



KARYA ILMIAH AKHIR

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

OLEH:

MARKUS FERDINANDUS (NS2114901095)

MEYLIO ONARELI (NS2114901103)

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS MAKASSAR**

2022



KARYA ILMIAH AKHIR

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

OLEH:

MARKUS FERDINANDUS (NS2114901095)

MEYLIO ONARELI (NS2114901103)

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS MAKASSAR**

2022

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini nama:

1. Markus Ferdinandus (NS2114901095)
2. Meylio Onareli (NS2114901103)

Menyatakan dengan sungguh bahwa Karya Ilmiah Akhir ini hasil karya sendiri dan bukan duplikasi ataupun plagiasi (jiplakan) dari hasil Karya Ilmiah orang lain.

Demikian surat pernyataan ini yang kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 6 Juli 2022

yang menyatakan,



Markus Ferdinandus



Meylio Onareli

**HALAMAN PERSETUJUAN
KARYA ILMIAH AKHIR**

Karya Ilmiah Akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan *Congestive Heart Failure* (CHF) di Ruang ICU/ICCU Rumah Sakit Stella Maris Makassar" telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh:

Nama Mahasiswa / NIM:

1. Markus Ferdinandus (NS2114901095)
2. Meylio Onareli (NS2114901103)

Disetujui oleh

Pembimbing 1



(Yunita Carolina Satti, Ns., M.Kep)
NIDN: 0904078805

Pembimbing 2



(Rosmina Situngkir, SKM., Ns., M.Kes)
NIDN: 0925117501

**Menyetujui,
Wakil Ketua Bidang Akademik
STIK Stella Maris Makassar**



(Fransiska Anita., Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB)
NIDN: 0913098201

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh:


Nama : 1. Markus Ferdinandus (NIM: NS2114901095)
2. Meylio Onareli (NIM: NS2114901103)

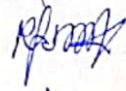
Program studi : Profesi Ners


Judul KIA : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan
Congestive Heart Failure (CHF) di Ruang ICU/ICCU
Rumah Sakit Stella Maris Makassar


Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji.

DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing 1 : Yunita Carolina Satti, Ns.,M.Kep ()

Pembimbing 2 : Rosmina Situngkir, SKM.,Ns.,M.Kes ()

Penguji 1 : Siprianus Abdu, S.Si., Ns., M.Kes ()

Penguji 2 : Serlina Sandi, Ns., M.Kep ()

Ditetapkan di : STIK Stella Maris Makassar

Tanggal : 6 Juli 2022

Mengetahui,

Ketua STIK Stella Maris Makassar



Siprianus Abdu, S.Si. S.Kep.,Ns, M.Kes

NIDN: 0928027101

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

1. Markus Ferdinandus (NS2114901095)
2. Meylio Onareli (NS2114901103)

Menyatakan menyetujui dan memberikan kewenangan kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar untuk menyimpan, menggalih informasi/ formatkan, merawat dan mempublikasikan karya ilmiah akhir ini untuk kepentingan ilmu pengetahuan.

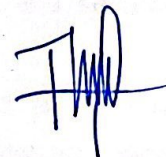
Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 6 Juli 2022

Yang menyatakan



Markus Ferdinandus



Meylio Onareli

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur kami haturkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir yang berjudul: **“Asuhan Keperawatan pada pasien Ny. M usia 87 tahun dengan *Congestive Heart Failure (CHF)* Sakit Stella Maris Makassar”**.

Penulisan karya ilmiah akhir ini dimaksudkan untuk memenuhi salah satu tugas akhir bagi kelulusan mahasiswa/mahasiswi STIK Stella Maris Makassar Program Profesi Ners dan persyaratan untuk memperoleh gelar Ners di STIK Stella Maris Makassar.

Dalam penulisan karya ilmiah akhir ini penulis menyadari bahwa penulis banyak mendapatkan bantuan, pengarahan, bimbingan serta doa dan motivasi dari berbagai pihak yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan karya ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan karya ilmiah akhir ini masih banyak kesalahan dan kekurangan. Oleh karena itu, dengan segala kerendahan hati penulis mengharapkan saran dan kritik yang membangun dan yang dapat membantu penulis untuk menyempurnakan karya ilmiah akhir ini. Oleh karena itu, pada kesempatan ini, penulis secara khusus mengucapkan terima kasih kepada :

1. Siprianus Abdu, S.Si.,Ns.,M.Kes selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar dan telah banyak memberikan masukan, pengetahuan serta motivasi untuk menyusun karya ilmiah akhir ini.
2. Fransiska Anita, Ns.,M.Kep.Sp.KMB selaku Wakil Ketua Bidang Akademik STIK Stella Maris yang telah memberikan saran dan masukan kepada penulis saat penyusunan karya ilmiah akhir ini.
3. Matilda Martha Paseno, Ns.,M.Kes selaku Wakil Ketua Bidang Administrasi, Keuangan, Sarana Dan Prasarana STIK Stella Maris
4. Elmiana Bongga Linggi, Ns.,M.Kes selaku Wakil Ketua Bidang Kemahasiswaan, Alumni Dan Inovasi STIK Stella Maris.
5. Mery Solon, Ns.,M.Kes selaku Ketua Unit Penjamin Mutu STIK Stella Maris.

6. Yunita Carolina Satti, Ns.,M.Kep selaku pembimbing I dan Rosmina Situngkir, SKM.,Ns.,M.Kes selaku pembimbing II yang dengan penuh kesabaran dan pengertian dalam membimbing, mengarahkan dan membantu penulis menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.
7. Siprianus Abdu, S.Si.,Ns.,M.Kes selaku penguji I dan Serlina Sandi, Ns., M.Kep selaku penguji II yang telah banyak memberikan saran dan masukan demi peyempurnaan karya ilmiah akhir ini.
8. Bapak dan Ibu Dosen beserta seluruh Staff pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah membimbing, mendidik dan memberi pengarahan selama menempuh pendidikan.
9. Teristimewa kedua orang tua tercinta dari Markus Ferdinandus (Jusuf Ferdinandus dan Gritje Patinama), serta keluarga, teman-teman, dan sanak saudara yang selalu mendoakan, memberikan dukungan, semangat, nasehat sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.
10. Teristimewa kedua orang tua tercinta dari Meylio Onareli (Edmon Onareli dan Wisye Tahanora), serta keluarga dan sanak saudara yang selalu mendoakan, memberikan dukungan, semangat, nasehat sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.
11. Seluruh teman-teman seangkatan yang telah banyak mendukung baik secara langsung maupun tidak langsung dalam menyelesaikan karya ilmiah akhir ini. Sukses buat kita semua.

Akhir kata, kami menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan. Kami mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun agar kami bisa melaksanakan penelitian.

Makassar, Juni 2022

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL.....	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	v
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	ix
Halaman Daftar Gambar	xi
Halaman Daftar Lampiran	xii
Halaman Daftar Tabel	xiii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	4
1. Tujuan Umum.....	4
2. Tujuan Khusus	4
C. Manfaat Penulisan	4
1. Bagi Instansi Rumah Sakit.....	4
2. Bagi Profesi Keperawatan	4
3. Bagi Institusi Pendidikan.....	5
D. Metode Penulisan	5
E. Sistematika Penulisan	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Dasar Medis	7
1. Pengertian.....	7
2. Anatomi dan Fisiologi	7
3. Klasifikasi	10
4. Etologi	11
5. Patofisiologi.....	14
6. Manifestasi Klinik.....	20

7. Tes Diagnostik	21
8. Penatalaksanaan Medis	23
9. Komplikasi.....	24
B. Konsep Dasar Keperawatan.....	24
1. Pengkajian	24
2. Diagnosis Keperawatan.....	27
3. Luaran dan Perencanaan Keperawatan	29
4. Perencanaan Pulang (Discharge Planing)	45
BAB III PENGAMATAN KASUS	
A. Ilustrasi Kasus.....	46
B. Pengkajian	46
C. Diagnosis Keperawatan (Diagnosis Primer)	50
D. Tindakan Keperawatan Yang Dilakukan	50
E. Evaluasi Hasil Tindakan	52
F. Pengkajian Sekunder	54
G. Pemeriksaan Penunjang.....	66
H. Terapi Yang Diberikan	66
I. Diagnosis Keperawatan (Pengkajian Sekunder)	67
J. Prinsip-Prinsip Tindakan	67
K. Monitor Klien (Pengkajin Berkelanjutan Dan Hasil)	68
L. Terapi Obat	106
BAB IV PEMBAHASAN KASUS	
A. Pembahasan Asuhan Keperawatan	113
B. Pembahasan Penerapan <i>Evidence Based Nursing</i>	122
BAB V KESIMPULAN	
A. Simpulan	125
B. Saran	128
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Jantung	10
----------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lembaran Konsul Karya Ilmiah Akhir

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Intervensi Keperawatan
Tabel 3.2 Diagnosis Keperawatan
Tabel 3.3 Intervensi Keperawatan
Tabel 3.4 Implementasi Keperawatan.....
Tabel 3.5 Evaluasi Keperawatan

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Congestive Heart Failure (CHF) atau gagal jantung adalah gangguan pada fungsi jantung, diakibatkan oleh kerusakan kontraksi miokardium yang dapat disebabkan oleh jantung koroner dan iskemia, infark miokardium ,dan miokarditis (Andini Ayu Prima, 2021) Masih banyak masyarakat yang kurang perhatian pada penyakit jantung baik faktor risiko hingga kejadian penyakit jantung yang berulang (Wawan 2016).

Data WHO menunjukkan bahwa sebanyak 17,3 juta orang di dunia meninggal karena penyakit kardiovaskuler dan diperkirakan akan dapat meningkat bahkan mencapai hingga angka 23,5 juta jiwa penderita yang meninggal pada tahun 2025. Sedangkan di Indonesia sendiri penyakit jantung masih menjadi perhatian yang penting, karena penyakit jantung menempati posisi pertama dibandingkan dengan penyakit-penyakit yang tidak menular lainnya (Kemenkes 2018).

Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018, angka kejadian penyakit jantung semakin meningkat dari tahun sebelumnya yaitu tahun 2013 sebanyak 0,3%, dan di tahun 2018 sebanyak 1,5%, Prevalensi penyakit jantung di indonesia dilihat berdasarkan jenis kelamin perempuan persentasi jumlah perempuan lebih banyak yaitu 1,6% dibanding dengan laki-laki 1,3%. Jika dilihat berdasarkan usia, prevalensi penyakit jantung diusia 75 tahun ke atas ada 4,7% dibandingkan dengan usia lainnya. Prevalensi penyakit jantung berdasarkan daerah paling tertinggi yaitu provinsi kalimantan utara dengan presentasi 2,2%, dan yang terendah NTT sebanyak 0,7% sedangkan sulawesi selatan sebanyak 1,5%. Berdasarkan hasil Riskesdas Provinsi Sulawesi selatan termasuk tertinggi dengan angka kejadian penyakit jantung sehingga

dibutuhkan pemberian asuhan keperawatan yang komprehensif agar dapat menurunkan angka kejadian penyakit jantung (Risesdas 2018).

Tingginya angka kejadian penyakit jantung di dunia bahkan di Indonesia mengakibatkan angka rawat inap pasien dengan penyakit jantung pun meningkat, bahkan angka rawat inap pasien dengan penyakit jantung berulang pun masih tinggi dan dapat menurunkan tingkat kelangsungan hidup (PERKI, 2020). Data (InaHF National Registry 2018) memperlihatkan sebanyak 17% pasien gagal jantung di Indonesia akan mengalami rawat inap berulang, selain itu 11,2% pasien gagal jantung meninggal pada saat rawat inap dan 11,3% pasien gagal jantung akan meninggal dalam satu tahun pengobatan.

Hasil penelitian (Mariana et al., 2014) dijelaskan juga bahwa pasien dengan penyakit jantung yang menjalani hospitalisasi terdapat sebanyak 1.094.009 pasien dan melalui data ini diperoleh angka kejadian rehospitalisasi hampir sekitar 50% dari total pasien CHF yang pernah menjalani hospitalisasi sebelumnya.

Berdasarkan data dari MRO RS Stella Maris Makassar tercatat jumlah penderita CHF pada tahun 2016 sebanyak 329 orang dengan kematian 44 orang, dan pada tahun 2017 jumlah penderita CHF 373 orang dengan kematian 54 orang, dan pada tahun 2018 jumlah penderita CHF 312 orang dengan kematian 40 orang, dan mayoritas berada pada kisaran 70 tahun ke atas (Stela Maris 2018). Hal ini sejalan dengan teori bahwa seiring bertambahnya usia seseorang semakin rentan terhadap penyakit jantung, hal ini dikarenakan semakin menurunnya fungsi organ terutama jantung sehingga menimbulkan hipertensi yang dalam perkembangan lebih serius menjadi gagal jantung (Tri et al., 2021).

Angka kematian yang tinggi pada pasien dengan sakit jantung mengharuskan keseriusan dalam penanganan pada pasien-pasien dengan penyakit jantung sehingga fase kritis pada pasien dapat terlewati dan memberikan penyembuhan pada pasien. Perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan sangat berperan penting

dalam proses penyembuhan pada pasien dengan penyakit jantung. Perawat dituntut untuk mampu dan kritis terkhususnya perawat pada ruangan ICU dalam pemberian asuhan keperawatan dari awal pasien masuk hingga pasien pulang. Tingginya angka terjadi penyakit jantung berulang pada pasien dengan gagal jantung membuktikan bahwa pentingnya perawat dalam menjalankan fungsinya sebagai edukator sehingga ketika pasien pulang pasien memahami kondisinya dan mampu mencegah risiko-risiko yang dapat menyebabkan terjadinya terulang kembali penyakit jantung yang dialami.

Berdasarkan data di atas menunjukkan bahwa angka insiden penderita *Congestive Heart Failure*, membutuhkan perhatian dan perawatan yang lebih intensif dan komperhensif. Perawat sebagai tenaga profesional dibidang pelayanan kesehatan memiliki kontribusi yang besar dalam perawatan kesehatan khususnya pasien dengan CHF (*Congestive Heart Failure*), karena perawat tidak hanya memberikan asuhan keperawatan tetapi perawat juga melakukan peran edukator untuk memberi edukasi pada pasien dan keluarga baik saat dirawat, akan pulang dari rumah sakit dan setelah pulang dari rumah sakit, dengan tujuan pasien dan keluarga dapat belajar dan mengerti tentang gagal jantung sehingga mereka mampu mengatur aktivitas dan istirahat, dan memahami upaya untuk meminimalkan terjadinya kekambuhan gagal jantung serta dapat meningkatkan kualitas hidup dan memperpanjang kelangsungan hidup pasien. Melihat hal tersebut maka penulis tertarik untuk mengambil kasus ini untuk menerapkan serta membahas dalam bentuk karya ilmiah akhir untuk menyelesaikan tugas profesi ners dengan judul asuhan keperawatan kritis pada pasien dengan *Congestive Heart Failure* (CHF) di ruangan ICU/ICCU Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Memperoleh pengetahuan dan pengalaman nyata dalam melakukan prosedur asuhan keperawatan di RS pada pasien *Congestive Heart Failure*

2. Tujuan Khusus

- a. Melaksanakan pengkajian pada pasien Ny.M dengan diagnosis *Congestive Heart Failure* (CHF).
- b. Merumuskan diagnosis keperawatan pada pasien Ny.M/87 Tahun dengan diagnosis *Congestive Heart Failure* (CHF).
- c. Menyusun rencana keperawatan pada pasien Ny.M dengan diagnosis *Congestive Heart Failure* (CHF).
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pasien Ny.M dengan diagnosis *Congestive Heart Failure* (CHF).
- e. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien Ny.M dengan diagnosis *Congestive Heart Failure* (CHF).
- f. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien Ny.M dengan *Congestive Heart Failure* (CHF).

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi Instansi Rumah Sakit

Karya ilmiah ini dapat menjadi bahan masukan demi meningkatkan pengetahuan dan keterampilan bagi petugas kesehatan khususnya perawat, agar dapat menjalankan tugas khususnya dalam memberikan asuhan keperawatan yang dapat meningkatkan mutu pelayanan pada pasien dengan *Congestive Heart Failure*.

2. Bagi Profesi Keperawatan

Sebagai bahan untuk mengembangkan dan meningkatkan pendidikan dalam bidang keperawatan secara profesional

termasuk dengan mengikuti pelatihan-pelatihan yang terkait dengan penanganan dalam meningkatkan mutu pelayanan keperawatan pada pasien dengan *Congestive Heart Failure*.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai bahan acuan dalam menunjang pengetahuan bagi peserta didik dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Congestive Heart Failure*.

D. Metode Penulisan

Dalam penulisan karya ilmiah ini adalah metode yang digunakan dalam studi kepustakaan, studi kasus, dan pengamatan kasus yang berupa wawancara, observasi dan pemeriksaan fisik.

1. Studi Kepustakaan

Mempelajari literatur yang berkaitan atau relevan dengan karya tulis ilmiah baik dari buku-buku maupun internet.

2. Studi Kasus

Studi kasus penulis dilakukan dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang komprehensif meliputi pengkajian keperawatan, analisa data, penentuan diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Untuk mengumpulkan informasi dengan melakukan :

a. Observasi

Perawat melihat dan mengamati secara langsung keadaan pasien Ny.M dengan diagnosis CHF selama dalam perawatan di ruangan *intensive care unit* untuk memperoleh data yang kritis pada pasien.

b. Wawancara

Mengadakan wawancara langsung dengan pasien, dan keluarga, dan semua pihak yang terkait dalam perawatan pasien. Wawancara pada pasien dilakukan saat fase kritis pada pasien sudah terlewati.

c. Pemeriksaan Fisik

Melakukan pemeriksaan fisik untuk mengetahui masalah

fisik yang dialami pasien dengan cara meliputi inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi.

d. Diskusi

Diskusi dilakukan untuk memecahkan masalah yang timbul pada pasien dengan berbagai pihak seperti pembimbing institusi pendidikan, perawat bagian, dokter, serta rekan-rekan mahasiswa.

e. Dokumentasi

Mendokumentasikan asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien termasuk hasil tes diagnostic yang dilakukan.

E. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan ini disusun dalam lima bab dimana di setiap bab disesuaikan dengan sub sub bab antara lain bab I pendahuluan, dalam bab ini menguraikan tentang latar belakang, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan, bab II tinjauan pustaka, menguraikan tentang konsep-konsep atau teori yang mendasari penulisan ilmiah ini yaitu, konsep dasar medik, yang meliputi pengertian, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinik, tes diagnostik, penatalaksanaan dan komplikasi. Konsep dasar keperawatan meliputi pengkajian, analisa data, diagnosis keperawatan, penatalaksanaan tindakan keperawatan dan evaluasi. Bab III pengamatan kasus, meliputi pengkajian, analisa data, diagnosis keperawatan, rencana keperawatan, implementasi dan evaluasi. Bab IV pembahasan kasus, merupakan laporan hasil ilmiah yang meliputi kesenjangan antara teori dan praktek. Bab V kesimpulan, terdiri dari kesimpulan dan saran.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Medis

1. Pengertian

Congestive heart failure (CHF) adalah suatu kondisi dimana jantung mengalami kegagalan dalam memompa darah guna mencukupi kebutuhan sel-sel tubuh akan nutrient dan oksigen secara adekuat (Astuti & Malik Zukri Muh, 2020).

Congestive Heart Failure (CHF) adalah suatu keadaan dimana terjadi bendungan sirkulasi akibat gagal jantung dan mekanisme kompensatoriknya (Nekolla et al., 2021).

Berdasarkan beberapa defenisi di atas dapat disimpulkan bahwa *Congestive Heart Failure* yaitu kondisi dimana jantung tidak mampu memompa darah dalam jumlah yang cukup untuk mencukupi kebutuhan oksigen dalam tubuh karena disebabkan oleh beberapa faktor diantaranya jantung mendapat beban yang melebihi kapasitasnya seperti disfungsi miokard, beban tekanan berlebihan sistolik (*Systolic Overload*), dan beban volume berlebihan (*Diastolic Overload*).

2. Anatomi fisiologi jantung

Jantung terletak di rongga dada, diseliputi oleh satu membran pelindung yang disebut pericardium. Dinding jantung terdiri atas tiga lapis yaitu, pericardium, miokardium dan endocardium. Jantung memiliki berat sekitar 300 gr, meskipun berat dan ukurannya dipengaruhi oleh usia, jenis kelamin, berat badan, beratnya aktivitas fisik, dll. Jantung dewasa normal berdetak sekitar 60-80 kali per menit, menyemburkan sekitar 70 ml darah dari kedua ventrikel per detakan, dan keluaran totalnya sekitar 5 L/menit. Di dalam lapisan jantung terdapat

cairan pericardium, yang berfungsi untuk mengurai gesekan yang timbul akibat gerak jantung saat memompa. Dinding jantung terdiri dari 3 lapisan, yaitu lapisan luar yang disebut pericardium, lapisan tengah atau miokardium merupakan lapisan berotot, dan lapisan dalam disebut endokardium. Organ jantung terdiri atas 4 ruang, yaitu 2 ruang yang berdinding tipis, disebut atrium, dan 2 ruang yang berdinding tebal disebut ventrikel.

a. Atrium (serambi)

- 1) Atrium kanan, berfungsi sebagai tempat penampungan darah yang rendah oksigen dari seluruh tubuh.
- 2) Atrium kiri, berfungsi sebagai penerima darah yang kaya oksigen dari kedua paru melalui 4 buah vena pulmonalis.

b. Ventrikel (bilik)

Permukaan dalam memperlihatkan alur-alur otot yang disebut trabekula. Beberapa alur tampak menonjol, yang disebut muskulus papilaris.

- 1) Ventrikel kanan, menerima darah dari atrium kanan dan dipompakan ke paru-paru melalui arteri pulmonalis.
- 2) Ventrikel kiri, menerima darah dari atrium kiri dan dipompakan ke seluruh tubuh melalui aorta.

c. Katup jantung

1) Katup *atrioventrikuler*

Daun-daun katup *atrioventrikularis* halus tetapi tahan lama. Katub *atrioventrikularis* terdiri dari dua yaitu *trikuspidalis* dan *bikuspidalis*. Katup *trikuspidalis* yang terletak antara atrium dan ventrikel dextra mempunyai 3 buah daun katup. Katup *mitralis* yang memisahkan atrium dan ventricular sinistra disebut juga katup *bikuspidalis* dengan 2 buah daun katup.

2) Katup *seminularis*

Katup *seminularis* terdiri dari 2 buah katup yaitu katup aorta dan katup pulmonalis. Kedua katup *seminularis* sama bentuknya, katup ini terdiri dari 3 buah daun katup simetris yang mempunyai corong yang terlambat kuat pada *annulus fibrosus*. Katup aorta terletak antara ventrikel sinistra dan aorta, sedangkan katup pulmonalis terletak antara ventrikel dextra dan arteri pulmonalis.

3) Otot jantung terdiri dari 3 lapisan yaitu:

a) Luar/ pericardium

Berfungsi sebagai pelindung jantung atau merupakan katong pembungkus jantung yang terletak di mediastinum monus dan di belakang korpus sterni dan rawan iga II-IV yang terdiri dari 2 lapisan fibrosa dan serosa yaitu lapisan parietal dan visceral.

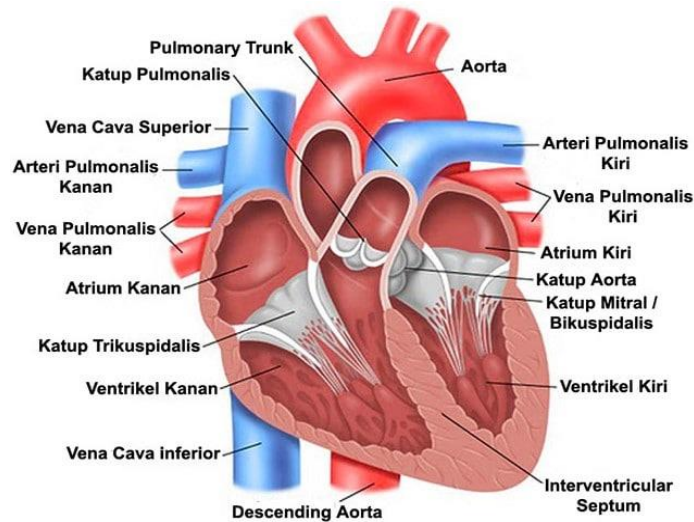
b) Tengah/ miokardium

Lapisan otot jantung yang menerima darah dari arteri koronaria. Susunan miokardium yaitu:

- (1). Otot atria: Sangat tipis dan kurang teratur, disusun oleh 2 lapisan. Lapisan dalam mencakup serabut-serabut berbentuk lingkaran dan lapisan luar mencakup kedua atria.
- (2). Otot ventrikuler: membentuk bilik jantung dimulai dari cincin atrioventrikuler sampai ke apeks jantung.
- (3). Otot atrioventrikuler: dinding pemisah antara serambi dan bilik (atrium dan ventrikel)

c) Dalam/ endocardium

Dinding dalam atrium yang diliputi oleh membrane yang mengikat yang terdiri dari jaringan endotel atau selaput lender endokarium kecuali aurikula dan bagian depan sinus vena cava



Gambar 2.1 Jantung

3. Klasifikasi

- a. Menurut gejala dan intensitas gejala (Morton, 2012 dalam (Rohmah, 2017)
 - 1) Gagal jantung akut
Timbulnya gejala secara mendadak, biasanya selama beberapa hari atau beberapa jam.
 - 2) Gagal jantung kronik
Perkembangan gejala selama beberapa bulan sampai beberapa tahun dan menggambarkan keterbatasan kehidupan sehari-hari.
- b. Gagal jantung menurut letaknya :
 - 1) Gagal jantung kiri merupakan kegagalan ventrikel kiri untuk mengisi atau mengosongkan dengan benar dan dapat lebih lanjut diklasifikasikan menjadi disfungsi sistolik dan diastolik.

- 2) Gagal jantung kanan merupakan kegagalan ventrikel kanan untuk mempompa secara adekuat. Penyebab gagal jantung kanan yang paling sering terjadi adalah gagal jantung kiri, tetapi gagal jantung kanan dapat terjadi dengan adanya ventrikel kiri benar-benar normal dan tidak menyebabkan gagal jantung kiri. Gagal jantung kanan dapat disebabkan oleh penyakit paru dan hipertensi arteri pulmonary primer (Rohm, 2017).
- c. (*New York Heart Association*) mengklasifikasikan gagal jantung berdasarkan gejala klien :
- 1) Kelas I
Tidak ada keterbatasan aktivitas fisik pada penderita. Aktivitas fisik biasa tidak menimbulkan keluhan fatigue/kelelahan, dyspnea/kelelahan, dan palpitasi/berdebar
 - 2) Kelas II
Sedikit keterbatasan aktivitas fisik, merasa nyaman bila istirahat, tetapi aktivitas fisik yang berat dapat menimbulkan fatigue, dyspnea, atau palpitasi.
 - 3) Kelas III
Keterbatasan yang nyata pada aktivitas fisik, merasa nyaman saat istirahat namun gejala akan muncul saat melakukan aktivitas fisik yang lebih ringan dari yang biasa.
 - 4) Kelas IV
Rasa tidak nyaman saat melakukan aktivitas fisik apapun. Gejala sudah muncul bahkan saat istirahat dan semakin parah ketika melakukan aktivitas fisik

4. Etiologi

Penyebab gagal jantung mencakup apapun yang menyebabkan peningkatan volume plasma sampai derajat tertentu sehingga volume diastolik akhir meregangkan serat-serat ventrikel melebihi panjang optimumnya. Penyebab tersering adalah cedera pada

jantung itu sendiri yang memulai siklus kegagalan dengan mengurangi kekuatan kontraksi jantung. Akibat buruk dari menurunnya kontraktilitas, mulai terjadi akumulasi volume darah di ventrikel. Penyebab gagal jantung yang terdapat di jantung antara lain:

- a. Disfungsi miokard (kegagalan miokardial)
 - 1) Iskemia otot jantung: merupakan suatu keadaan dimana terjadi sumbatan aliran darah yang berlangsung progresif sehingga suplai darah yang ke jaringan tidak adekuat.
 - 2) Infark *myocard*: adalah kondisi terhentinya aliran darah dari arteri koroner yang menyebabkan kekurangan oksigen dan menyebabkan kematian sel –sel otot jantung.
 - 3) *Myocarditis*: adalah kondisi dimana otot jantung mengalami peradangan atau inflamasi.
 - 4) Kardiomiopati: merupakan penyakit jantung yang melemahkan dan memperbesar otot jantung. (Jombang, 2018)
- b. Beban tekanan berlebihan-pembebanan sistolik (*systolic overload*) Beban sistolik yang berlebihan diluar kemampuan ventrikel menyebabkan hambatan pada pengosongan ventrikel sehingga menurunkan curah ventrikel atau isi sekuncup.
- c. Beban volume berlebihan-pembebanan diastolic (*diastolic overload*) Preload yang berlebihan dan melampaui kapasitas ventrikel (*diastolic overload*) akan menyebabkan volume dan tekanan pada akhir *diastolic* dalam ventrikel meninggi. Prinsip *frank starling*; curah jantung mula-mula akan meningkat sesuai dengan besarnya regangan otot jantung, tetapi bila beban terus bertambah sampai melampaui batas tertentu, maka curah jantung akan menurun kembali.
- d. Peningkatan kebutuhan metabolic-peningkatan yang berlebihan (*demand overload*). Anemia: adalah berkurangnya jumlah sel darah merah atau hemoglobin didalam darah.

- e. Gangguan pengisian (hambatan input) Hambatan pada pengisian ventrikel karena gangguan aliran masuk ke dalam ventrikel atau pada aliran balik vena atau *venous return* akan menyebabkan pengeluaran ventrikel berkurang dan curah jantung menurun.
- f. Kelainan otot jantung Gagal jantung paling sering terjadi pada penderita kelainan otot jantung, menyebabkan menurunnya kontraktilitas jantung. Kondisi yang mendasari penyebab kelainan fungsi otot mencakup arterosklerosis koroner, hipertensi artial dan penyakit otot degeneratif atau inflamasi.
- g. 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.
- h. Hipertensi sistemik/ Pulmonal Meningkatkan beban kerja jantung dan pada gilirannya mengakibatkan hipertropi serabut otot jantung.
- i. Peradangan dan penyakit miokardium Berhubungan dengan gagal jantung karena kondisi ini secara langsung merusak serabut jantung, menyebabkan kontraktilitas menurun.
- j. Penyakit jantung Penyakit jantung lain seperti stenosis katup *semilunar*, *temponade perikardium*, *perikarditis konstruktif*, stenosis katup AV.
- k. Faktor sistemik seperti hipoksia dan anemia yang memerlukan peningkatan curah jantung untuk memenuhi kebutuhan oksigen sistemik. Hipoksia atau anemia juga dapat menurunkan suplai oksigen ke jantung. Asidosis dan abnormalitas elektrolit juga dapat menurunkan kontraktilitas jantung. Semua situasi diatas dapat menyebabkan gagal jantung kiri atas atau kanan. Penyebab yang spesifik untuk gagal jantung kanan antara lain: gagal jantung kiri, hipertensi paru, PPOM. (Jombang, 2018).

5. Patofisiologi

Menurut Muttaqin (Bariyatun 2018) bila cadangan jantung untuk berespons terhadap stress tidak adekuat dalam memenuhi kebutuhan metabolik tubuh, maka jantung gagal untuk melakukan tugasnya sebagai pompa, akibatnya terjadilah gagal jantung. Kelainan fungsi otot jantung disebabkan oleh aterosklerosis koroner, hipertensi arterial dan penyakit otot degeneratif atau inflamasi. aterosklerosis koroner mengakibatkan disfungsi miokardium karena terganggunya aliran darah ke otot jantung. Terjadi hipoksia dan asidosis (akibat penumpukan asam laktat). Infark Miokardium biasanya mendahului terjadinya gagal jantung. Hipertensi sistemik/pulmonal (peningkatan afterload) meningkatkan beban kerja jantung dan pada gilirannya mengakibatkan hipertrofi serabut otot jantung. Efek tersebut (hipertrofi miokard) dapat dianggap sebagai mekanisme kompensasi karena akan meningkatkan kontraktilitas jantung. Tetapi untuk alasan tidak jelas, hipertrofi otot jantung tadi tidak dapat berfungsi secara normal, dan akhirnya terjadi gagal jantung.

Peradangan dan penyakit miokardium degeneratif berhubungan dengan gagal jantung karena kondisi ini secara langsung merusak serabut jantung, menyebabkan kontraktilitas menurun. Ventrikel kanan dan kiri dapat mengalami kegagalan secara terpisah. Gagal ventrikel kiri murni sinonim dengan edema paru akut. Karena curah ventrikel berpasangan/ sinkron, maka kegagalan salah satu ventrikel dapat mengakibatkan penurunan perfusi jaringan.

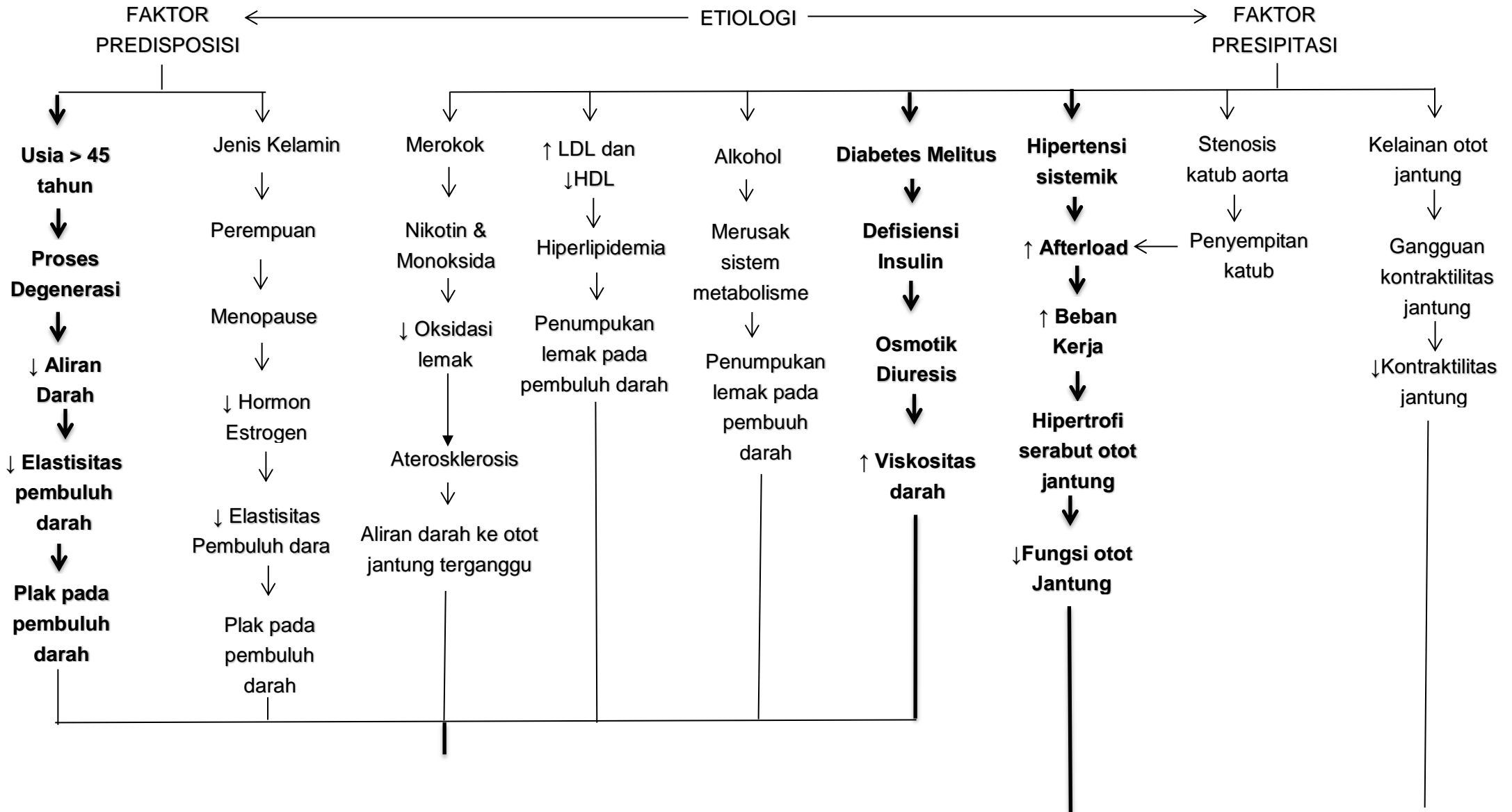
Gagal jantung dapat dimulai dari sisi kiri atau kanan jantung. Sebagai contoh, hipertensi sistemik yang kronis akan menyebabkan ventrikel kiri mengalami hipertrofi dan melemah. Hipertensi paru yang berlangsung lama akan menyebabkan ventrikel kanan mengalami hipertrofi dan melemah. Letak suatu infark miokardium akan menentukan sisi jantung yang pertama kali terkena setelah terjadi serangan jantung.

