifikasi faktor jantung (misalnya Mengurangi kebiasaan merokok). 3. Instruksikan pasien untuk mengurangi aktivitas dan meluangkan waktu untuk beristirahat 4. Bantu pasien dalam memenuhi kebutuhan ADL	a. Tekanan darah dapat tinggi karena kurang beristirahat atau dapat rendah jika tidak beristirahat 2. Untuk menghindari peningkatan risiko penyakit jantung 3. Untuk menyamankan persepsi klien mengenai tanda-tanda kelelahan dan menentukan aktivitas sesuai kondisi klien 4. Untuk mengurangi beban kerja jantung 5. Untuk meningkatkan kemampuan

	j. Perawatan diri mandi, makan, pakaian, kerapihan, dan eliminasi dibantu oleh keluarga dan perawat k. TTV TD : 160/90 mmHg N : 126 x/menit S : 36,5 ^{0}C P : 34 x/menit	berat) ditingkatkan keskala 3 (sedang) d. Kemudahan dalam melakukan aktivitas hidup harian dipertahankan pada skala 2 (cukup berat) ditingkatkan keskala 3 (sedang)	5. Berikan kesempatan keluarga untuk terlibat dalam aktivitas dengan cara yang tepat	keluarga merawat klien serta memberikan semangat

Tabel 3.4 Rencana Keperawatan

F. Implementasi Keperawatan

Nama/ umur : Tn. D/49 tahun

Ruangan/ kamar : ICU/HCU

Tanggal	DP	Waktu	Tindakan Keperawatan	Perawat
27-02-2020	I,II,II	14.00	Memonitor TTV secara rutin Hasil : TD : 160/90 mmHg N : 126 x/menit S : 36,5^{0}C P : 34x/menit	Pebi
	I	14.35	Melakukan penilaian secara komprehensif terhadap status jantung (misalnya cek nadi perifer, edema, JVP, warna dan suhu ekstremitas) Hasil : CRT kembali dalam > 3 detik, tampak tidak edema, JVP 5-2 cmH_2O, kulit tidak pucat, kulit teraba dingin	Peni
	II	14.50	Mengajarkan teknik batuk efektif Hasil : Pasien mengatakan susah untuk mengeluarkan lendir Tampak pasien mengikuti apa yang diajarkan perawat	Pebi
	III	15.15	Menginstruksikan pasien mengenai modifikasi faktor jantung (misalnya, mengurangi kebiasaan merokok) Hasil : Perawat menjelaskan kepada pasien tentang bahaya merokok Tampak pasien mengerti penjelasan yang diberikan oleh perawat.	Peni
	I	15.40	Memonitor oksigen Hasil :	Pebi

			Tampak terpasang oksigen NRM12 liter/menit Pasien mengatakan sesak napas	Peni
	III	16.00	Menginstruksi pasien untuk mengurangi aktivitas dan meluangkan waktu untuk beristirahat Hasil : Pasien mengatakan mengerti dengan penjelasan perawat dan akan membatasi aktivitas.	Pebi
	I	16.15	Memberikan posisi semi fowler Hasil : Tampak pasien dengan posisi semi fowler dan pasien mengatakan merasa nyaman dengan posisi yang diberikan	
	II	17.00	Melakukan fisioterapi dada Hasil : Pasien mengatakan merasa nyaman ketika diberikan fisioterapi dada	Peni
	I	17.19	Mengkaji nyeri dada (intensitas, lokasi, durasi) Hasil : Pasien mengatakan nyeri dada dirasakan hilang timbul Pasien mengatakan nyeri dirasakan di sebelah kiri nyeri makin terasa saat banyak bergerak	Peni
	I,II,II	17.49	Memonitor TTV secara rutin Hasil : TD : 160/90 mmHg N : 126 x/menit S : 36,5^{0}C P : 34x/menit	Pebi
	I	18.00	Berkolaborasi dalam pemberian obat Hasil : Ceftriaxone 2 gr/24 jam/ IV CpG tablet 75 mg/1x1/ oral	Peni

	II	18.20	Melakukan auskultasi suara napas tambahan Hasil : Terdengar ronchi saat diauskultasi	Pebi Peni
	I,II,III	19.00	Memonitor TTV secara rutin Hasil : TD : 160/90 mmHg N : 126 x/menit S : 36,5^{0}C P : 34x/menit	 Pebi
	III	19.20	Memberikan kesempatan kepada keluarga untuk terlibat dalam aktivitas dengan cara yang tepat Hasil : Tampak keluarga menyuapi pasien	 Peni
	I	19.45	Menyusun waktu latihan dan istrirahat pasien untuk mencegah kelelahan Hasil : Pasien tampak mengerti penjelasan dari perawat mengenai waktu stirahat yang normal	 Pebi
	II	20.08	Memberikan terapi nebulizer Hasil : Pasien mengatakan jika diberikan terapi nebulizer akan merasa membaik dan sesak nafasnya mulai berkurang	 Peni
	I,II,III	20.27	Memonitor TTV secara rutin Hasil : TD : 150/90 mmHg N : 100 x/menit S : 36,5^{0}C P : 28x/menit	 Febi