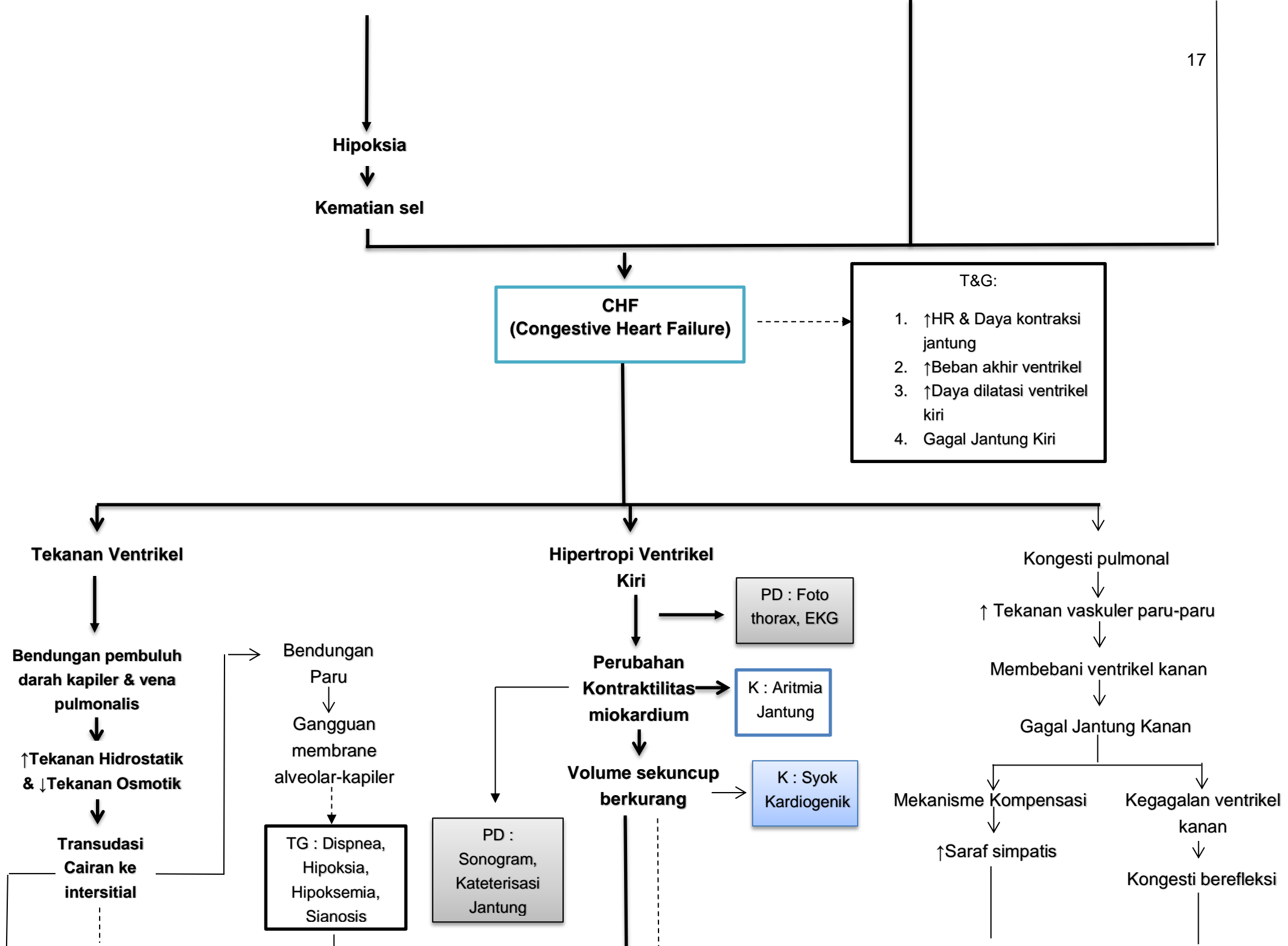
Ventrikel kiri yang melemah akan menyebabkan darah kembali

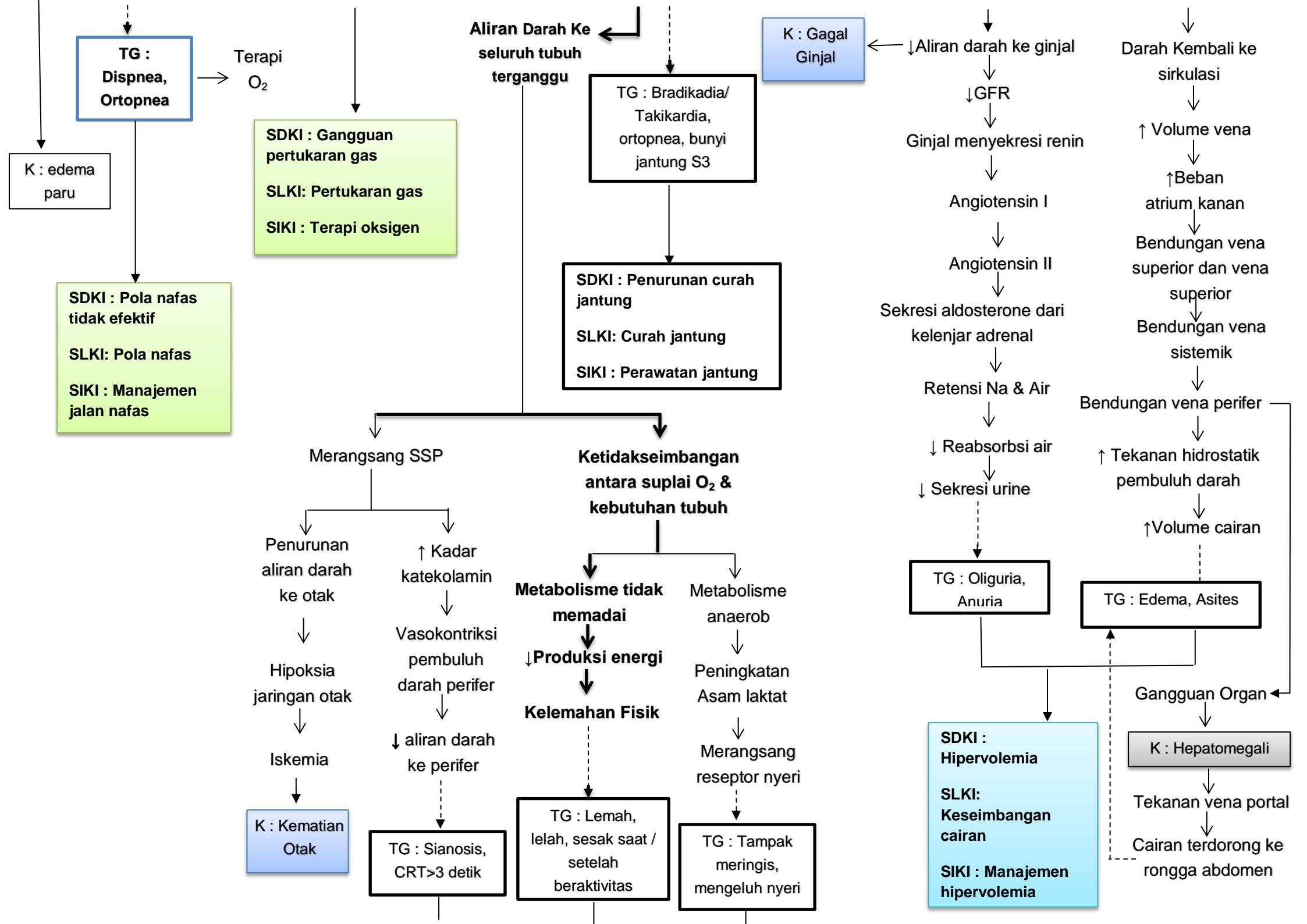
ke atrium, lalu ke sirkulasi paru, ventrikel kanan dan atrium kanan, maka jelaslah bahwa gagal jantung kiri akhirnya akan menyebabkan gagal jantung kanan. Pada kenyataannya, penyebab utama gagal jantung kanan adalah gagal jantung kiri. Karena tidak dipompa secara optimum keluar dari sisi kanan jantung, maka darah mulai terkumpul di sistem vena perifer. Hasil akhirnya adalah semakin berkurangnya volume darah dalam sirkulasi dan menurunnya tekanan darah serta perburukan siklus gagal jantung.

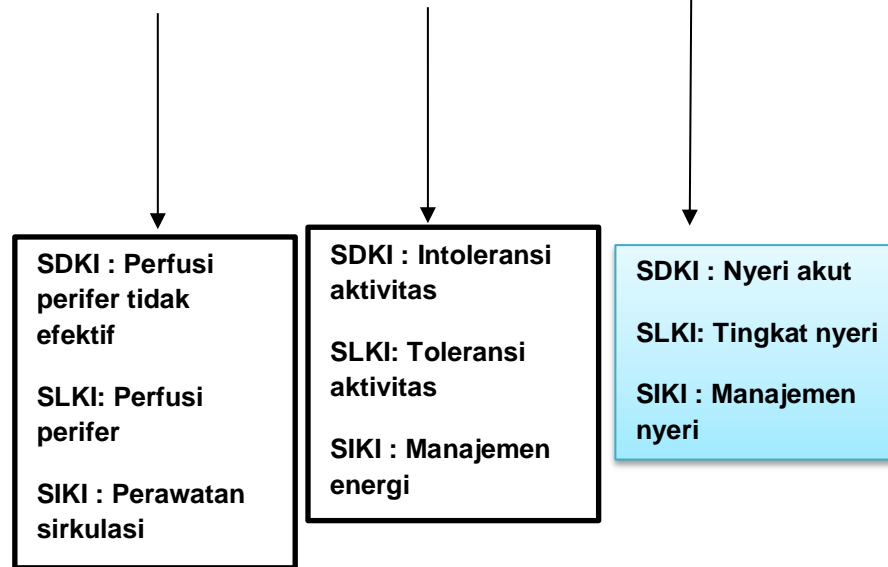
Gagal jantung dimanifestasikan dengan ciri pasien yang sesak napas dan kadang disertai dengan nyeri dada. pola napas yang tidak efektif pada pasien gagal jantung disebabkan karena pasien mengalami peningkatan kongesti pulmonalis, yaitu keadaan dimana terdapat darah secara berlebihan atau peningkatan jumlah darah di dalam pembuluh darah pada daerah paru kemudian yang diikuti dengan peningkatan tekanan hidrostatis, kemudian akan terjadi perembesan cairan ke alveoli dan akan terjadi kerusakan pertukaran gas. Perembesan cairan ke alveoli menyebabkan edema paru sehingga pengembangan paru tidak optimal dan akan terjadi pola napas tidak efektif pada penderitanya.

Congestive Heart Failure (CHF)









6. Manifestasi klinis

a. Gagal ventrikel kiri

Menurut Menurut Black dan Hawks (2014) gagal ventrikel kiri menyebabkan kongesti pulmonal dan gangguan mekanisme pengendalian pernapasan. Masalah ini akhirnya akan menyebabkan distress pernapasan. Derajat distress bervariasi dengan posisi, aktivitas, dan tingkat stress pasien.

- 1) Mekanisme dyspnea dapat berkaitan dengan penurunan volume udara paru (kapasitas vital) saat udara digantikan oleh darah atau cairan interstitial.
- 2) Ortopnea merupakan tahap lanjut dari dyspnea. Ortopnea terjadi karena posisi telentang (supine) meningkatkan jumlah darah yang kembali ke jantung dan paru dari ekstremitas inferior (preload). Pasien mengalami distress pernapasan di malam hari.
- 3) *Paroxysmal Nocturnal Dyspnea* (PND) mencerminkan situasi sensasi kesulitan bernapas yang menakutkan. Pasien tiba-tiba bangun dengan perasaan sesak napas yang berat dan mereda dengan duduk tegak atau membuka jendela untuk mencari udara segar. Pernapasan dapat bersifat berat disertai mengik (*wheezing*). Menurut Mosby (2009) upaya-upaya yang dapat dilakukan pasien CHF untuk mengurangi sesak akibat PND salah satunya adalah pengaturan posisi yang baik dan benar. Posisi yang dapat mengurangi PND yaitu dengan meninggikan bagian kepala menggunakan bantal atau posisi tempat tidur 30° atau 45.
- 4) Pernapasan *Cheyne Stokes* kadang terjadi pada pasien dengan gagal jantung. Pernapasan *cheyne-stokes* terjadi akibat waktu sirkulasi yang memanjang antara sirkulasi pulmonal dan sistem saraf pusat.
- 5) Batuk merupakan manifestasi yang sering pada gagal jantung kiri. Pasien batuk karena sejumlah cairan yang

banyak terperangkap dalam saluran pernapasan dan mengiritasi mukosa paru. Pada auskultasi, dapat terdapat ronkhi bilateral.

- 6) Hipoksia serebri dapat terjadi sebagai hasil penurunan keluaran jantung, yang akan menyebabkan perfusi otak yang tidak adekuat. Curah jantung yang tidak adekuat akan menyebabkan jaringan yang hipoksia dan memperlambat pembuangan sampah metabolik yang akhirnya akan menyebabkan pasien mudah lelah.
- 7) Komplikasi pada gagal ventrikel kiri yaitu edema paru akut. Pada pasien dengan dekomposisi jantung berat, sehingga tekanan kapiler di dalam paru menjadi sangat meningkat karena cairan didorong dari darah sirkulasi ke interstitium dan kemudian ke alveoli, bronkiolus, dan bronkus. Hasil dari edema paru jika tidak diterapi adalah kematian karena sulit bernapas.

b. Gagal Ventrikel kanan

Jika terjadi penurunan fungsi ventrikel kanan, akan terjadi edema perifer dan kongesti vena pada organ. Pembesaran hati (*hepatomegaly*) dan nyeri abdomen dapat terjadi ketika hati mengalami kongesti/ terbenyung cairan darah vena. Edema bersifat simetris dan terjadi pada bagian tubuh yang menggantung di mana tekanan vena paling tinggi. (Mariana et al., 2014).

7. Tes diagnostik

a. Adapun pemeriksaan diagnostik antara lain :

1) EKG (Elektrokardiogram)

EKG untuk mengukur kecepatan dan keteraturan denyut jantung, untuk mengetahui hipertrofi atrial atau ventrikuler, penyimpangan aksis, iskemia dan kerusakan pola mungkin terlihat. Distritmia, misalnya: takikardi, fibrilasi atrial. Kenaikan segmen ST/T persenten 6 minggu atau

lebih setelah infrank miokard menunjukkan adanya *aneurime ventricular*

2) Ekokardiogram

Ekokardiogram menggunakan gelombang suara untuk mengetahui ukuran dan bentuk jantung, serta menilai keadaan ruang jantung dan fungsi katup jantung. Sangat bermanfaat untuk menegakkan diagnosis gagal jantung.

3) Foto rontgen dada

Foto rontgen dada digunakan untuk mengetahui adanya pembesaran jantung, Penimbunan cairan di paru-paru atau penyakit paru lainnya.

4) Tes darah BPN

Tes darah BPN untuk mengukur kadar hormon BPN (*B-type natriuretic peptide*) yang pada gagal jantung akan meningkat.

5) Sonogram

Dapat menunjukkan dimensi pembesaran bilik, perubahan dalam fungsi/struktur katub atau area penurunan kontraktilitas ventrikular.

6) *Scan* jantung

Tindakan penyuntikan fraksi dan memperkirakan pergerakan dinding.