	III	20.50	Membantu pasien dalam memenuhi kebutuhan ADL Hasil : Perawat mengganti diapers pasien Perawat membantu pasien memakai pakaian	
28-02-2020	I,II,III	21.00	Memonitor TTV secara rutin Hasil : TD : 140/90 mmHg N : 100 x/menit S : 36,4^{0}C P : 26x/menit	Pebi
	II	21.23	Mengajarkan teknik batuk efektif Hasil : Tampak pasien melakukan teknik batuk efektif, tampak pasien batuk berlendir	Peni
	III	22.00	Berkolaborasi dalam pemberian obat Hasil : Cedocard 5 mg/3x1/oral Aspilet 80 mg/1x1/ oral	Pebi
	I	22.04	Menginstruksi pasien mengenai modifikasi faktor jantung (misalnya, mengurangi kebiasaan merokok) Hasil : Pasien mengatakan sudah mengerti penjelasan yang di berikan oleh perawat	Peni
	I,II,III	23.00	Memonitor TTV secara rutin Hasil : TD : 140/90 mmHg N : 100 x/menit S : 36,4^{0}C P : 26x/menit	Pebi

	I	23.29	Melakukan penilaian secara komprehensif terhadap status jantung (misalnya cek nadi perifer, edema, JVP, warna dan suhu ektremitas) Hasil : CRT kembali dalam > 3 detik, tampak tidak edema, JVP 5-2 cmH_2O, warna kulit tidak pucat, kulit teraba dingin	Peni
	III	23.49	Menginstruksi pasien untuk mengurangi aktivitas dan meluangkan waktu untuk beristirahat Hasil : Tampak pasien mengerti penjelasan yang telah diberikan dan pasien tampak beristirahat	Pebi
	I	01.20	Memberikan posisi semi fowler Hasil : Pasien tampak nyaman dengan posisi semi fowler	Peni
	II	01.59	Melakukan fisioterapi dada Hasil : Pasien mengatakan merasa nyaman ketika di berikan fisioterapi dada	Pebi
	I	02.00	Mengkaji nyeri dada (intensitas, lokasi, durasi) Hasil : Pasien mengatakan nyeri dada masih dirasakan hilang timbul, nyeri terasa saat bergerak	Peni
	I	02.45	Memonitor oksigen Hasil : Tampak terpasang oksigen Nassal kanul 3 liter/menit dan pasien mengatakan sesak napas mulai	Pebi

	I,II,III	03.00	berkurang	Peni
			Memonitor TTV secara rutin Hasil : TD : 130/90 mmHg N : 100 x/menit S : 36,4^{0}C	
	II	03.14	P : 26x/menit	Pebi
			Melakukan auskultasi suara napas Hasil : Terdengarsuaranapas ronchi	
	III	04.44		Peni
			Membantu pasien dalam memenuhi kebutuhan ADL Hasil : Pasien mengatakan aktivitasnya masih dibantu oleh perawat, dan keluarga Perawat memandikan pasien Perawat membantu pasien berpakaian	
	I	05.11	Perawat membantu pasien mengganti diapers	Pebi
			Menyusun waktu latihan dan istrirahat pasien untuk mencegah kelelahan Hasil : Pasientampakmengertipenjelasandariperawat	
	II	05.50	mengenai jumlah istirahat yang normal	Peni
			Memberikan terapi nebulizer Hasil : Tampak pasien nyaman diberikan terapi nebulizer	
	I,II,III	06.00	Memonitor TTV secara rutin	Pebi

	III	06.49	Hasil : TD : 130/90 mmHg N : 96 x/menit S : 36,4^{0}C P : 25x/menit Memberikan kesempatan kepada keluarga untuk terlibat dalam aktivitas dengan cara yang tepat Hasil : Tampak keluarga menemani, dan membantu pasien makan/minum	Peni
29-02-2020	I,II,III	16.00	Memonitor TTV Hasil : TD : 120/90 mmHg N : 98x/menit S : 36,2^{0}C P : 24x/ menit	Pebi
	III	16.29	Menginstruksi pasien untuk mengurangi aktivitas dan meluangkan waktu untuk beristirahat Hasil : Pasien tampak mengerti dengan apa yang dijelaskan perawat, dan pasien tampak beristirahat	Peni
	I	16.50	Melakukan penilaian secara komprehensif terhadap status jantung (misalnya cek nadi perifer, edema, JVP, warna dan suhu ekstremitas) Hasil : CRT kembali dalam > 3 detik, tampak tidak edema, JVP 5-2 cmH_2O, warna kulit tidak pucat, kulit teraba dingin	Pebi
	I	17.00	Berkolaborasi pemberian obat Hasil : Digoxin 0,25 mg/1x1/oral Aspilet 80 mg/1x1/ oral	Peni

	I	17.15	Memonitor oksigen Hasil : Tampak pasien tidak menggunakan oksigen Tampak pasien sudah tidak sesak napas	Pebi
	II	17.59	Melakukan fisioterapi dada Hasil : Pasien tampak nyaman	Peni
	I,II,I II	18.00	Memonitor TTV secara rutin Hasil : TD : 120/80 mmHg N : 94 x/menit S : 36,2^{0}C P : 24x/menit	Pebi
	II	18.05	Melakukan auskultasi suara napas Hasil : Suara napas terdengar ronchi	Peni
	III	18.49	Memberikan kesempatan kepada keluarga untuk terlibat dalam aktivitas dengan cara yang tepat Hasil : Tampak keluarga menemani pasien	Pebi
	III	19.00	Tampak keluarga membantu pasien makan/minum	Peni
	II	19.24	Menyusun waktu latihan dan istrirahat pasien untuk mencegah kelelahan Hasil : Pasien tampak mengerti penjelasan dari perawat mengenai mencegah kelelahan	Pebi

			dan pasien tampak beristirahat	
	I,II,III	19.58	Memberikan terapi nebulizer Hasil : Pasien sudah tidak diberikan terapi nebulizer	Peni
	III	20.00	Memonitor TTV secara rutin Hasil : TD : 120/80 mmHg N : 94 x/menit S : 36,2^{0}C P : 24x/menit	Peni
	I	20.12	Membantu pasien dalam memenuhi kebutuhan ADL Hasil : Perawat membantu pasien mengganti diappers	Pebi
	II	20.27	Mengkaji nyeri dada (intensitas, lokasi, durasi) Hasil : Pasien mengatakan sudah tidak merasakan nyeri dada	Peni
	III	20.37	Mengajarkan teknik batuk efektif Hasil : Pasienmengatakan masih batuk Tampak pasien tidak batuk berlendir	Pebi
			Menginstruksi pasien mengenai modifikasi faktor jantung (misalnya, mengurangi kebiasaan merokok) Hasil : Pasien mengatakan akan mengurangi konsumsi rokok	

Tabel.3.5 Implementasi Keperawatan

G. Evaluasi Keperawatan

Nama/umur : Tn. D/49 tahun

Ruang/ kamar : ICU/HCU

Tanggal	DP	Evaluasi	Perawat
27/02/2020	I	Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan volume sekuncup S: a. Pasien mengatakan sesak napas b. Pasien mengatakam nyeri dada dirasakan hilang timbul dengan skala 3 O: a. Tampak pasien sesak b. Terpasang oksigen NRM 12 liter/ menit c. Pasien terbaring di tempat tidur dengan posisi semi fowler e. Terdengar suara tambahan ronchi f. Terdengar BJ II gallop di ICS IV linea mid clavicularis g. Terdengar murmur di ICS II linea strnalis sinistra h. JVP 5+2 cmH_2O i. Tanda-tanda vital TD : 160/90 mmHg N : 126x/menit S : 36,5^0 C P : 34x/menit HR : 126/menit A: Penurunan curah jantung belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 1. Monitor tanda-tanda vital 2. Lakukan penilaian secara komprehensif terhadap status jantung (misalnya cek nadi perifer,	Peni

	II	edema, JVP, warna dan suhu ektremitas) 3. Susun waktu latihan dan istirahat untuk mencegah kelelahan 4. Kolaborasi pemberian obat 5. Berikan posisi semi fowler 6. Monitor aliran oksigen (NRM, Nassal Kanul) 7. Kaji nyeri dada (intensitas, lokasi, durasi)	Pebi
	III	Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mukus berlebih S: a. Pasien mengatakan sesak napas b. Pasien mengatakan batuk berlendir O: a. Tampak pasien batuk berlendir b. Terdengar suara napas tambahan ronchi c. Terdengar suara bronkovesikuler d. Terpasang oksigen NRM 12 liter/menit e. Pasien terbaring di tempat tidur dengan posisi semi fowler f. Tanda-tanda vital TD : 140/90 mmHg N : 100x/menit S : 36,4 ^{0}C P : 28x/menit A: Ketidakefektifan bersihan jalan napas belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1. Monitor TTV 2. Lakukan fisioterapi dada sebagaimana mestinya 3. Ajarkan teknik batuk efektif 4. Auskultasi suara napas, adanya suara tambahan 5. Berikan terapi nebulizer Intoleransi aktivitas berhubungan ketidakseimbangan antara suplai dan	Peni