7) Keteterisasi jantung

Tekanan abnormal merupakan indikasi dan membantu membedakan gagal jantung sisi kanan versus sisi kiri, dan stenosis katup atau insufisiensi. Selain itu, juga mengkaji potensi arteri koroner. Zat kontras disuntikan ke dalam ventrikel; menunjukkan ukuran abnormal dan ejeksi frank atau perubahan kontraktilitas. (Santos, 2019)

8. Penatalaksanaan Medis

a. Penatalaksanaan CHF meliputi :

1) Farmakologis

Tujuan untuk mengurangi afterload dan preload

a) *First linedrugs : deuretik*

Tujuan : Mengurangi afterload dan disfungsi sistolik dan mengurangi kongesti pulmonal pada disfungsi diastolik. Obatnya adalah *thiazide diuretics* untuk CHF sedang, loop deuretik, metolazon (kombinasi loop diuretik) untuk meningkatkan pengeluaran cairan, kalium-sparing diuretik.

b) *Second line drugs : ACE Inhibitor*

Tujuan : membantu meningkatkan COP dan menurunkan kerja jantung. Obatnya adalah :

- (1). *Digoxin* : meningkatkan kontraktilitas, obat ini tidak digunakan untuk kegagalan diastolik yang mana dibutuhkan pengembangan ventrikel untuk relaksasi.
- (2). *Hydralazin* : menurunkan afterload pada disfungsi sistolik.
- (3). *Isobarbide dinitrat* : mengurangi preload dan afterload untuk disfungsi sistolik, hindari vasodilator pada disfungsi sistolik.
- (4). *Calsium cannel blocker* : untuk kegagalan diastolik, meningkatkan relaksasi dan pengisian ventrikel (jangan dipakai pada CHF kronik).
- (5). *Beta Blocker* : sering dikontraindikasikan karena menekan respon miokard. Digunakan pada disfungsi diastolik untuk mengurangi heart rate, mencegah iskemi miokard, menurunkan tekanan darah, hipertrofi ventrikel kiri.

2) Non farmakologis

a) CHF kronik :

- (1). Meningkatkan oksigenasi dengan pemberian oksigen dan menurunkan oksigen melalui istirahat atau pembatasan aktivitas.
 - (2). Diet pembatasan natrium (<4 gr/hari) untuk menurunkan edema.
 - (3). Menghentikan obat-obatan yang memperparah seperti NSAIDs (Non Steroidal Anti Inflammatory Drugs) karena efek prostaglandin pada ginjal menyebabkan retensi air dan natrium.
 - (4). Pembatasan cairan (kurang lebih 1200-1500cc/hari)
 - (5). Olahraga secara teratur
- b) CHF akut :
- (1). Oksigenasi (ventilasi mekanik)
 - (2). Pembatasan cairan (< 1,5 liter/hari)
 - (3). Pengaturan posisi semi-fowler (45°)

Tujuan dari tindakan memberikan posisi tidur adalah untuk meningkatkan pasokan oksigen dan meningkatkan ekspansi paru yang maksimal, serta untuk mengatasi kerusakan pertukaran gas yang berhubungan dengan perubahan membran kapiler alveolus. (Pratiwi, 2016).

9. Komplikasi

a. Komplikasi dari CHF meliputi :

1) Syok kardiogenik

Syok kardiogenik disebabkan oleh serangan jantung yang parah. Serangan jantung terjadi saat pasokan darah yang kaya oksigen ke otot jantung berkurang yang berdampak pada rusaknya jantung. Kerusakan ini bisa membuat fungsi pemompaan jantung mendadak lemah sehingga

menyebabkan syok kardiogenik.

2) Efusi dan tamponade pericardium

Edema paru terjadi dengan cara yang sama seperti edema yang muncul dibagian tubuh mana saja, termasuk faktor apapun yang menyebabkan cairan interstitial paru-paru meningkat dari batas negative menjadi batas positif.

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

a. Pengkajian Primer :

1) B1 (Breathing)

Pengkajian yang didapatkan dengan adanya tanda kongesti vascular pulmonal adalah dyspnea, ortopnea, batuk, dan edema pulmonal akut. Cracles atau ronchi basah halus secara umum terdengar pada dasar posterior paru. Hal ini dikendali sebagai bukti gagal ventrikel kiri. Sebelum cracles dianggap sebagai kegagalan pompa, klien harus diinstruksikan untuk batuk guna membuka alveoli basialis yang mungkin dikompresi dibawah diafragma.

2) B2 (Blood)

a) Inspeksi

Pasien dapat mengeluh lemah, mudah lelah, dan apatis. gejala ini merupakan tanda dari penurunan curah jantung. Selain itu sulit berkonsentrasi, defisit memor, dan penurunan toleransi latihan tanda dari penurunan curah jantung. Pada inspeksi juga ditemukan distensi vena jugularis akibat kegagalan ventrikel kanan dalam memompa darah dan tanda yang terakhir adalah edema tungkai dan terlihat pitting edema.

- b) **Palpasi**

Adanya perubahan nadi, dapat terjadi takikardi yang mencerminkan respon terhadap perangsangan saraf simpatis. Penurunan yang bermakna dari curah sekuncup dan adanya vasokonstriksi perifer menyebabkan bradikardi. Hipertensi sistolik dapat ditemukan pada gagal jantung yang lebih berat. Selain itu pada gagal jantung kiri dapat timbul pulsus alternans (perubahan kekuatan denyut arteri).
 - c) **Auskultasi**

Tekanan darah biasanya menurun akibat penurunan isi sekuncup. Tanda fisik yang berkaitan dengan gagal jantung kiri adalah adanya bunyi jantung ke 3 dan ke empat (S3,S4) serta crackles pada paru-paru.
 - d) **Perkusi**

Batas jantung ada pergeseran yang menandakan adanya hipertropi jantung atau kardiomegali.
- 3) **B3 (Brain)**

Kesadaran composmentis, didapatkan soanosis perifer apabila gangguan perfusi jaringan berat, wajah meringis, menangis, merintih, dan meregang.
 - 4) **B4 (Bladder)**

Adanya oliguria yang merupakan tanda syok kardiogenik dan adanya edema ekstremitas merupakan tanda adanya retensi cairan yang parah.
 - 5) **B5 (Bowel)**

Pasien biasanya mual dan mutah, anoreksia akibat pembesaran vena dan statis vena di dalam rongga abdomen, serta penurunan berat badan. Selain itu dapat terjadi hepatomegaly akibat pembesaran vena

di hepar dan pada akhirnya menyebabkan asites.

6) B6 (Bone)

Pada pengkajian B6 di dapatkan kulit dingin dan mudah lelah.

b. Pengkajian Sekunder :

1) Keluhan

- a) Dada terasa berat
- b) Palpitasi atau berdebar-debar
- c) Sesak napas saat beraktivitas, batuk
- d) Tidak nafsu makan, mual, muntah
- e) Letargi (kelelahan), fatigue (kelelahan)
- f) Insomnia
- g) Jumlah urine menurun
- h) Kaki bengkak dan berat badan bertambah
- i) Serangan timbul mendadak / sering kambuh

2) Riwayat penyakit : hipertensi renal, angina, infark miokard kronis, dan diabetes mellitus

3) Riwayat diet : gula, garam, lemak, kafein, cairan, alcohol

4) Riwayat pengobatan : toleransi obat, obat-obat penekan fungsi jantung, steroid, alergi terhadap obat tertentu.

5) Pola eliminasi urine : oliguria, nocturia

2. Diagnosis Keperawatan

a. Penurunan curah jantung b/d kontraktilitas d/d bradikardia/takikardia, ortopnea, bunyi jantung S3
(D.0008)

b. Gangguan pertukaran gas b/d perubahan membrane alveolus-kapiler d/d Dispnea, Sianosis **(D.0003)**

c. Pola napas tidak efektif b/d hambatan upaya napas d/d Dispnea, ortopnea, penggunaan otot bantu pernapasan
(D.0005)

- d. Perfusi perifer tidak efektif b/d penurunan aliran arteri dan/atau vena d/d Warna kulit pucat, pengisian kapiler >3 detik **(D.0009)**
 - e. Intoleransi aktivitas b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen d/d merasa lemah, dyspnea saat/setelah beraktivitas, mengeluh lelah **(D.0056)**
 - f. Nyeri akut b/d agen pencedera fisiologis d/d mengeluh nyeri, tampak meringis **(D.0077)**
 - g. Hipervolemia b/d gangguan aliran balik vena d/d edema anasarka dan/atau edema perifer, oliguria **(D.0022)**
- (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018)

3. Luaran dan Perencanaan Keperawatan

SDKI	SLKI	SIKI	RASIONAL
<p>Penurunan curah jantung b/d kontraktilitas d/d bradikardia/takikardia, ortopnea, bunyi jantung S3 (D.0008)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x... jam diharapkan curah jantung meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bradikardia menurun (Rentang Normal 60-100x/menit) • Takikardia menurun (Rentang Normal 60-100x/menit) • Suara Jantung S3 menurun (Normal : Suara Tunggal) 	<p>Perawatan Jantung (I.02075)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dyspnea, kelelahan, edema, ortopnea, paroxysmal nocturnal dyspnea, peningkatan CVP) • Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunah curah jantung (meliputi peningkatan berat badan, hepatomegaly, distensi vena jugularis, palpitasi, ronkhi basah, oliguria, batuk, kulit pucat) • Monitor tekanan darah (termasuk tekanan ortostatik, jika perlu) • Monitor intake dan output cairan 	<p>Perawatan Jantung</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dyspnea dapat mengindikasikan terbentuknya cairan diparu dan dasar kapiler paru (seperti pada gagal jantung) • Untuk mendeteksi salis vena dan penurunan curah jantung • Untuk mendeteksi perubahan tekanan darah • Tanda nyeri dada

	(L.02008)	<ul style="list-style-type: none"> • Monitor berat badan setiap hari pada waktu yang sama • Monitor saturasi oksigen • Monitor keluhan nyeri dada (mis. Intensitas, lokasi, radiasi, durasi, presivitas yang mengurangi nyeri) • Monitor EKG 12 sadapan • Monitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi jantung) • Monitor nilai laboratorium jantung (mis. Elektrolit, enzim jantung, BNP, NTpro-BNP) • Monitor fungsi alat pacu jantung • Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas • Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum pemberian 	<p>dapat mengidentifikasi hipoksia atau cedera miokardial</p> <ul style="list-style-type: none"> • Untuk mengetahui kelainan yang terjadi pada sistem kelistrikan jantung • Untuk mengetahui adanya kelainan irama dan frekuensi jantung • Untuk meningkatkan dorongan pada diafragma sehingga meningkatkan ekspansi dada dan ventilasi paru
--	-----------	--	---

		<p>obat (mis. <i>Beta bloker, ACE inhibitor, calcium channel blocker, digoxin</i>)</p> <p>Teraupetik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posisikan pasien semi-fowler dengan kaki kebawah atau posisi nyaman • Berikan diet jantung yang sesuai (mis. Batasi asupan kafein, natrium, kolesterol, dan makanan tinggi lemak) • Gunakan stocking elastis atau pneumatic intermitten, <i>sesuai indikasi</i> • Fasilitasi pasien dan keluarga untuk memodifikasi gaya hidup sehat • Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress, <i>jika perlu</i> 	<p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Untuk meningkatkan kenyamanan dan menghindari takikardia serta respons simpatis lainnya • Mengurangi faktor-faktor yang dapat menyebabkan kerusakan jantung • Untuk meningkatkan suplai oksigen ke miokardium • Untuk menurunkan ansietas dan menghindari komplikasi cardiac
--	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> • Berikan dukungan emosional dan spiritual • Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94% <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi • Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap • Anjurkan berhenti merokok • Anjurkan pasien dan keluarga mengukur berat badan harian • Anjurkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan harian 	<p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • untuk menghindari kelelahan dan peningkatan beban kerja miokardium • agar jantung dapat melakukan penyesuaian terhadap peningkatan kebutuhan oksigen <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • untuk mengurangi atau menghentikan aritmia
--	--	---	---

		<p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu • Rujuk ke program rehabilitasi 	
<p>Gangguan pertukaran gas b/d perubahan membrane alveolus-kapiler d/d Dispnea, Sianosis (D.0003)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x... jam maka Pertukaran gas meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dispnea menurun (Rentang Normal 16-24x/menit) • Sianosis membaik (L.01003) 	<p>Terapi oksigen (I.01026)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor kecepatan aliran oksigen • Monitor efektivitas terapi oksigen (mis. Oksimetri, analisa gas darah), <i>jika perlu</i> <p>Teraupetik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pertahankan kepatenan jalan napas • Siapkan dan atur peralatan pemberian oksigen • Berikan oksigen tambahan, <i>jika perlu</i> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajarkan pasien dan keluarga cara 	<p>Terapi oksigen</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Untuk pemenuhan oksigenasi pasien • untuk memantau status oksigenasi dan ventilasi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • agar pasien mendapatkan oksigen dengan baik • agar mempermudah memberikan oksigen

		<p>menggunakan oksigen dirumah</p> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none">• Kolaborasi penentuan dosis oksigen• Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas dan/atau tidur	<p>pada pasien</p> <ul style="list-style-type: none">• agar dapat memenuhi oksigen dalam tubuh pasien <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none">• agar keluarga dapat memberikan oksigen secara mandiri dirumah ketika pasien pulang <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none">• untuk memberikan oksigen sesuai kebutuhan pasien• agar pasien tidak sesak saat beraktivitas atau pada saat pasien
--	--	--	--

			tidur
Pola napas tidak efektif b/d hambatan upaya napas d/d Dispnea, ortopnea, penggunaan otot bantu pernapasan (D.0005)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x... jam maka Pola napas meningkat dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> • Dispnea menurun (Rentang normal 16-24x/menit) • Ortopnea menurun • Penggunaan otot bantu napas menurun (L.01004)	Manajemen jalan napas (I.01011) Observasi <ul style="list-style-type: none"> • Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) • Monitor bunyi napas tambahan Teraupetik <ul style="list-style-type: none"> • Posisikan semi-fowler atau fowler • Berikan oksigen, <i>jika perlu</i> Edukasi <ul style="list-style-type: none"> • Ajarkan tehnik batuk efektif Kolaborasi <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu 	Manajemen jalan nafas Observasi <ul style="list-style-type: none"> • Untuk mengetahui sejauh mana kebutuhan oksigen pada pasien • Untuk mengetahui adakan kelainan pada jantung pasien Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> • Agar mempermudah pasien untuk mendapatkan oksigen Edukasi <ul style="list-style-type: none"> • Agar pasien dapat melakukan batuk efektif

			<p>agar dapat mengeluarkan secret</p> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agar dapat mengencerkan secret pasien
<p>Perfusi perifer tidak efektif b/d penurunan aliran arteri dan/atau vena d/d Warna kulit pucat, pengisian kapiler >3 detik (D.0009)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ..x... jam maka Perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Warna kulit pucat menurun • Pengisian kapiler membaik (Normal : CRT < 3 detik) (L.02011) 	<p>Perawatan sirkulasi (I.02079)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, <i>anckle-brachial index</i>) • Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis.diabetes, perokok, orang tua, hipertensi dan kadar kolesterol tinggi) <p>Teraupetik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hindari pemasangan infus atau 	<p>Perawatan sirkulasi</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agar dapat mengetahui sirkulasi darah dalam tubuh pasien • Agar dapat mengetahui penyebab gangguan sirkulasi dalam tubuh pasien

		<p>pengambilan darah di area keterbatasan perfusi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi • Lakukan pencegahan infeksi • Lakukan hidrasi <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan berhenti merokok • Anjurkan berolahraga rutin • Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolesterol, <i>jika perlu</i> 	<p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agar dapat mempermudah saat pengambilan darah • Agar mendapatkan hasil yang maksimal • Untuk mencegah terjadinya infeksi • Untuk mengetahui sirkulasi darah dalam tubuh pasien <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Untuk tidak memperburuk kondisi pasien • Agar membantu pasien dalam proses
--	--	--	--

			penyebuan <ul style="list-style-type: none"> • Untuk menambah pengetahuan pasien tentang penggunaan obat
Intoleransi aktivitas b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen d/d merasa lemah, dyspnea saat/setelah beraktivitas, mengeluh lelah (D.0056)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...X... jam maka Toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> • Keluhan lelah menurun • Perasaan lemah menurun • Dyspnea saat aktivitas menurun • Dyspnea setelah aktivitas menurun (L.05047) 	Manajemen energi (I.05178) Observasi <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan • Monitor kelelahan fisik dan emosional • Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Teraupetik <ul style="list-style-type: none"> • Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, kunjungan) 	Manajemen energi Observasi <ul style="list-style-type: none"> • Untuk mengetahui penyebab kelelahan • Untuk mengetahui adanya kelelahan fisik dan emosional saat saat dan setelah melakukan aktivitas Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> • Agar pasien dapat beristirahat dengan

		<p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan tirah baring • Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap • Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang • Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan 	<p>nyaman</p> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agar dapat menurunkan metabolisme selular dan kebutuhan oksigen • Agar jantung dapat melakukan penyesuaian terhadap peningkatan kebutuhan oksigen • Agar pasien tidak mudah stress dengan penyakitnya <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agar kebutuhan nutrisi pasien terpenuhi
--	--	---	--

<p>Nyeri akut b/d agen pencedera fisiologis d/d mengeluh nyeri, tampak meringis (D.0077)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x... jam maka Tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluhan nyeri menurun • Meringis menurun (L.08066) 	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri • Identifikasi skala nyeri • Identifikasi respons nyeri non verbal • Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri <p>Teraupetik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berikan tehnik nonfarmakologis untuk mngurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, <i>biofeedback</i>, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi 	<p>Manajemen nyeri</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pengkajian berkelanjutan membantu meyakinkan bahwa penanganan dapat memenuhi kebutuhan pasien dalam mengurangi nyeri <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Untuk mengurangi ketergantungan terhadap analgetik • Memberikan pasien istirahat yang cukup dapat meningkatkan
---	---	--	---

		<p>terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fasilitasi istirahat dan tidur <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan strategi meredakan nyeri • Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i> 	<p>kesehatan, kesejahteraan, dan meningkatkan tingkat energy yang penting untuk pengurangan nyeri</p> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Untuk melatih pemahaman dan kemandirian pasien dalam mengurangi rasa nyeri • Agar meningkatkan pemahaman pasien tentang cara pemakaian obat <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Untuk mengurangi
--	--	--	--

			nyeri
Hipervolemia b/d gangguan aliran balik vena d/d edema anasarka dan/atau edema perifer, oliguria (D.0022)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x... jam, maka Keseimbangan cairan meningkat , dengan kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> • Edema menurun • Keluaran urin meningkat (L.05020)	Manajemen Hipervolemia (I.03114) Observasi <ul style="list-style-type: none"> • Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis. Ortopnea, dyspnea, edema, JVP/CVP meningkat, reflex hepatojugular positif, suara napas tambahan) • Identifikasi penyebab hipervolemia • Monitor intake dan output cairan Teraupetik <ul style="list-style-type: none"> • Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama • Batasi asupan cairan dan garam • Tinggikan kepala tempat tidur 30-40° Edukasi <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan melapor jika haluaran urin 	Manajemen hipervolemia Observasi <ul style="list-style-type: none"> • Mendeteksi adanya kelebihan volume cairan • Mengatasi penyebab kelebihan volume cairan • Memantau adanya kelebihan atau kekurangan cairan dalam tubuh Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> • Untuk mengetahui volume cairan dalam

		<p><0,5 ml/kg/jam dalam 6 jam</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan melapor jika BB bertambah >1 kg dalam sehari • Ajarkan cara membatasi cairan <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian diuretik 	<p>tubuh</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kelebihan cairan dan garam dapat memperburuk kondisi pasien • Untuk keamanan pasien dalam pemenuhan oksigenasi <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asupan yang melebihi haluaran dan peningkatan berat berat jenis urin dapat mengidentifikasi retensi atau kelebihan berat cairan • Membuat pasien dan keluarga berpartisipasi
--	--	---	--

			<p>aktif dalam asuhan keperawatan</p> <ul style="list-style-type: none">• Meningkatkan pemahaman dan pengetahuan terkait kondisi pasien <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none">• Untuk mengeluarkan cairan yang melebihi dalam tubuh pasien
--	--	--	---

Tabel 2.1

(Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018; Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018)

4. Perencanaan Pulang (Discharge Planning)

- a. Berhenti merokok
- b. Berikan instruksi spesifik tentang obat dan efek sampingnya
- c. Belajar untuk rileks dan mengendalikan stress
- d. Batasi konsumsi alcohol
- e. Anjurkan pada klien menghentikan aktivitas selama ada serangan dan istirahat
- f. Jika mengalami obesitas turunkan berat badan hingga kisaran normal
- g. Menjalani diet sesuai dengan anjuran dokter
- h. Olahraga secara teratur.