		kebutuhan oksigen S: a. Pasien mengatakan belum bisa melakukan aktivitas secara mandiri b. Pasien mengatakan aktivitas dibantu keluarga dan perawat O: a. Pasien tampak sesak b. KU pasien lemah c. Tanda-tanda vital TD : 150/90 mmHg S : 36, 5^0 C P : 26x/menit N : 100x/menit A : Intoleransi aktivitas belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1. Monitor TTV 2. Intruksikan pasien mengenai modifikasi faktor jantung (misalnya, mengurangi kebiasaan merokok) 3. Intruksikan pasien untuk mengurangi aktivitas dan meluangkan waktu untuk beristirahat 4. Bantu pasien dalam memenuhi kebutuhan ADL 5. Berikan kesempatan keluarga untuk terlibat dalam aktivitas dengan cara yang tepat	
28/02/2020	I	Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan volume sekuncup S: a. Pasien mengatakan sesak napas sudah mulai berkurang b. Pasien mengatakan masih nyeri dada dirasakan hilang timbul dengan skala 3 O: a. Tampak pasien terpasang nassal kanul 3 liter/menit c. Tampak pasien terbaring dengan posisi semifowler d. Terdengar suara tambahan ronchi e. Terdengar BJ II gallop, dan murmur f. JVP 5+2 cmH_2O	Febi

	II	g. Tanda-tanda vital TD :140/90 mmHg N : 98x/menit S : 36,5 ^{0} C P: 26x/menit A : Penurunan curah jantung belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1. Monitor tanda-tanda vital 2. Lakukan penilaian secara komprehensif terhadap status jantung (misalnya cek nadi perifer, edema, JVP, warna dan suhu ektremitas) 3. Susun waktu latihan dan istirahat untuk mencegah kelelahan 4. Kolaborasi pemberian obat 5. Berikan posisi semi fowler 6. Monitor aliran oksigen (NRM, Nassal Kanul) 7. Kaji nyeri dada (intensitas, lokasi, durasi) Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mukus berlebih S Pasien mengatakan masih batuk berlendir O: a. Tampak pasien batuk berlendir b. Tampak terpasang oksigen nassal kanul 3 liter/menit c. Tanda-tanda vital TD: 140/90 mmHg N : 98xmenit S : 36,5 ^{0} C P : 26x/menit	Peni

	III	A : Ketidakefektifan bersihan jalan napas belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1. Monitor TTV 2. Lakukan fisioterapi dada sebagaimana mestinya 3. Ajarkan teknik batuk efektif 4. Auskultasi suara napas, adanya suara tambahan 5. Berikan terapi nebulizer Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen S: Pasien mengatakan belum bisa melakukan aktivitas secara mandiri O: a. Tampak aktivitas pasien dibantu keluarga dan perawat b. Tampak pasien terbaring di tempat tidur dengan posisi semi fowler b. KU pasien masih lemah c. Tanda-tanda vital TD : 130/90 mmHg N : 98x/menit S : 36,5 ^{0}C P : 24x/menit A : Intoleransi aktivitas belum terastasi P : Lanjutkan intervensi 1. Monitor TTV 2. Intruksikan pasien mengenai modifikasi faktor jantung (misalnya, mengurangi kebiasaan merokok) 3. Intruksikan pasien untuk mengurangi aktivitas dan meluangkan waktu untuk beristirahat 4. Bantu pasien dalam memenuhi kebutuhan ADL 5. Berikan kesempatan keluarga	Pebi

		untuk terlibat dalam aktivitas dengan cara yang tepat	
29/02/2020	I	Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan volume sekuncup S: a. Pasien mengatakan sudah tidak sesak b. Pasien mengatakan sudah tidak nyeri dada O: a. Tampak pasien masih berbaring dengan posisi semi fowler b. Tampak pasien sudah tidak menggunakan oksigen c. Sudah mulai berkurang BJ II gallop, dan murmur d. Tanda-tanda vital TD : 120/80 mmHg P : 24x/menit S : 36,2^0 C N : 84x/menit A: Penurunan curah jantung mulai teratasi P : Lanjutkan intervensi 1. Monitor tanda-tanda vital 2. Lakukan penilaian secara komprehensif terhadap status jantung (misalnya cek nadi perifer, edema, JVP, warna dan suhu ektremitas) 3. Susun waktu latihan dan istirahat untuk mencegah kelelahan 4. Kolaborasi pemberian obat 5. Berikan posisi semi fowler 6. Monitor aliran oksigen (NRM, Nassal Kanul) 7. Kaji nyeri dada (intensitas, lokasi, durasi)	Peni
	II	Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mukus berlebih S: a. Pasien mengatakan sudah tidak	Pebi

	III	batuk berlendir b. Pasien mengatakan tidak sesak napas O: a. Pasien masih dalam posisi semi fowler b. Tampak pasien sudah tidak menggunakan alat bantu oksigen A: Ketidakefektifan bersihan jalan napas teratasi P : Stop intervensi Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan nantara suplai dan kebutuhan oksigen S: Pasien mengatakan mulai melakukan aktivitas kecil seperti mengambil minum diatas meja, makan sendiri, memakai baju sendiri O: a. Tampak pasien terbaring dengan posisi semi fowler b. Tampak aktivitas pasien masih dibantu keluarga dan perawat c. Tanda-tanda vital TD: 120/80 mmHg N : 84x/menit S : 36,2^0 C P : 24x/menit A: Intoleran aktivitas mulai teratasi P: Lanjutkan intervensi 1. Monitor TTV 2. Intruksikan pasien mengenai modifikasi faktor jantung (misalnya, mengurangi kebiasaan merokok) 3. Intruksikan pasien untuk mengurangi aktivitas dan meluangkan waktu untuk beristirahat 4. Bantu pasien dalam memenuhi kebutuhan ADL	Pebi

		5. Berikan kesempatan keluarga untuk terlibat dalam aktivitas dengan cara yang tepat	

Tabel 3.6 Evaluasi Keperawatan

BAB IV
PEMBAHASAN KASUS

Dalam bab ini penulis akan membahas kesenjangan antara teori dengan kasus nyata yang diperoleh dari pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien Tn. D yang dirawat di ruang ICU/HCU Rumah Sakit Stella Maris Makassar dengan kasus *Congestive Heart Failure* (CHF). Selama tiga hari mulai dari tanggal 27-29 Februari 2020. Untuk memudahkan pembahasan, maka penulis membahas dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang mulai dari pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

A. Pengkajian

Pengkajian di lakukan pada tanggal 27 Februari 2020 diruangan ICU-HCU Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Pengkajian yang diperoleh bersumber dari pasien, keluarga pasien, perawat ruangan, status pasien dan observasi langsung pada pasien.

Pada pengamatan kasus penulis memperoleh data pada Tn. D umur 49 tahun dengan diagnosa medis*Congestive Heart Failure* (CHF). Data yang diperoleh pasien mengatakan sesak napas dan lebih berat saat melakukan aktivitas, nyeri dada kadang-kadang hilang timbul dengan skala nyeri ringan (3) dan batuk berlendir berlendir ± 1 bulan yang lalu, pasien terbaring dengan posisi semi fowler, pasien mengatakan perokok aktif dan biasa menghabiskan 1 bungkus rokok perhari, pasien juga jarang berolahraga, pasien mengatakan mengalami hipertensi ± 1 tahun yang lalu. Pada saat pengkajian penulis menemukan tanda dan gejala pada pasien yaitu sesak napas, nyeri dada, batuk berlendir, susah tidur, terbaring dalam posisi semi fowler,

kelemahan tubuh.

Berdasarkan pengkajian diatas ditemukan faktor resiko penyakit CHF adalah pasien seorang perokok aktif dan menghabiskan 1 bungkus rokok per hari. Merokok dapat menyebabkan lapisan arteri rusak, dinding arteri menebal, dan terjadi penumpukkan lemak serta plak yang yang menghambat aliran darah di arteri (aterosklerosis). Ketika arteri yang memasok darah kejantung mengalami penyempitan, pasokan darah yang kaya akan oksigen menuju kejantung akan menurun yang dapat mengakibatkan penyakit jantung koroner. Jantung yang terus dipaksa untuk bekerja memompa dapat menyebabkan nyeri ada atau bahkan serangan jantung.

Pada tinjauan teoritis ada beberapa penyebab dari CHF yaitu. Kelainan otot jantung, aterosklerosis hipertensi sistemik atau pulmonal, peradangan dan penyakit miokardium degeneratif, penyakit jantung lain, dan faktor sistemik. Berdasarkan pengkajian pada pasien ditemukan penyebab penyakit CHF adalah riwayat hipertensi ± 1 tahun yang lalu. Hipertensi dapat menyebabkan penyakit jantung karena tekanan darah merupakan kekuatan yang dibutuhkan untuk memompa darah ke seluruh tubuh tiap kalinya. Jika tekanan darah tinggi, maka hal ini akan menyebabkan jantung bekerja lebih keras untuk mengedarkan darah ke seluruh tubuh dan ototmatis otot jantung akan menebal dan akan menyebabkan otot jantung tidak lagi adekuat untuk memompa darah secara efektif.

Berdasarkan teori, penyaki CHF memiliki tanda dan gejala yaitu pembengkakan pada pergelangan kaki, serta perut, meningkatkan frekuensi buang air kecil di malam hari, kenaikan berat badan, mual, kehilangan nafsu makan, sesak napas dan batuk kering, lemah, letih dan pusing. Pada pengkajian Tn. D di temukan data sesak napas, nyeri dada, batuk berlendir, susahtidur, terbaring dalam posisi semifowler, dan kelemahan tubuh. Pada saat pengkajian, tidak ditemukan adanya

pembengkakan pada pergelangan kaki dan abdomen pasien karena volume cairan tubuh dalam pasien normal sehingga tidak terjadi pembengkakan, tampak pasien tidak mengalami peningkatan frekuensi buang air kecil karena cairan yang masuk dalam tubuh dalam jumlah yang cukup, tampak tidak ada kenaikan berat badan pasien, tidak terjadi mual dan tidak kehilangan selera makan karena selera makan pasien baik, pasien tidak pusing karena pasien tidak cemas serta tidak mengalami penurunan tekanan darah.