(Pratiwi, 2016)

BAB III

PENGAMATAN KASUS

A. Ilustrasi Kasus

Pasien dengan inisial Ny,M umur 87 Tahun, jenis kelamin perempuan, seorang ibu rumah tangga, agama katolik, alamat JL.Kerung-Kerung Lr.12 No.10 dengan diagnosis CHF (*Congestive Heart Failure*). Pasien masuk IGD Rumah Sakit Stella Maris Makassar di antar keluarganya pada tanggal 07 juni 2022 dengan keluhan pasien tidak memiliki nafsu makan, lemas dan merasa lelah, sehingga dokter memutuskan untuk pasien dirawat inap, setelah pasien selesai diberikan tindakan di IGD, pasien dipindahkan ke ruangan perawatan pada tanggal 07 juni 2022. Pada tanggal 11 juni 2022 pasien mengalami sesak disertai nyeri dada dan penurunan SpO₂ 85% sehingga dokter memutuskan untuk memindahkan pasien ke ruangan ICU untuk dilakukan perawatan dan pamantauan lebih lanjut karena pasien memiliki riwayat hipertensi, penyakit jantung, dan riwayat DM. Pengkajian dilakukan pada tanggal 11 juni 2022, pemeriksaan fisik didapatkan hasil : tampak kesadaran compos mentis, GCS : 15, TD: 140/100 mmHg, N: 70 x/menit, S: 36°C, P: 30 x/menit, SpO₂: 88%. Tampak terpasang IVFD dengan cairan dextrose 0,5 8 tpm, tampak terpasang 02 dengan NRM 15 Ltr/menit. Pemeriksaan *Echokardiography*: LVEF : 38 %, EKG : Sinus aritmia, foto thorax : kesan : Cardiomegaly, elongasi dan dilatasi aorta, atherosclerosis aorta.

B. Pengkajian Primer

Breathing (B1)	Pergerakan dada	<ul style="list-style-type: none">• Simetris antara dada kiri dan kanan
	Pemakaian otot bantu pernapasan	<ul style="list-style-type: none">• Tidak ada

	Palpasi	<ul style="list-style-type: none"> Vocal premitus : kiri dan kanan (tidak dikaji)
	Perkusi	<ul style="list-style-type: none"> Redup , Terdengar redup pada kedua lapang paru
	Suara napas	<ul style="list-style-type: none"> Vesikuler pada kedua lapang paru
	Batuk	Tampak pasien tidak batuk
	Sputum	Tampak pasien tidak ada sputum
	Alat bantu pernapasan	<ul style="list-style-type: none"> Ada, jenis: NRM 15 ltr/menit
	Lain-lain	<ul style="list-style-type: none"> Tampak pasien sesak napas Pernapasan 30x/menit SpO₂ 88 % Tampak pasien terpasang oksigen dengan nonrebreathing mask (NRM) Tampak pasien dyspnea
Blood (B2)	Suara jantung	<p style="text-align: center;">S1 S2 S3 S4</p> <ul style="list-style-type: none"> Tunggal Suara jantung tunggal S1 dan S2 terdengar pada ICS 5 linea midclavikularis sinistra (apeks jantung) Suara jantung S3 gallop dan S4 terdengar di ICS 3 linea midsternalis sinistra dan pada pada ICS 5 linea midclavikularis sinistra (apex jantung), suara S3 dan S4 pada posisi pasien lateral decubitus. S4 terdengar pada akhir dari diastolik hingga awalan sistolik dan S3 terdengar pada akhir sistolik hingga awal diastolik.
	Irama jantung	<ul style="list-style-type: none"> Irregular
	CRT	<ul style="list-style-type: none"> ≥ 3 detik (4 detik)
	JVP	<ul style="list-style-type: none"> meningkat (5+3 CmH₂O)

	CPV	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak ada
	Edema	<ul style="list-style-type: none"> • Ada <p>Lokasi : Palpebra</p>
	EKG	Sinus Aritmia
	Lain-lain	<ul style="list-style-type: none"> • Tanda-tanda Vital: <p>TD : 140/100 mmHg N : 70 ^x/_m P : 30 ^x/_m S : 36 °c SPO₂ : 88 % MAP: 113,3 mmHg</p>
Brain (B3)	Tingkat kesadaran	<ul style="list-style-type: none"> • Kualitatif : Compos Mentis • Kuantitatif (GCS) <p>M : 6 V : 5 E : 4 jumlah : 15</p>
	Reaksi pupil	<ul style="list-style-type: none"> • Ada, diameter 3 mm
	<ul style="list-style-type: none"> • Kanan • Kiri 	<ul style="list-style-type: none"> • Ada, diameter 3 mm
	Refleks fisiologis	<ul style="list-style-type: none"> • Ada • Ekstremitas atas dextra/sinistra: Biceps dextra (positif) Biceps sinistra (positif) Trisep dextra (positif) Trisep sinistra (positif) • ktremitas bawah dextra/sinistra Patella dextra (positif) Patella sinistra (positif)
	Refleks patologis	<ul style="list-style-type: none"> • Ada <p>Babinski dextra (negatif) Babinski sinistra (negatif)</p>

	Meningeal sign	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak ada
	Lain-lain	<ul style="list-style-type: none"> • Tampak pasien dalam kesadaran penuh, • Tampak pasien memberi respon terhadap apa yang di katakan perawat hanya terbata-bata karena sesak yang di rasakan.
Bladder (B4)	Urin	<ul style="list-style-type: none"> • Jumlah : 330 cc / 8 jam • Warna : kuning Pekat
	Kateter	<ul style="list-style-type: none"> • Ada • Jenis : folley kateter
	Kesulitan BAK	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak ada
	Lain-lain	<ul style="list-style-type: none"> • Tampak pasien terpasang kateter
Bowel (B5)	Mukosa bibir	<ul style="list-style-type: none"> • Lembab
	Lidah	<ul style="list-style-type: none"> • Kotor (tampak lidah pasien kotor berwarna putih)
	Keadaan gigi	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak utuh
	Nyeri tekan	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak ada
	Abdomen	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak ada
	Peristaltik usus	<ul style="list-style-type: none"> • Normal , Nilai : $10 \frac{x}{\text{menit}}$
	Mual	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak (tampak pasien tidak mual)
	Muntah	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak (tampak pasien tidak muntah)
	Hematemesis	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak (tampak tidak ada hematemesis)
	Melena	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak (tampak pasien tidak melena)
	Terpasang NGT	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak , (tampak pasien tidak terpasang NGT)
	Terpasang colostomy bag	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak (tampak pasien tidak terpasang colostomy bag)
	Diare	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak (tampak pasien tidak diare)
	Konstipasi	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak (tampak pasien tidak konstipasi)
	Asites	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak (tampak pasien tidak asites)
	Lain-lain	<ul style="list-style-type: none"> • Tampak pasien terpasang infus dengan

		cairan Nacl									
Bone (B6)	Turgor kulit	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak elastis (tampak turgor kulit menurun) 									
	Perdarahan kulit	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak (tampak tidak ada perdarahan kulit) 									
	Ikterus	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak (tampak tidak ada ikterus) 									
	Akral	<ul style="list-style-type: none"> • Dingin (teraba akral pasien dingin dan tampak pasien pucat) • Pucat 									
	Pergerakan sendi	<ul style="list-style-type: none"> • Bebas • Skala : Uji kekuatan otot <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Kanan</td> <td style="text-align: center;">Kiri</td> </tr> <tr> <td>Tangan</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td>Kaki</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </table>		Kanan	Kiri	Tangan	5	5	Kaki	5	5
		Kanan	Kiri								
	Tangan	5	5								
	Kaki	5	5								
	Fraktur	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak (tampak tidak ada fraktur pasien) 									
Luka	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak (tampak tidak ada luka) 										
Lain-lain											

Tabel 3.1

C. Diagnosis Keperawatan (berdasarkan data yang diperoleh saat pengkajian primer)

B1 (Breathing) : Tidak ada masalah keperawatan

B2 (Blood) : **Penurunan Curah jantung**

B3 (Brain) : Tidak ada masalah keperawatan

B4 (Bladder) : Tidak ada masalah keperawatan

B5 (Bowel) : Tidak ada masalah keperawatan

B6 (Bone) : Tidak ada masalah keperawatan

D. Tindakan Keperawatan Yang Dilakukan (Berdasarkan diagnosis)

B2 (Blood) : Penurunan Curah Jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas

1. Melakukan identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, *paroxysmal nocturnal dyspnea*, peningkatan CVP)
2. Melakukan identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi peningkatan berat badan, hepatomegali, distensi vena jugularsi, palpitasi, ronkhi basah, oliguria, batuk, kulit pucat)
3. Melakukan monitor tekanan darah
4. Melakukan monitor saturasi oksigen
5. Melakukan monitor keluhan nyeri dada (mis, intensitas, lokasi, radiasi, durasi, presivitasi yang mengurangi nyeri)
6. Melakukan monitor intake dan output cairan
7. Melakukan monitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi)
8. Melakukan pemberian posisi Semi-Fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman.
9. Melakukan pemberian oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%
10. Melakukan pemeriksaan fisik pada pasien
11. Melakukan kolaborasi pemeriksaan *Echocardiography*
12. Melakukan Kolaborasi pemberian obat anti aritmia ,
memberikan obat KSR

E. Evaluasi Hasil Tindakan (Kondisi Yang Didapatkan Setelah Tindakan Yang Dilakukan Untuk Mengatasi Masalah Keperawatan

NO	EVALUASI	PERAWAT
1	<p>Penurunan curah jantung tmbhkan berhubungan dengan perubahan kontraktilitas</p> <p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan merasa sesak • Pasien mengatakan merasa tidak nyaman dalam posisi berbaring • Pasien mengatakan sering terbangun pada malam hari karena sesak dirasakan. <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tampak pasien sesak • Tampak pasien pucat • Tampak lemas dan lelah • Tampak ada udem palpebra pada pasien • Tampak pasien dalam posisi fowler • Tampak pasien pucat • Saturasi oksigen 88% • Ejection Fraction : 38 % • Gambaran ekg aritmia • Terdengar suara jantung S3 gallop • JVP meningkat (5+3 CmH₂O) • TTV : TD : 140/100 mmhg N : 70 x/menit P : 30x/menit • Cairan masuk – cairan keluar 210-330 = -120 / 8 jam <p>Analisa :</p>	Meylio & Markus

	<p>Masalah penurunan curah jantung belum teratasi</p> <p>Planing : Lanjutkan intervensi Perawatan jantung</p> <p>Tindakan :</p> <p><i>Observasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, paroxysmal nocturnal dyspnea, peningkatan CVP) 2. Melakukan identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung(meliputi peningkatan berat badan, hepatomegali, distensi vena jugularsi, palpitasi, ronkhi basah, oliguria, batuk, kulit pucat) 3. Melakukan monitor tekanan darah 4. Melakukan monitor saturasi oksigen 5. Melakukan monitor keluhan nyeri dada (mis,intensitas, lokasi, radiasi, durasi, presivitasi yang mengurangi nyeri) 6. Melakukan monitor intake dan output cairan 7. Melakukan monitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi) <p><i>Terapeutik:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Posisikan pasien semi-fowler dengan kaki kebawah atau posisi nyaman 2. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94% <p><i>Edukasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi <p><i>Kolaborasi:</i></p>	
--	--	--

	1. Kolaborasi pemberian antiaritmia, <i>jika perlu</i>	
--	--	--

F. Pengkajian Sekunder (Pengkajian riwayat keperawatan dan Head To Toe)

1. Pola Persepsi Kesehatan dan Pemeliharaan Kesehatan

a. Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan kesehatan itu penting karena jika sehat pasien bisa melakukan aktivitasnya sehari-hari, pasien juga mengatakan bahwa sudah mengetahui memiliki riwayat hipertensi sejak \pm 30-40 Tahun yang lalu dan juga memiliki riwayat penyakit DM. Namun keluarga pasien mengatakan bahwa dimana riwayat penyakit DM pasien ini disebabkan karena pasien konsumsi obat methylprednisolone yang tanpa resep dokter sehingga mengakibatkan kadar glukosa pasien tidak stabil. pasien mengatakan rutin juga mengkonsumsi obat penurun tekanan darah yaitu amlodipin 5 mg, dan ketika obat tersebut habis pasien hanya membeli obat tersebut di apotik dan jarang memeriksa kesehatannya ke fasilitas kesehatan, keluarga pasien juga mengatakan pasien memiliki riwayat lama mengkonsumsi obat dexamethasone dan methylprednisolone tanpa resep dari dokter yang rutin juga diminum ketika pasien merasa tidak sehat tubuhnya.

b. Riwayat penyakit saat ini

1) Keluhan utama : Sesak

2) Riwayat keluhan utama

Keluarga pasien mengatakan, sebelum pasien masuk RS pasien mengeluh tidak memiliki nafsu makan, lemas, dan merasa lelah, sehingga keluarga memutuskan untuk mengantar pasien ke IGD rumah sakit Stella Maris Makassar tanggal 07 juni 2022. Saat di rumah sakit, dokter menyarankan untuk pasien dirawat inap, setelah diberikan tindakan di IGD pasien kemudian dipindahkan ke ruangan perawatan pada tanggal 07 juni 2022, dan pada tanggal 11 juni 2022 sesuai instruksi dari dokter pasien di pindahkan ke ruangan ICU karena pasien sesak disertai nyeri dada dan SpO2 pasien turun ke 85%. Pengkajian dilakukan Pada tanggal 11 Juni 2022 di ruang ICCU, pemeriksaan fisik didapatkan hasil: tampak kesadaran compos mentis, GCS : 15, TD: 140/100 mmHg, N: 70 x/menit, S: 36°C, P: 30 x/menit, SpO2: 88%. Tampak terpasang IVFD dengan cairan dexstrose 10 tpm, tampak terpasang O2 dengan NRM 15 Ltr/menit.