B. Diagnosa Keperawatan

Dari tinjauan teoriada 4 diagnosa yang muncul pada penyakit CHF yaitu :

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan volume sekuncup
2. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mukus berlebih
3. Intoleransi aktivias berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
4. 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 volume sekuncup. Penulis mengangkat diagnosa ini karena pasien mengatakan nyeri dada sebelah kiri dirasakan hilang timbul dengan skala nyeri (3), pasien mengatakan nyeri dada dirasakan

jika melakukan aktivitas fisik seperti, mengangkat beban berat, pasien mengatakan sesak napas, pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi ± 1 tahun yang lalu. Keadaan umum lemah, tampak pasien sesak napas, terdengar bunyi ronchi, tampak terpasang NRM 12 liter/menit, MAP. 113,3 JVP 5+2 cmH_2^O Hasil EKG Kesan : Stemi anterior, Hasil Foto thorax : Cardiomegali, TTV: TD : 160/90 mmHg, N: 126 x/menit, S: 36,5 ^{0}C, P: 34 x/menit.

2. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mukus berlebih. Penulis mengangkat diagnosa ini karena pasien mengatakan batuk berlendir, ± 1 bulan yang lalu, pasien mengatakan sesak napas, keadaan umum lemah, tampak pasien batuk berlendir, tampak pasien terbaring dengan posisi semi fowler, tampak pasien sesak napas, terdengar pekak saat di perkusi, terdengar bunyi ronchi, suara napas terdengar bronchovesicular, TTV: TD: 160/90 mmHg, N : 126 x/menit, S : 36,5 ^{0}C, P : 34 x/menit.

3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Penulis mengangkat diagnosa ini karena pasien mengatakan sesak napas bertambah berat jika beraktivitas fisik seperti mengangkat beban berat, pasien mengatakan nyeri dada sebelah kiri, pasien mengatakan sering terbangun di malam hari karena sesak napas. Keadaan umum lemah, tampak pasien terbaring di tempat tidur dengan posisi semi fowler, tampak pasien sesak napas, tampak eskpresi wajah mengantuk, palpebra inferior berwarna gelap, perawatan diri mandi, makan, pakaian, kerapihan, dan eliminasi di bantu oleh keluarga dan perawat,TTV:TD:160/90 mmHg, N: 126 x/menit, S : 36,5 ^{0}C, P : 34 x/menit.

Adapun diagnosis keperawatan yang tidak diangkat pada kasus yaitu:

1. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena tidak ditemukan adanya tanda-tanda kelebihan volume cairan, pasien tidak ada edema pada ekstremitas.

C. Intervensi 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 disesuaikan dengan kebutuhan pasien yaitu dengan berfokus pada tindakan mandiri, observasi, dan kolaborasi.

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan volume sekuncup. Intervensi yang di susun oleh penulis yaitu,

   Perawatan jantung: monitor tanda-tanda vital secara rutin, melakukan penilaian komprehensif terhadap status (misalnya cek nadi perifer, edema, JVP, warna, dan suhu esktremitas), susun waktu latihan dan istirahat untuk mencegah kelelahan, kolaborasi pemberian obat, berikan posisi semi fowler, monitor aliran oksigen (NRM/Nassal Kanul), mengkaji nyeri dada (intensitas, lokasi, durasi).

2. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mukus berlebih. Intervensi yang disusun oleh penulis yaitu, monitor tanda-tanda vital, lakukan fisioterapi dada sebagaimana mestinya, ajarkan

teknik batuk efektif, auskultasi suara napas adanya suara tambahan, berikan terapi nebulizer.

3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen Intervensi yang disusun oleh penulis yaitu, monitor tanda-tanda vital, instruksikan pasien mengenai modifikasi faktor jantung (misalnya mengurangi kebiasaan merokok), instruksikan pasien untuk mengurangi aktivitas dan meluangkan waktu untuk beristirahat, bantu pasien dalam memenuhi kebutuhan ADL , berikan kesempatan keluarga untuk terlibat dalam aktivitas dengan cara yang tepat.

D. Implementasi Keperawatan

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

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan volume sekuncup. Dari hari pertama sampai hari ketiga penulis melakukan semua tindakan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah dibuat.
2. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mukus berlebih. Dari hari pertama sampai hari ketiga penulis melakukan semua tindakan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah dibuat.
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Dari hari pertama sampai hari ketiga penulis melakukan semua tindakan sesuai dengan rencana

keperawatan yang telah dibuat.

E. Evaluasi Keperawatan

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 3 hari (27-29 Februari 2020) adalah sebagai berikut:

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan volume sekuncup mulai teratasi. Hasil evaluasi, pasien mengatakan sudah tidak sesak, pasien mengatakan sudah tidak nyeri dada, keadaan umum baik, tampak pasien masih berbaring dengan posisi semi fowler, tampak pasien sudah tidak menggunakan oksigen, sudah mulai berkurang BJ II gallop, dan murmur, tanda-tanda vital: TD : 120/80 mmHg, P : 24x/menit, S : 36,2^0 C, N: 84x/menit.
2. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mukus berlebih teratasi. Hasil evaluasi, pasien mengatakan sudah tidak batuk berlendir, pasien mengatakan tidak sesak napas, pasien masih dalam posisi semi fowler, tampak pasien sudah tidak menggunakan alat bantu oksigen, tanda-tanda vital TD : 120/80 mmHg, P : 24x/menit, S : 36,2^0 C, N : 84x/menit.
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen mulai teratasi. Hasil evaluasi, pasien mengatakan dapat melakukan aktivitas secara mandiri seperti mengambil minum diatas meja, makan sendiri, memakai baju sendiri, tampak pasien masih posisi semi fowler, tampak pasien masih dibantu keluarga dan perawat, tanda-tanda vital TD: 120/80 mmHg, N: 84x/menit, S: 36,2^{0}C, P: 24x/menit.

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 khususnya pada pasien CHF.

A. Kesimpulan

1. Pengkajian

   Pasien Tn.D berumur 49 tahun masuk rumah sakit pada tanggal 27 Februari 2020 dengan diagnosa medis *Congestive Heart Failure* (CHF). Dengan keluhan pasien mengatakan sesak napas dan lebih berat saat melakukan aktivitas, nyeri dada kadang-kadang hilang timbul dengan skala nyeri ringan (3) dan batuk berlendir ± 1 bulan yang lalu dan dirasakan saat ini, pasien terbaring dengan posisi semi fowler, terpasang oksigen masker NRM 12 liter/menit, terpasang infus RL 20 tetes/menit di tangan kanan, TTV :TD :160/90 mmHg, N: 126x/menit, S : 36,5ºC, P: 34x/menit, HR : 126x/menit tampak lemah, JVP 5+2 cmH_2O, dan tampak aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat. Hasil pemeriksaan EKG :Stemi Anterior, Foto thorax : Cardiomegali.

2. Diagnosa keperawatan yang diangkat oleh penulis yaitu :
   a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan volume sekuncup.
   b. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mukus berlebih.
   c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

3. Intervensi keperawatan yang penulis susun disesuaikan dengan intervensi yang telah dibuat dan sesuai dengan kondisi pasien. Intervensi keperawatan itu meliputi, tindakan mandiri perawat, kolaborasi pemberian obat, observasi dan evaluasi keperawatan.

   Penulis melakukan tindakan intervensi untuk mengatasi masalah-masalah keperawatan yang terdapat pada pasien yaitu:

   a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan volume sekuncup monitor tanda-tanda vital secara rutin, melakukan penilaian komprehensif terhadap status (misalnya cek nadi perifer, edema, JVP, warna dan suhu ekstremitas), susun waktu latihan dan istirahat untuk mencegah kelelahan, kolaborasi pemberian obat, berikan posisi semi fowler, monitor aliran oksigen (NRM), (Nassal Kanul), mengkaji nyeri dada (intensitas, lokasi, durasi).
   b. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mukus berlebihan : monitor tanda-tanda vital, lakukan fisioterapi dada sebagaimana mestinya, ajarkan teknik batuk efektif, auskultasi suara napas tambahan, berikan terapi nebulizer.
   c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen: monitor tanda-tanda vital, instruksikan pasien mengenai modifikasi faktor jantung (misalnya mengurangi kebiasaan merokok), instruksikan pasien untuk mengurangi aktivitas dan meluangkan waktu untuk beristirahat, membantu pasien dalam memeuhi kebutuhan ADL, berikan kesempatan keluarga untuk terlibat dalam aktivitas dengan cara yang cepat.

4. Implementasi dilakukan selama tiga hari dilakukan sesuai dengan intervensi yang telah dibuat dengan bekerja sama dengan pasien, keluarga serta tim kesehatan lainnya sehingga mendapatkan hasi lmaksimal
5. Hasil evaluasi asuhan keperawatan yang dilakukan selama tiga hari dari tiga diagnosa yaitu, dagnosa pertama penurunan curah jantung berhubungan dengan volume sekuncup mulai teratasi, diagnosa kedua ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mukus berlebih sudah teratasi, diagnosa ketiga intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen mulai teratasi.

B. Saran

1. Rumah Sakit

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

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

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

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

DAFTAR PUSTAKA

Aspiani. (2015). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Kardiovaskuler.* Jakarta : EGC

Aaronson dan Ward. (2010). *Anatomi Fisiologi Untuk Mahasiswa Keperawatan. Edisi 3*. Jakarta : EGC

Https://www.aladokter.com/penyakit-jantung.2016 Jakarta : EGC, diakses Tanggal 28 April (2020)

Kasron. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Sistem Kardiovaskuler, Pemeriksaan Diagnostik.* Jakarta : EGC

Kumalasari. (2013). *Buku Ajar Sistem Kardiovaskuler Penatalaksanaan Medis.* Malang : TIM

Kemal Al Fajar. (2019). *Komplikasi Penyakit Kardiovaskuler dan Penyakit Jantung.* Jakarta : EGC