3) Riwayat kesehatan yang pernah dialami

Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi, diabetes mellitus (DM) dan penyakit jantung

4) Riwayat kesehatan keluarga

Keluarga pasien mengatakan memang di keluarga pasien ada riwayat penyakit keturunan yaitu Hipertensi

5) Pemeriksaan fisik

- a) Kebersihan rambut :
tampak rambut pasien bersih
- b) Kulit kepala : tampak kulit kepala bersih
- c) Kebersihan kulit : tampak kulit bersih
- d) Hygiene rongga mulut : tampak rongga mulut kotor
- e) Kebersihan genitalia : tampak genitalia kotor dan terdapat keputihan
- f) Kebersihan anus : tampak anus bersih

2. Pola Nutrisi dan Metabolik

a. Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan, pasien memiliki nafsu makan baik, makan dengan teratur 3 kali sehari dengan porsi nasi, ikan, sayur dan kadang makan buah, serta air putih \pm 8 gelas sehari, keluarga juga mengatakan pasien suka makan coto, dan tidak menghiraukan jika diberi tahu tentang kesehatannya.

b. Keadaan sejak sakit

Sejak sakit pasien mengkonsumsi makanan rendah garam dari rumah sakit dengan porsi bubur, ikan dan sayur namun pasien tidak selalu menghabiskan makanan yang di berikan dari rumah sakit. Dan untuk minum pasien dibatasi minum, tidak boleh banyak minum \pm 1200 cc dalam sehari. Pasien di berikan terapi infus dengan tetesan 8 tpm sehingga 1 botol infus 500cc akan habis dalam 20 jam, 1200 cc dikurangi cairan infus 500cc maka pasien hanya dapat mengkonsumsi cairan sebanyak 700 cc/24 jam.

c. Observasi

Tampak pasien hanya makan makanan dari rumah sakit dan tampak pasien makan di bantu oleh keluarga, Tampak pasien tidak menghabiskan porsi makan yang di berikan dari rumah sakit, Tampak ada makanan sisa $\frac{1}{2}$ dari menu yang diberikan oleh rumah sakit di tempat makan pasien

- 1) Keadaan rambut : tampak rambut pasien bersih dan beruban
- 2) Hidrasi kulit : tampak kulit tidak elastis, turgor kulit menurun
- 3) Palpebra/conjungtiva : tampak edema/tidak tampak anemis
- 4) Sclera : tampak sclera tidak ikterik
- 5) Hidung : tampak septum di tengah dan bersih
- 6) Rongga mulut : tampak rongga mulut kotor
- 7) Gigi : tampak gigi bersih dan ada gigi yang sudah tanggal, tampak tidak ada gigi palsu
- 8) Kemampuan mengunyah : pasien mampu mengunyah.
- 9) Lidah : tampak lidah kotor
- 10) Pharing : tampak tidak ada peradangan
- 11) Kelenjar getah bening : teraba tidak ada pembesaran dan benjolan
- 12) Kelenjar parotis : teraba tidak ada pembesaran
- 13) Abdomen
 - a) Inspeksi : tampak tidak ada ascites
 - b) Auskultasi: terdengar peristaltic usus 10 x/menit
 - c) Palpasi : tidak ada nyeri tekan
 - d) Perkusi : terdengar tympani

14) Kulit

- a) Edema : tidak ada
- b) Icteric : tidak ada
- c) Tanda-tanda radang : tidak ada

3. Pola Eliminasi

a. Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien biasanya BAB 1 kali dalam 1 hari atau 2 hari dengan konsistensi padat berwarna kuning kecoklatan, keluarga pasien mengatakan sebelum sakit BAK pasien lancar \pm 4 kali sehari.

b. Keadaan sejak sakit

Sejak sakit pasien BAB di popok \pm 1 kali/hari namun hanya sedikit dan kalo BAK pasien menggunakan kateter.

c. Observasi

Tampak pasien menggunakan kateter dan popok

Pemeriksaan fisik

- 1) Peristaltic usus : 10 kali/menit
- 2) Palpasi kandung kemih : tidak teraba adanya distensi kandung kemih
- 3) Nyeri ketuk ginjal : tidak ada nyeri ketuk ginjal
- 4) Mulut uretra : tampak mulut uretet bersih
- 5) Anus
 - a) Peradangan : tampak tidak ada peradangan
 - b) Hemoroid : tampak tidak ada hemoroid
 - c) Fistula : tampak tidak ada fistula

4. Pola Aktivitas dan Latihan

a. Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien hanya di rumah dan tidak melakukan aktivitas di luar rumah, pasien di rumah hanya melakukan aktivitas atau kegiatan-

kegiatan yang ringan seperti, makan, mandi, membaca alkitab dll.

b. Keadaan sejak sakit

Sejak sakit pasien hanya terbaring lemah diatas tempat tidur dan semua aktivitas pasien di bantu oleh keluarga. Pasien mengatakan merasa sesak dan mudah lelah jika melakukan aktivitas yang sedang seperti menaiki beberapa anak tangga dan keluhan akan hilang ketika pasien beristirahat (nyha 2)

c. Observasi

Tampak pasien hanya terbaring lemah diatas tempat tidur dan aktivitasnya dibantu oleh keluarga dan perawat.

Tampak pasien masuk dalam kategori nyha 2.

1) Aktivitas harian

- a) Makan : 2
- b) Mandi : 2
- c) Pakaian : 2
- d) Kerapihan : 2
- e) BAB : 2
- f) BAK : 3
- g) Mobilisasi ditempat tidur : 2

Keterangan:

0 : Mandiri

1 : bantuan dengan alat

2 : bantuan orang

3 : bantuan alat dan orang

4 : bantuan penuh

- 2) Postur tubuh : tidak dikaji karena pasien terbaring
- 3) Gaya jalan : tidak di kaji karena pasien terbaring
- 4) Anggota gerak yang cacat : tidak ada
- 5) Gaya jalan : tidak dikaji karena pasien terbaring

- 6) Fiksasi : tampak tidak ada fiksasi
 - 7) Tracheostomy : tampak tidak ada tracheostomi
- d. Pemeriksaan fisik
- 1) Tekanan darah
Berbaring : 140/100 mmHg
kesimpulan: hipotensi ortostatik: negatif
 - 2) HR : 70 x/menit
 - 3) Kulit
Keringat dingin : tidak ada
Basah : tidak ada
 - 4) Jvp: 5+3 cmH₂O (meningkat)
 - 5) Perfusi pembuluh kapiler kuku : >3 detik
 - 6) Thorax dan pernapasan
 - a) Inspeksi :
Bentuk thorax : simetris antara kiri dan kanan
Retraksi intercostal : tidak ada
Sianosis : tampak pasien tidak sianosis
Stridor : tidak terdengar
 - b) Palpasi
Vocal premitus : tidak dikaji
Krepitasi : tidak ada
 - c) Perkusi
Suara perkusi : sonor
Lokasi : thorax
 - d) Auskultasi
Suara napas : vesikuler
Suara ucapan : tidak ada
Suara tambahan : tidak ada
 - 7) Jantung
 - a) Inspeksi
Ictus cordis : tidak tampak adanya ictus cordis

- b) Palpasi
Ictus cordis : getaran dirasakan pada ics 5 medio clavicularis sinistra
- c) Perkusi
Batas atas jantung : ICS 2 linea sternalis sinistra
Batas bawah jantung : ICS 5 linea mid clavicularis sinistra
Batas kanan jantung : ICS 2 linea sternalis dextra
Batas kiri jantung : ICS 6 linea axillaris sinistra (terdapat adanya pelebaran jantung)
- d) Auskultasi
BJ II A : tunggal, ICS 2 linea sternalis dextra
BJ II P : tunggal ICS 3 linea sternalis sinistra
BJ I T : tunggal ICS 4 linea sternalis sinistra
BJ I M : tunggal ICS 5 linea mid clavicularis sinistra
BJ III : Suara jantung s3 gallop terdengar di ICS 3 linea midsternalis sinistra dan pada ICS 5 linea midclavicularis sinistra (apex jantung), suara s3 terdengar pada posisi lateral decubitus. EF = 38 %
BJ IV : Suara s4 terdengar di ICS 3 linea midsternalis sinistra dan pada ICS 5 linea midclavicularis sinistra (apex jantung), suara s4 pada posisi pasien lateral decubitus.
Mur-mur : tidak ada
Bruit : Aorta : tidak terdengar
A. Renalis : tidak terdengar
A. Femoralis : tidak terdengar

8) Lengan dan tungkai

- a) Atrofi otot : negatif
- b) Rentang gerak : tidak ada
- c) Uji kekuatan otot

Kanan	Kanan	kiri
Tangan	5	5
Kaki	5	5

Keterangan:

Nilai 5 : kekuatan penuh

Nilai 4 : kekuatan kurang dibandingkan sisi yang lain

Nilai 3 : mampu menahan tegak tapi tidak mampu melawan tekanan

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

Nilai 1 : tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan

Nilai 0 : tidak ada kontraksi otot, tidak mampu bergerak

d) Reflex fisiologi :

- Ekstremitas atas dextra/sinistra:
Biceps dextra (+) Biceps sinistra (+)
Trisep dextra (+) Trisep sinistra (+)
- Ekstremitas bawah dextra/sinistra
Patella dextra (+) Patella sinistra (+)

e) Reflex patologi :

Babinski dextra (-) Babinski sinistra (-)

9) Columna vertebralis

- a) Inspeksi : tidak ada kelainan

- b) Palpasi : tidak ada nyeri tekan
 - c) Kaku kuduk : kaku kuduk tidak ada
5. Pola tidur dan istirahat
- a. Keadaan sebelum sakit
Pasien mengatakan sebelum sakit pasien kadang-kadang tidur siang sekita 1 jam dari jam 13.00-14.00. sedangkan tidur malam sekitar 7-8 jam dari jam 20.00-04.00.
 - b. Keadaan sejak sakit
Sejak sakit pasien hanya tertidur di atas tempat tidur, dan pada malam hari pasien terbangun karena sesak yang di rasakan
 - c. Observasi
Ekspresi wajah mengantuk : negatif
Banyak menguap : negatif
Palpebra inferior berwarna gelap : negatif
6. Pola persepsi kognitif
- a. Keadaan sebelum sakit
Keluarga pasien mengatakan pasien tidak menggunakan alat bantu penglihatan ataupun pendengaran dalam melakukan aktivitas.
 - b. Keadaan sejak sakit
Sejak sakit tubuh pasien terlihat lemah dan respon pasien terhadap lingkungan dan orang sekitar terbatas karena pasien hanya terbaring di atas tempat tidur. Keluarga pasien juga mengatakan Pasien sejak sakit tidak menggunakan alat bantu penglihatan dan pendengaran tetapi untuk aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat. Pasien mengatakan pasien tau bawah dia sekarang dirawat di RS.
 - c. Observasi
Tampak pasien tidak menggunakan alat bantu penglihatan

dan pendengaran.

- d. Pemeriksaan fisik
 - 1) Penglihatan
 - Kornea : tampak jernih
 - Pupil : isokor
 - Lensa mata : tampak jernih
 - Tekanan intra okuler : teraba kenyal pada kedua mata
 - 2) Pendengaran
 - Pina : tampak simetris antara kiri dan kanan
 - Kanalis : tampak bersih
 - Membrane timpani : tampak utuh dan memancarkan cahaya
 - 3) Pengenalan rasa pada gerakan lengan dan tungkai : pasien masih dapat merasakan sentuhan pada tangan kiri dan kanan
- 7. Pola persepsi dan konsep diri
 - a. Keadaan sebelum sakit
 - Keluarga pasien mengatakan, pasien tidak pernah mengeluh tentang dirinya
 - b. Keadaan sejak sakit
 - Pasien mengatakan sejak sakit merasa tidak berdaya dan tidak bisa melakukan aktivitas seperti biasanya, sehingga semua aktivitas dibantu oleh perawat dan keluarga
 - c. Observasi
 - 1) Kontak mata : Tampak kontak mata baik
 - 2) Rentang perhatian : Tampak rentang perhatian pasien baik
 - 3) Suara dan bicara : Tampak pasien mampu bicara
 - d. Postur tubuh : Normal
 - e. Pemeriksaan fisik :

- 1) Kelainan bawaan yang nyata : tidak ada
 - 2) Bentuk/postur tubuh : normal
 - 3) Kulit : tampak bersih
8. Pola peran dan hubungan dengan sesama
- a. Keadaan sebelum sakit
Keluarga pasien mengatakan pasien tinggal serumah dengan 2 anaknya, dan 3 cucunya, serta hubungannya dengan mereka baik-baik saja, begitupun dengan tetangga-tetangganya.
 - b. Keadaan sejak sakit
Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien tidak bisa berkumpul bersama keluarga dirumah dan jarang bertemu dengan keluarga lain, dan karena pasien di rawat di ruang ICU sehingga keluarganya tidak dapat menemaninya.
 - c. Observasi
Tampak pasien sesekali di kunjungi dan di temani oleh keluarganya
9. Pola reproduksi dan seksualitas
- a. Keadaan sebelum sakit
Pasien mengatakan pasien tidak mengalami masalah pada organ reproduksi dan pasien sudah menopause
 - b. Keadaan sejak sakit
Pasien mengatakan sejak sakit tidak ada masalah pada organ reproduksi
 - c. Observasi : tampak pasien terpasang kateter
10. Pola mekanisme coping dan toleransi terhadap stress
- a. Keadaan sebelum sakit
Keluarga pasien mengatakan, jika pasien mengalami masalah dia akan menceritakan kepada anaknya mengingat umurnya yang sudah lanjut sehingga ketika ada masalah dia akan menceritkannya agar di selesaikan

bersama keluarganya

b. Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien menerima kondisinya saat ini, dan tidak ada yang berubah dari dirinya.

c. Obervasi

Pasien tampak tenang tapi kadang-kadang gelisah

11. Pola sistem nilai kepercayaan

a. Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan, pasien beragama katolik dan rutin ke gereja setiap hari minggu

b. Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak bisa lagi ke gereja dikarenakan kondisinya saat ini

c. Observasi

Tampak kalung Rosario berada disamping kepala pasien

G. PEMERIKSAAN PENUNJANG

1. Pemeriksaan laboratorium

PARAMETER		NILAI RUJUKAN
RBC	3,39 - [10 ⁶ /U]	(4.00 - 5.50)
HGB	10,4 - [g/dl]	(12.2 - 16.2)
MONO#	0,75 + [10 ³ /ul]	(0.00 – 0.70)

2. Foto thorax PA :

Kesan :

- Cardiomegaly, elongasi dan dilatasi aorta
- Atherosclerosis aorta

3. Ekg : sinus aritmia

4. Echocardiography

LEVF : 38%

H. Terapi yang diberikan

1. Levenox 0,6 ml/ 24 jam/ IV
2. KSR 3x1/ oral
3. Moxifloxacin 400 ml/ 24 jam/ IV
4. Furosemide 20 mg/ 12 jam/ IV
5. Cedocard 1,5 ml/ jam/ IV

I. Diagnosis Keperawatan (Sesuai Dengan Pengkajian Sekunder)

1. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan arteri dan/ atau vena
2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

J. Prinsip-prinsip Tindakan (Tindakan Mandiri dan Kolaborasi Serta Rasional Tindakan)

Prinsip Tindakan	Rasional Tindakan
<p>Tindakan Keperawatan Posisi Fowler</p> <p>1. Memberikan tindakan posisi semi-Fowler kepada pasien sambil melihat keadaan pasien</p>	<p>• Untuk melihat apakah posisi yang diberikan memberikan efek ke arah penyembuhan atau malah memberikan perubahan kondisi pasien jatuh menjadi lebih buruk. Misalnya, perubahan SpO2 yang tampak membaik ketika pasien diberikan posisi semi-fowler.</p>

<p>2. Memperhatikan perubahan tanda-tanda vital pasien ketika pemberian posisi diberikan kepada pasien</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Untuk melihat apakah posisi yang diberikan memberat proses kerja jantung sehingga terjadi perubahan tekan darah akibat posisi yang diberikan atau sebaliknya memberikan perubahan yang baik dan memperbaiki tanda-tanda vital pasien
<p>3. Memperhatikan derajat-derajat posisi yang sesuai dengan apa yang akan diberikan ke pasien dan sesuaikan dengan kondisi pasien</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Agar tidak terjadi kesalahan pada saat pemberian posisi, jika ingin memberikan posisi 45° maka pastikan posisi pasien ada benar-benar dalam posisi 45°, dan tetap melihat kenyamanan pasien.

K. Monitor Klien (Monitor/pengkajian berkelanjutan dan Hasil Yang Didapatkan)

ANALISA DATA

Diagnosis Primer

DATA	ETIOLOGI	MASALAH KEPERAWATAN
<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan 	<p>Peningkatan kontraktilitas</p>	<p>Penurunan curah jantung</p>

<p>pasien kesulitan tidur pada malam hari, karena sesak yang di rasakan.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan merasa tidak nyaman dan sesak saat berbaring/terlentang. <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien sesak - Terdengar suara jantung S3 gallop - Ef (ejection fraction) 38 % - SpO2 : 88 % - TD : 140/100 mmhg - Nadi : 70x/menit - Hasil foto thorax : kesan bronchopneumonia bilateral. Cardiomegaly, elongasi dan dilatasi aorta Atherosclerosis aorta 		
--	--	--

Diagnosis Sekunder

DATA	ETIOLOGI	MASALAH KEPERAWATAN
<p>DS : -</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak CRT kembali >3 detik - Teraba akral pasien dingin - Tampak pasien pucat - Tugor kulit menurun - Nadi : 70 x/menit 	<p>Penurunan arteri dan/ atau vena</p>	<p>Perfusi perifer tidak efektif</p>
<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan pasien akan merasa lelah dan sesak saat melakukan aktifitas ringan seperti naik tangga dan berjalan \pm 10 – 15 meter. <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien dalam posisi semi fowler - Tampak pasien di bantu dalam beraktivitas - Aktivitas harian : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Makan : 2 ➤ Mandi : 2 	<p>Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen</p>	<p>Intoleransi aktivitas</p>

<ul style="list-style-type: none">➤ Pakaian : 2➤ Kerapihan : 2➤ Buang air besar : 2➤ Buang air kecil : 1➤ Mobilisasidi tempat tidur : 2 <ul style="list-style-type: none">- Tampak pasien dalam kategori NYHA 2- Observasi TTV : TD : 11/100 mmHg N : 70 x/m P : 30 x/m S : 36 °c SPO2 : 88 %		
--	--	--

INTERVENSI KEPERAWATAN

Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Luaran Yang Diharapkan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)	Rasional
<p>Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sering terbangun pada malam hari karena sesak yang di rasakan. - Pasien mengatakan merasa tidak nyaman dan sesak saat 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan curah jantung meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Ejection fraction</i> (EF) cukup meningkat - Lelah cukup menurun - Suara jantung s4 cukup menurun - Pucat cukup menurun - Proximal nocturnal dyspnea (PND) cukup menurun 	<p>➤ Perawatan jantung</p> <p>Tindakan</p> <p><i>Observasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, paroxysmal nocturnal dyspnea, peningkatan CVP) 2. Melakukan identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi peningkatan berat badan, hepatomegali, 	<p>Perawatan jantung Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dyspnea dapat mengindikasikan terbentuknya cairan diparu dan dasar kapiler paru (seperti pada gagal jantung) ➤ Untuk mendeteksi salis vena dan penurunan curah jantung ➤ Untuk mendeteksi perubahan tekanan darah ➤ Untuk mengetahui

<p>berbaring/terlentang.</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien sesak - Terdengar suara jantung S3 gallop - Ef (ejection fraction) 38 % - SpO2 : 88 % - TD : 140/100 mmhg - Nadi : 70x/menit - Tampak hasil foto thorax : kesan bronchopneumonia bilateral. Cardiomegaly, 		<p>distensi vena jugularsi, palpitasi, ronkhi basah, oliguria, batuk, kulit pucat)</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Melakukan monitor tekanan darah 4. Melakukan monitor saturasi oksigen 5. Melakukan monitor keluhan nyeri dada (mis,intensitas, lokasi, radiasi, durasi, presivitasi yang mengurangi nyeri) 6. Melakukan monitor intake dan output cairan 7. Melakukan monitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi) <p><i>Terapeutik:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Posisikan pasien semi-fowler atau fowler dengan kaki 	<p>kadar oksigen dalam tubuh pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Tanda nyeri dada dapat mengidentifikasi hipoksia atau cedera miokardial ➤ Untuk memantau adanya kelebihan atau kekurangan cairan dalam tubuh ➤ Untuk mengetahui adanya kelainan irama dan frekuensi jantung <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Untuk meningkatkan dorongan pada diafragma sehingga
---	--	--	--

<p>elongasi dan dilatasi aorta, Atherosclerosis aorta</p> <p>- Tampak Gambaran ekg aritmia</p>		<p>kebawah atau posisi nyaman</p> <p>2. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%</p> <p><i>Edukasi :</i></p> <p>1. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi</p> <p><i>Kolaborasi:</i></p> <p>1. Kolaborasi pemberian anti aritmia, <i>jika perlu</i></p>	<p>meningkatkan ekspansi dada dan ventilasi paru</p> <p>➤ Untuk mempertahankan kadar oksigen dalam tubuh pasien</p> <p>Edukasi</p> <p>➤ Untuk mengurangi atau menghentikan aritmia</p> <p>Kolaborasi</p> <p>➤ untuk memperbaiki irama dan frekuensi jantung</p>
--	--	---	---

<p>Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan arteri/vena</p> <p>DS : -</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak CRT kembali >3 detik - Teraba akral pasien dingin - Tampak pasien pucat - Tugor kulit menurun - Nadi : 70 x/menit 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> - Denyut nadi perifer meningkat - Warna kulit pucat menurun - Pengisian kapiler membaik - Akral membaik - Turgor kulit membaik 	<p>➤ Manajemen cairan</p> <p>Tindakan</p> <p><i>Observasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor status hidrasi (mis. Frekuensi nadi, kekuatan nadi, akral, pengisian kapiler, kelembapan mukosa, turgor kulit, tekanan darah) <p><i>Terapeutik :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan hidrasi <p><i>Edukasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan dan penurun kolestrol, jika perlu 	<p>Manajemen cairan</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Agar dapat mengetahui sirkulasi darah dalam tubuh pasien <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Agar oksigen dan zat gizi tetap terdistribusi sarta menjaga suhu tubuh pasien <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Agar tetap menjaga tekanan darah dalam batas normal
---	--	---	--

<p>Intoleransi aktivitas berhubungan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan pasien akan merasa lelah dan sesak saat melakukan aktifitas ringan seperti naik tangga dan berjalan \pm 10 – 15 meter. <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien dalam posisi fowler 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Saturasi oksigen cukup meningkat - Keluhan lelah cukup menurun - Frekuensi nafas cukup menurun 	<p>➤ Manajemen energi</p> <p>Tindakan</p> <p><i>Observasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kelelahan fisik dan emosional 2. Monitor pola dan jam tidur 3. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan <p><i>Terapeutik :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus 2. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau pasif <p><i>Edukasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan tirah baring <p><i>Kolaborasi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan 	<p>Manajemen energi</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Untuk mengetahui penyebab kelelahan • Untuk mengetahui kualitas tidur dari pasien • Untuk mengetahui adanya kelelahan fisik dan emosional saat saat dan setelah melakukan aktivitas <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agar pasien dapat beristirahat dengan nyaman • Untuk mencegah terjadinya kekakuan
---	--	---	--

<ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien di bantu dalam beraktivitas - Aktivitas harian : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Makan : 2 ➤ Mandi : 2 ➤ Pakaian : 2 ➤ Kerapihan : 2 ➤ Buang air besar : 2 ➤ Buang air kecil : 1 ➤ Mobilisasi di tempat tidur : 2 - Tampak pasien dalam kategori NYHA 2 		<p style="text-align: center;">asupan makanan</p>	<p style="text-align: center;">otot pada pasien</p> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Agar dapat menurunkan metabolisme selular dan kebutuhan oksigen <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agar kebutuhan nutrisi pasien terpenuhi
--	--	---	--

<p>- Observasi TTV :</p> <p>TD : 11/100 mmHg</p> <p>N : 70 x/m</p> <p>P : 30 x/m</p> <p>S : 36 °c</p> <p>SPO2 : 88 %</p>			
--	--	--	--

Tabel 1.2

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama/Umur: Ny. M/81 Tahun

Ruang/Kamar :

Intensive Care Unit/ICCU

Hari/Tgl	DP	Waktu	Pelaksanaan Keperawatan	Perawat
Sabtu, 11 Juni 2022	I	08:00	1. Mengobservasi TTV Hasil: TD: 140/60 mmHg N: 75 x/menit S: 36 °C P: 28 x/menit Spo2: 96%	Meylio
	I		2. Memberikan obat antiaritmia Hasil: tampak pasien diberikan obat KSR	Markus
	III	08:05	1. Menganjurkan tirah baring Hasil: Tampak pasien berbaring lemah di tempat tidur	Meylio
	I	08:10	2. Memberikan posisi semi-fowler Hasil: Tampak pasien berbaring dan nyaman dengan posisi semi-fowler dan tampak SP02 pasien membaik dari sebelumnya	Markus
	II	09:00	3. Memberikan dextrose Hasil: Terpasang dextrose 0.5% 8 tpm	Meylio
	I	10:00	1. Mengobservasi TTV Hasil:	Meylio

			<p>TD: 130/100 mmHg N: 85 x/menit S: 36,4°C P: 28 x/menit SpO2: 90%</p>	
	II		<p>2. Memberikan obat Hasil: Tampak terpasang cedocard 1,5 ml dalam 50 cc</p>	Meylio
	I	11:00	<p>1. Memonitor keluhan nyeri dada Hasil: P: pasien mengeluh nyeri Q: pasien mengatakan nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk R: nyeri dirasakan di dada S: skala nyeri 7 T: pasien mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul dan memberat saat beraktivitas</p>	Markus
	II	11:05	<p>2. Memberikan obat Hasil: Diberikan injeksi furosemide 1amp/12 jam</p>	Meylio
	I	12:00	<p>1. Mengobservasi TTV Hasil: TD: 140/90 mmHg N: 90 x/menit S: 36,4°C P: 28 x/menit SpO2: 97%</p>	Markus
	I	12:10	<p>2. Memberikan obat antiaritmia</p>	Meylio

			<p>Hasil: Tampak pasien diberikan obat KSR</p>	
I	14:00	1. Memonitor intake dan output cairan	<p>Hasil: Intake : cairan infus = 180 cc cairan oral = 150 cc obat = 20 cc output : urine = 330 cc Balance cairan pasien dalam 7 jam CM : 350 cc CK : 330 cc BC = CM-(CK+IWL) = 350-(330+308) = 330-638 = -308</p>	Meylio
I	14:10	2. Mengobservasi TTV	<p>Hasil: TD: 130/100 mmhg N: 90 x/menit S: 36,7 °C P: 26 x/menit SP02: 98%</p>	Markus
I	15:00	3. Memberikan posisi semi-fowler	<p>Hasil: Tampak pasien berbaring dan nyaman dengan posisi semi-</p>	Meylio

			fowler, tampak SPO2 pasien membaik	
I	16:00	4.	Monitor keluhan nyeri dada Hasil: P: pasien mengeluh nyeri Q: pasien mengatakan nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk R: nyeri dirasakan di dada S: skala nyeri 7 T: pasien mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul dan	Markus
I	17:00	5.	Mengobservasi tanda-tanda vital Hasil: TD: 140/100 mmHg N: 90 x/menit S: 36°C P: 24 x/menit SP02: 98%	Markus
III	18:00	6.	Menganjurkan tirah baring Hasil: Tampak pasien berbaring lemah di tempat tidur	Meylio
I	18:10	7.	Mengobservasi TTV Hasil: TD: 130/90 mmHg N: 80 x/menit S: 36 °C P: 24 x/menit SP02: 98%	Markus
I	19:00	8.	Memberikan obat antiartmia	Meylio

			<p>Hasil:</p> <p>Tampak pasien diberikan obat KSR</p>	
I	20:00	9.	<p>Memonitor intake dan output cairan</p> <p>Hasil:</p> <p>Intake :</p> <p>Cairan infus 180 cc</p> <p>Cairan oral 200 cc</p> <p>Output :</p> <p>Urine 300 cc</p> <p>Balance = CM-(CK+IWL)</p> $= 380-(300+308)$ $= 380-608$ $= -228$	Markus
I	21:00	10.	<p>Mengobservasi TTV</p> <p>Hasil:</p> <p>TD: 130/90 mmHg</p> <p>N: 90 x/menit</p> <p>S: 36,5 °c</p> <p>P: 24 x/menit</p> <p>SPO2: 98 %</p>	Meylio
I	22:00	11.	<p>Memonitor keluhan nyeri dada</p> <p>Hasil:</p> <p>P: pasien mengeluh nyeri</p> <p>Q: pasien mengatakan nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk</p> <p>R: nyeri dirasakan di dada</p> <p>S: skala nyeri 7</p> <p>T: pasien mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul dan</p>	Markus

	I	23:00	12. Mengobservasi TTV Hasil: TD: 130/90mmHg N: 80x/menit S: 36 °C P: 24 x/menit SPO2: 98%	Markus
	I	23:05	13. Memberikan posisi semi-fowler ke pasien Hasil: Tampak pasien berbaring dan nyaman dengan posisi semi-fowler tampak SPO2 pasien membaik dari seblumnya	Meylio
	II	00.00	14. Pemberian obat Hasil: Diberikan injeksi furosemide 1amp/12 jam	Markus
	I	05:00	15. Mengobservasi TTV Hasil: TD:140/90 mmHg N: 80x/menit S: 36 °C P: 24 x/menit SPO2: 98%	Meylio
	I	06:00	1. Mengobservasi TTV Hasil: TD:130/90 mmHg N: 85 x/menit S: 36,5 °C P: 24 x/menit	Markus

	I		<p>SPO2: 98 %</p> <p>2. Memonitor intake dan output cairan</p> <p>Hasil:</p> <p>Intake :</p> <p>Cairan infus : 230 cc</p> <p>Cairan oral : 100 cc</p> <p>obat 20 cc</p> <p>Output :</p> <p>Urine : 400 cc</p> <p>Balance = CM-(CK+IWL)</p> <p style="padding-left: 40px;">= 350-(400+308)</p> <p style="padding-left: 40px;">= 350-708</p> <p style="padding-left: 40px;">= -358</p>	Meylio
Minggu, 12 Juni 2022	I	08:00	<p>1. Mengobservasi TTV</p> <p>Hasil:</p> <p>TD: 130/80 mmHg</p> <p>N: 80 x/menit</p> <p>S: 36,5°C</p> <p>P: 24 x/menit</p> <p>SpO2: 97 %</p>	Markus
	I		<p>2. Memberikan obat antiaritmia</p> <p>Hasil:</p> <p>tampak pasien diberikan obat KSR</p>	Meylio
	III	09:00	<p>3. Menganjurkan tirah baring</p> <p>Hasil:</p> <p>Tampak pasien berbaring lemah di tempat tidur</p>	Markus

I	09:10	1. Memberikan obat Hasil: Tampak pasien cedocard 1,5 cc dalam 50 cc, pasien mengatakan nyeri dada mulai berkurang	Meylio
II	10:00	2. Memberikan dextrose Hasil: Terpasang dextrose 0.5% 8 tpm	Markus
I	11:00	3. Mengobservasi TTV Hasil: TD: 140/90 mmHg N: 85 x/menit S: 36,4°C P: 24 x/menit SpO2: 97 %	Markus
I	11:20	4. Memberikan obat Hasil: Diberikan injeksi furosemide 1amp/12 jam	Meylio
II	12:00	1. Pemberian posisi semi-fowler ke pasien Hasil: Tampak pasien berbaring dan nyaman dengan posisi semi-fowler tampak SP02 membaik dari sebelumnya	Markus
I	12:05	2. Memberikan obat antiaritmia Hasil: tampak pasien diberikan obat KSR	Meylio
I	12:00	8. Memonitor intake dan ouput	Markus

			cairan Hasil: Intake : Cairan infus : 130 cc Cairan obat 20 cc oral 220 cc Output : Urine : 350 cc Balance = CM-(CK+IWL) = 370-(350+308) = 370-658 = -288	
I	14:00	9. Mengobservasi TTV	Hasil: TD: 140/90 mmHg N: 90 x/menit S: 36 °C P: 24 x/menit sPO2: 97%	Meylio
I	14:10	10. Memonitor keluhan nyeri dada	Hasil: P: pasien mengeluh nyeri Q: pasien mengatakan nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk R: nyeri dirasakan di dada S: skala nyeri 5 T: pasien mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul dan	Markus
I	16:00	11. Mengobservasi TTV	Hasil: TD: 140/90 mmHg	Meylio

			<p>N: 85 x/menit S: 36,5 °C P: 24 x/menit sPO2: 97%</p>	
I	16:10	12. Memberikan posisi semi-fowler ke pasien	<p>Hasil: Tampak pasien berbaring dan nyaman dengan posisi semi-fowler tampak SP02 pasien membaik dari seblumnya</p>	Markus
I	18:00	13. Mengobservasi TTV	<p>TD: 140/90 mmHg N: 80 x/menit S: 36 °C P: 24 x/menit sPO2: 98%</p>	Meylio
II	18:05	1. Memonitor keluhan nyeri dada	<p>Hasil: P: pasien mengeluh nyeri Q: pasien mengatakan nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk R: nyeri dirasakan di dada S: skala nyeri 5 T: pasien mengatakan nyeri</p>	Markus
I	18:10	2. Memberikan obat antiaritmia	<p>Hasil: tampak pasien diberikan obat KSR</p>	Meylio
I	20:00	3. Mengobservasi TTV	<p>Hasil:</p>	Markus

			<p>TD: 140/90 mmHg N: 80 x/menit S: 36 °C P: 24 x/menit sPO2: 98%</p>	
I	21:00	4.	<p>Memonitor intake dan output cairan</p> <p>Hasil:</p> <p>Intake :</p> <p>Cairan infus : 130 cc Cairan obat 20 cc oral 200 cc</p> <p>Output :</p> <p>Urine : 300 cc</p> <p>Balance = CM-(CK+IWL) = 350-(300+308) = 350-608 = -258</p>	Meylio
I	22:00	5.	<p>Memberikan posisi semi-fowler ke pasien</p> <p>Hasil:</p> <p>Tampak pasien berbaring dan nyaman dengan posisi semi-fowler yang diberikan oleh perawat</p>	Markus
I	22:05	6.	<p>Mengobservasi TTV</p> <p>Hasil:</p> <p>TD: 140/90 mmHg N: 80 x/menit S: 36 °C P: 24 x/menit</p>	Meylio

			sPO2: 98%	
I	23:00	1. Memonitor keluhan nyeri dada	Hasil: P: pasien mengeluh nyeri Q: pasien mengatakan nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk R: nyeri dirasakan di dada S: skala nyeri 5 T: pasien mengatakan nyeri	Meylio
I	23:10	18. Memberikan obat	Hasil: Diberikan injeksi furosemide 1amp/12 jam	Markus
I	00:00	19. Mengobservasi TTV	Hasil: TD: 130/90 mmHg N: 78 x/menit S: 36 °C P: 24 x/menit sPO2: 97%	Meylio
III	05:00	20. Menganjurkan tirah baring	Hasil: Tampak pasien berbaring lemah di tempat tidur	Markus
I	06:00	21. Mengobservasi TTV	Hasil: TD: 130/90 mmHg N: 90 x/menit S: 36,5 °C P: 24 x/menit sPO2: 98%	Meylio

	I	06:05	<p>22. Memonitor intake dan ouput cairan</p> <p>Hasil:</p> <p>Intake :</p> <p>Cairan infus : 130 cc</p> <p>Cairan obat 20 cc oral 220 cc</p> <p>Output :</p> <p>Urine : 350 cc</p> <p>Balance = CM-(CK+IWL)</p> <p>= 370-(350+308)</p> <p>= 370-658</p> <p>= -288</p>	Markus
Senin, 13 Juni 2022	I	08:00	<p>1. Observasi TTV</p> <p>Hasil:</p> <p>TD: 130/90 mmHg</p> <p>N: 85 x/menit</p> <p>S: 36,5 °C</p> <p>P: 24 x/menit</p> <p>Spo2: 97%</p>	Meylio
	I	08:10	<p>2. Memberikan obat antiaritmia</p> <p>Hasil:</p> <p>tampak pasien diberikan obat KSR</p>	Markus
	I	09:00	<p>3. Memberikan posisi semi-fowler</p> <p>Hasil</p> <p>Tampak pasien berbaring dan nyaman dengan posisi semi-fowler tampak SPO2 pasien membaik</p>	Markus
	III	09:10	<p>4. Menganjurkan tirah baring</p>	Meylio

			<p>Hasil:</p> <p>Tampak pasien berbaring lemah di tempat tidur</p>	
I	10:00	5. Memberikan obat	<p>Hasil:</p> <p>Tampak terpasang cedocard 1,5 cc dalam 50 cc, pasien mengatakan nyeri dada mulai berkurang</p>	Markus
I	11:00	6. Memberikan posisi semi-fowler pada pasien	<p>Hasil:</p> <p>Tampak pasien berbaring dan nyaman dengan posisi semi-fowler</p>	Meylio
II	11:10	7. Memberikan obat	<p>Hasil:</p> <p>Diberikan injeksi furosemide 1amp/12 jam</p>	Markus
I	12:00	6. Mengobservasi TTV	<p>Hasil:</p> <p>TD: 140/90 mmHg</p> <p>N: 85 x/menit</p> <p>S: 36 °C</p> <p>P: 24 x/menit</p> <p>Spo2: 98%</p>	Meylio
I	12:10	7. Memonitor intake dan output cairan	<p>Hasil:</p> <p>Intake :</p> <p>Cairan infus : 130 cc</p>	Markus