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

Muttaqin, A. (2019). *Klasifikasi Penyakit Kardiovaskuler.* Jakarta : Salemba Medika

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

Notoadmojo. (2012). *Manifestasi Klinis Penyakit Kardiovaskuler dan Gagal Jantung.* Jakarta : EGC

Pradana, dkk. (2017). *Latar Belakang Sistem Kardiovaskuler. Jantung* Jakarta : EGC

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

Syaifuddin. (2014). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Kardiovaskuler, Bagian-bagianJantung.* Jakarta : EGC

Udjianti. (2013). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan System Kardiovaskuler, Pengertian Gagal Jantung.* Jakarta : EGC

Wilkinson dan Ahem. (2014). *Buku Ajar Asuhan Sistem Keperawatan Jantung :Aplikasi NIC dan NOC.* Jakarta : EGC

DAFTAR LEMBAR KONSUL

KARYA TULIS ILMIAH

Nama/NIM : Pebriani Antauri/E1714401036

: Peni Suddin/E1714401037

Judul KTI : **ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN. D DENGAN *CONGESTIVE HEART FAILURE* DI RUANG PERAWATAN ICU/HCU RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR**.

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

No	Hari/tgl	Materi Konsul	Perbaikan	Paraf pembimbing
1.	Minggu 19/04/2020	Bab I, II	• Perbaiki latar belakang • Perbaiki kalimat masih banyak yang kurang • Perbaiki sistematika penulisan • Kurang pembahasan pada anatomi fisiologi • Perbaiki aturan marginya • Kurang sumber • Untuk setiap intervensi tambahkan rasional pada setiap diagnos • Patoflowdiagram sesuaikan • Etiologi	
2.	Senin 20/04/2020	BAB III	• Perbaiki kalimat-kalimatnya masih banyak yang kurang tepat	

			• Perbaiki pengkajian • Lengkapi analisa data • Perbaiki intervensi,masih banyak kesalahan • Perbaiki margin,huruf, spasi, jam	
3.	Sabtu 02/05/2020	BAB 1, BAB II, daftar pustaka, Patoflowdiagram	• Perbaikan BAB 1 • Perbaikan BAB II • Perbaikan daftar pustaka • Perbaikan patoflowdiagram	
4.	Rabu 06/05/2020	BAB I, BAB II, Patoflowdiagram, daftar pustaka	• Perbaikan kembali BAB I • Perbaikan kembali BAB II • Perbaikan nomor halaman patoflowdiagram • Perbaikan daftar pustaka penulisan	
5.	Selasa 26/05/2020	Implementasi	• Pengaturan penulisan (tanggal, jam)	
6.	Senin 1/06/2020	~~Bab III, IV, V,~~ Diagnosa keperawatan, evaluasi, analiasa data, daftar pustaka, intervensi	• Perbaiki sistematika penulisan dan juga nomor halaman • Perbaiki kalimat, masih banyak yang kurang dan harus ada yang di tambahkan • Bab I acc	

			• Bab II acc • Sejajarkan tulisan dengan kalimat yang lain. • Perbaiki sistematika penulisan dan juga nomor halaman • Perbaiki kalimat, masih banyak yang kurang dan harus ada yang di tambahkan • Bab I acc • Bab II acc • Sejajarkan tulisan dengan kalimat yang lain • Perbaiki evaluasi, analiasa data, daftar pustaka, intervensi, dan implementasi	
7.	Kamis 4/06/2020	Analisa data, Bab III, Bab V, Bab IV, Daftar pustaka, Diagnosa keperawatan, Evaluasi, Implementasi Intervensi dan Patoflowdiagram	• Analisa data Acc • Patoflowdiagram Acc • Perbaiki Bab III, V, IV • Daftar pustaka • Evaluasi • Implementasi • Intervensi	
8.	Jumat 05/06/2020	Analisa data, Bab III, V, IV, Diagnosa keperawatan, daftar pustaka, evaluasi, implementasi	• Perbaiki analisa data, bab III, V, IV • Diagnosa keperawatan, • Daftar pustaka • Evaluasi • Implementasi • Intervensi	

		intervensi.		
9.	Sabtu 06/06/2020	Bab III, V, IV, Daftar pustaka, evaluasi, implementasi intervens	• Perbaiki Bab III, V, IV • Daftar pustaka • Evaluasi • Implementasi • Intervensi	
10 .	Minggu 07/06/2020	Bab III, IV, Daftar pustaka, Evaluasi, Implementasi intervensi dan cover	• Perbaiki Bab IV dan Cover • Acc Implementasi • Bab III Acc • Daftar pustaka Acc Intervensi dan Implementasi Acc	
11	Senin 08/06/2020	Bab IV dan Cover	• Perbaiki Bab IV dan Lengkapi Cover,dan daftar isi • Bab IV Acc • Buat lembar konsultasi	
12	Kamis 11/06/2020	KTI	• Perbaikan gabungan KTI dan perhatikan margins, nomor halaman, dan pengaturan penulisan)	