			<p>Cairan obat 20 cc oral 200 cc Output : Urine : 280 cc Balance = CM-(CK+IWL) = 350-(280+308) = 350-588 = -238</p>	
I	12:10	8. Memberikan obat antiaritmia	<p>Hasil: tampak pasien diberikan obat KSR</p>	Meylio
I	13:15	9. Memonitor keluhan nyeri	<p>Hasil: P: pasien mengeluh nyeri Q: pasien mengatakan nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk R: nyeri dirasakan di dada S: skala nyeri 4 T: pasien mengatakan nyeri</p>	Markus
I	14:00	10. Mengobservasi TTV	<p>Hasil: TD: 140/90 mmHg N: 90 x/menit S: 36,5 °C P: 24 x/menit sPO2: 98 %</p>	Meylio
III	15:00	11. Menganjurkan tirah baring	<p>Hasil: Tampak pasien berbaring</p>	Markus

			lemah di tempat tidur	
I	15:15	12. Memberikan posisi semi-fowler ke pasien Hasil: Tampak pasien berbaring dan nyaman dengan posisi semi-fowler	Meylio	
I	16:00	11. Mengobservasi TTV Hasil: TD: 130/80 mmHg N: 90 x/menit S: 36,5 °C P: 24 x/menit Spo2: 97%	Meylio	
I	18:00	13. Memonitor intake dan output cairan Hasil: Cairan infus : 130 cc Cairan obat 20 cc oral 200 cc Output : Urine : 280 cc Balance = CM-(CK+IWL) = 350-(280+308) = 350-588 = -238	Markus	
I	19:00	14. Memberikan obat antiaritmia Hasil: tampak pasien diberikan obat KSR	Meylio	

	I	20:00	15. Mengobservasi TTV Hasil: TD: 130/80 mmHg N: 90 x/menit S: 36,5 °C P: 24 x/menit Spo2: 97%	Markus
	II	21:00	16. Memonitor keluhan nyeri Hasil: P: pasien mengeluh nyeri Q: pasien mengatakan nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk R: nyeri dirasakan di dada S: skala nyeri 3 T: pasien mengatakan nyeri	Meylio
	I	22:00	17. Mengobservasi TTV Hasil: TD: 140/90 mmHg N: 85 x/menit S: 36,6 °C P: 24 x/menit SpO2: 97%	Markus
	III	23:00	18. Menganjurkan tirah baring Hasil: Tampak pasien berbaring lemah di tempat tidur	Meylio
	II	23:05	19. Memberikan obat Hasil: Diberikan injeksi furosemide 1amp/12 jam	Markus
	I	00:00	20. Mengobservasi TTV	Meylio

			<p>Hasil: TD:130/90 mmHg N: 90 x/menit S: 36,6 °C P: 24 x/menit SpO2: 98%</p>	
	I	05:00	<p>21. Mengobservasi TTV</p> <p>Hasil: TD: 140/90 mmHg N: 90 x/menit S: 36 °C P: 22 x/menit SPO2: 98%</p>	Meylio
	I	06:00	<p>22. Memonitor intake dan output cairan</p> <p>Hasil: Intake : Cairan infus : 120 cc Cairan obat 20 cc oral 100 cc Output : Urine : 200 cc Balance = CM-(CK+IWL) = 240-(200+308) = 240-508 = -268</p>	Markus

EVALUASI KEPERAWATAN

Nama/Umur: Ny. M/81 Tahun

Ruang/Kamar :

Intensive Care Unit/ICCU

Hari/tgl	Sihft	DP	Evaluasi (S O A P)
Sabtu 11 Juni 2022	Pagi 08:00- 14:00	I	<p>Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan masih merasa sesak <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tampak pasien sesak • Observasi TTV: TD: 140/60 mmHg S: 36 °C N: 75 x/menit P: 28 x/menit SpO2: 96 % • Hasil EKG: sinus aritmia <p>A: Masalah penurunan curah jantung belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>
		II	<p>Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan arteri/ vena</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan merasa keringat dingin <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Teraba akral pasien dingin • Tampak pasien pucat • Turgor kulit menurun • N: 75 x/menit <p>A: Masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>

		III	<p>Intoleransi aktivitas berhubungan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan masih merasa lelah • Pasien mengatakan semua aktivitas harian pasien dibantu oleh keluarga dan perawat <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tampak ku pasien lemah • Tampak pasien berbaring lemah di tempat tidur • Tampak semua aktivitas pasien dibantu oleh perawat • Rentang gerak terbatas • Tampak pasien dalam kategori Nyha 2 • Hasil <i>Echocardiografi</i> : LVEF: 38% • Aktivitas harian <ul style="list-style-type: none"> Makan : 2 Pakaian : 2 Kerapihan : 2 BAB : 2 BAK : 3 • Mobilisasi ditempat tidur: 2 <p>A: Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>
	Siang 14:00- 21:00	I	<p>Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan masih merasa sesak <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tampak pasien sesak • Observasi TTV: <ul style="list-style-type: none"> TD: 140/90 mmHg N: 90 x/menit S: 36,4°C P: 28 x/menit

		II	<p>SpO2: 97%</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasil EKG: sinus aritmia <p>A: Masalah penurunan curah jantung belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan arteri/ vena</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan merasa keringat dingin <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Teraba akral pasien dingin • Tampak pasien pucat • Turgor kulit menurun • N: 90 x/menit <p>A: Masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>
		III	<p>Intoleransi aktivitas berhubungan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan masih merasa lelah dan lemas • Pasien mengatakan semua aktivitas harian pasien dibantu oleh keluarga dan perawat <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tampak ku pasien lemah • Tampak pasien berbaring lemah di tempat tidur • Tampak semua aktivitas pasien dibantu oleh perawat <p>A: Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>

Minggu 12 Juni 2022	Pagi 08:00- 14:00	I	<p>Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan masih merasa sesak <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tampak pasien sesak • Observasi TTV: TD: 130/80 mmHg S: 36,5 °C N: 80 x/menit P: 24 x/menit SpO2: 97% <p>A: Masalah penurunan curah jantung belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>
		II	<p>Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan arteri/ vena</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan merasa keringat dingin <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Teraba akral pasien dingin • Tampak pasien pucat • Turgor kulit menurun • Nadi: 80 x/menit <p>A: Masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>
		III	<p>Intoleransi aktivitas berhubungan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan masih merasa lelah • Pasien mengatakan semua aktivitas harian pasien dibantu oleh keluarga dan perawat

	Siang 14:00- 21:00	I	<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none">• Tampak ku pasien lemah• Tampak pasien berbaring lemah di tempat tidur• Tampak semua aktivitas pasien dibantu oleh perawat• Rentang gerak terbatas• Aktivitas harianMakan : 2Mandi : 2Pakaian : 2Kerapihan : 2BAB : 2BAK : 3• Mobilisasi ditempat tidur: 2 <p>A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none">• Pasien mengatakan masih merasa sesak <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none">• Tampak pasien sesak• Observasi TTV: TD: 140/90 mmHg N: 90 x/menit S: 36 °C P: 24 x/menit SPO2: 97% <p>A: Masalah penurunan curah jantung belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan arteri/ vena</p>
		II	

		III	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan merasa keringat dingin <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Teraba akral pasien dingin • Tampak pasien pucat • Turgor kulit menurun • Nadi: 90 x/menit <p>A: Masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>Intoleransi aktivitas berhubungan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan masih merasa lelah dan lemas <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tampak ku pasien lemah • Tampak pasien berbaring lemah di tempat tidur • Tampak semua aktivitas pasien dibantu oleh perawat <p>A: Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>
Senin 13 Juni 2022	Pagi 08:00- 14:00	I	<p>Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan sesak mulai berkurang <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observasi TTV: TD: 14/90 mmHg S: 36 °C N: 90 x/menit P: 22 x/menit SpO₂: 98% • Hasil EKG: sinus aritmia <p>A: Masalah penurunan curah jantung teratasi</p>

			<p>sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>
		II	<p>Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan arteri/ vena</p> <p>S:</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • CRT \leq 3 detik • Teraba akral pasien hangat • Nadi: 80 x/menit <p>A: Masalah perfusi perifer tidak efektif teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>
		III	<p>Intoleransi aktivitas berhubungan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan mulai bisa beraktivitas ringan <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tampak ku pasien baik • Tampak aktivitas pasien sebagian dibantu oleh perawat • Hasil <i>Echocardiografi</i> : LVEF: 38% • Aktivitas harian <ul style="list-style-type: none"> Makan : 0 Mandi : 2 Pakaian : 2 Kerapihan : 2 BAB : 2 BAK : 3 • Mobilisasi ditempat tidur: 0 <p>A: Masalah intoleransi aktivitas teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>

	Siang 14:00- 21:00	I	<p>Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan sesak mulai berkurang <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observasi TTV: TD: 140/90 mmHg N: 85 x/menit S: 36 °C P: 24 x/menit Spo2: 98% <p>A: Masalah penurunan curah jantung teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>
		II	<p>Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan arteri/ vena</p> <p>S:</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • CRT \leq 3 detik • Teraba akral pasien hangat • Nadi: 85 x/menit <p>A: Masalah perfusi perifer tidak efektif teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>
		III	<p>Intoleransi aktivitas berhubungan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan mulai bisa beraktivitas ringan <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tampak ku baik • Tampak aktivitas pasien sebagian dibantu oleh perawat

			<ul style="list-style-type: none">• Hasil <i>Echocardiografi</i> : LVEF: 38%• Aktivitas harian<ul style="list-style-type: none">Makan : 0Mandi : 2Pakaian : 2Kerapihan : 2BAB : 2BAK : 3• Mobilisasi ditempat tidur: 0 <p>A: Masalah intoleransi aktivitas teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>
--	--	--	--

L. TERAPI OBAT

1. KSR 600 :

KSR 600 adalah sediaan obat tablet yang mengandung potasium clorida atau KCL.

- a. Klasifikasi/golongan obat :
klasifikasi obat hipokalemia, golongan obat keras
- b. Dosis umum :
1-2 tablet, diminum 2-3 kali sehari
- c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan :
0,6 mg/24 jam, diminum 3x1 (oral)
- d. Cara pemberian obat :
pemberian obat KSR 600 dengan cara oral (mulut)
- e. Mekanisme kerja obat dan fungsi obat :
obat ini bekerja untuk mengurangi retensi cairan/bengkak dan menyebabkan efek diuresis (sering BAK). Efek dari sering BAK ini adalah kalium ikut keluar melalui urine sehingga orang yang meminum golongan obat ini rentan mengalami kekurangan kalium. Fungsi obat ini adalah untuk mengobati atau mencegah jumlah kalium yang rendah dalam darah.
- f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan :
KSR 600 digunakan untuk membantu mengobati dan mencegah hipokalemia (menurunnya kadar kalium di dalam darah).
- g. Kontra indikasi :
Hindari pada pasien dengan kondisi
 - 1) Gagal ginjal lanjut
 - 2) Hiperkalemia
 - 3) Penyakit Addison yang tidak diobati

- 4) Dehidrasi akut
- h. Efek samping obat :
Efek samping pada penggunaan obat KSR 600 yang mungkin terjadi
 - 1) Mual, muntah
 - 2) Perut kembung, sakit perut
 - 3) Diare
 - 4) Perdarahan gastrointestinal

2. FUROSEMIDE

Furosemide adalah obat untuk mengatasi penumpukan cairan di dalam tubuh atau edema.

- a. Klasifikasi/golongan obat :
Klasifikasi obat sulfonamide, golongan obat diuretik
- b. Dosis umum :
Dosis pada orang dewasa 40 mg, disuntikkan perlahan melalui selan infus selama 1-2 menit. Dosis bisa ditingkatkan menjadi 80 mg jika diperlukan.
- c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan :
1 ampul/24 jam/IV
- d. Cara pemberian obat :
Pemberian obat furosemide diberikan bisa diberikan melalui oral, injeksi intravena dan injeksi muskuler
- e. Mekanisme kerja dan fungsi obat :
Mekanisme kerja obat ini adalah menghambat natrium dan klorida di tubulus proksimal pada *loop of henle* sehingga dapat meningkatkan eksresi air, sodium, klorida, magnesium dan kalsium.
- f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan :

Pemberian obat ini dapat mengatasi retensi cairan yang terjadi pada pasien gagal jantung, mengurangi mortalitas, maka penggunaan diuretic biasa diberikan dengan kombinasi obat ACE inhibitor/ARB.

- g. Kontra indikasi :
 - 1) Alergi terhadap furosemide dan sulfonamide
 - 2) Gangguan elektrolit
 - 3) Peningkatan kadar asam urat
 - 4) Gagal ginjal akut atau gangguan buang air kecil
 - 5) Awal kehamilan
 - 6) Kadar kalium rendah dalam darah (hipokalemia)
 - 7) Mengonsumsi obat lithium
- h. Efek samping :
 - 1) Mual, muntah
 - 2) Frekuensi buang air kecil meningkat
 - 3) Mulut kering
 - 4) Sakit kepala
 - 5) Pusing
 - 6) Kram atau kelemahan otot
 - 7) Merasa haus
 - 8) Diare
 - 9) Mati rasa atau kesemutan
 - 10) Penglihatan kabur
 - 11) Sembelit
 - 12) Kehilangan nafsu makan

3. CEDORARD

Cedocard adalah obat yang mengandung isosorbid dinitrat.

- a. Klasifikasi/golongan obat :

Cedocard adalah obat golongan nitrat

- b. Dosis umum :
 - 1) cedocard tablet 5 mg
 - a) untuk angina akut : 1 tablet diminum 1 kali sehari
 - b) untuk pencegahan : 1-2 tablet, diminum 3-4 kali sehari
 - c) untuk pencegahan serangan nokturnal : 1-2 tablet, diminum sebelum tidur
 - 2) cedocard tablet 10 mg
dosis awal 1-3 tablet, diminum 4 kali sehari. Dosis bisa ditingkatkan oleh dokter jika diperlukan
 - 3) cedocard infus
dosisnya 2-10 mg/ jam melalui infus atau intravena
 - 4) cedocard retard 20 mg
dosis awal 1 tablet, diminum 2 kali sehari
- c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan :
1,5 mg/8 jam/oral
- d. Cara pemberian obat :
Pemberian obat ini melalui oral dan melalui infus
- e. Mekanisme kerja dan fungsi obat :
obat ini bekerja dengan merelaksasikan/melebarkan pembuluh darah, sehingga darah dapat mengalir lebih mudah ke jantung
- f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan :
obat ini diberikan untuk dapat membantu nyeri dada (angina) pada pasien dengan kondisi jantung tertentu (penyakit arteri koroner).
- g. Kontra indikasi :
 - 1) Anemia (kekurangan hemoglobin)

- 2) Hipotensi (tekanan darah rendah)
 - 3) Syok kardiogenik (penurunan curah jantung)
 - 4) Hindari penggunaan bersama dengan sildenafil, tadalafil, verdenafil
- i. Efek samping :
- 1) Sakit kepala
 - 2) Hipotensi
 - 3) Mual

4. MOXIFLOXACINE

Moxifloxacin adalah obat untuk mengatasi penyakit akibat infeksi bakteri.

- a. Klasifikasi/golongan obat :
Klasifikasi obat antibiotik, golongan obat quinolone
- b. Dosis umum :
Dosis dan durasi penggunaan moxifloxacin akan ditentukan oleh dokter sesuai dengan jenis penyakit infeksi yang ingin ditangani, tingkat keparahan infeksi, serta usia dan kondisi kesehatan pasien.
- c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan :
250 mg/ 24 jam/ IV
- d. Cara pemberian obat :
pemberian obat ini melalui oral, infus dan juga tetes mata
- e. Mekanisme kerja dan fungsi obat :
obat ini bekerja dengan cara menghambat enzim topoisomerase IV dan DNA girase yang diperlukan oleh bakteri untuk berkembangbiak dengan begitu pertumbuhan bakteri akan terhenti dan akhirnya mati.
- f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan :

untuk mengatai penyakit akibat bakteri dalam tubuh

- g. Kontra indikasi :
 - 1) Aritmia ventrikel
 - 2) Bradikardia (denyut jantung melambat)
 - 3) Neuropati perifer
 - 4) Hipersensitif terhadap obat ini
 - 5) Riwayat gangguan tendon
 - 6) Miastenia gravis (penyakit neuromuskular)
 - 7) Gangguan elektrolit
- h. Efek samping :
 - 1) Mual
 - 2) Diare
 - 3) Pusing atau sakit kepala
 - 4) Insomnia
 - 5) Lemas

5. LOVENOX

Lovenox adalah obat yang mengandung enoxaparin sodium yang digunakan untuk mencegah *deep vein thrombosis* (DVT) atau trombotis vena dalam serta DVT akut

- a. Klasifikasi/golongan obat :

Klasifikasi dan golongan obat ini adalah antikoagulan, antiplatelet dan fibrinolitik (trombolitik)
- b. Dosis umum :

Lovenox adalah obat keras yang memerlukan resep dokter
- c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan :

0,6 ml/ 24 jam/ IV
- d. Cara pemberian obat :

Melalui injeksi IV

- e. Mekanisme kerja dan fungsi obat :
obat ini bekerja dengan cara mengurangi aktivitas protein yang bertugas membekukan darah, sehingga mencegah terbentuknya gumpalan darah.
- f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan :
obat ini dapat mencegah komplikasi angina yang tidak stabil dan infark miokard non-q-wave
- g. Kontra indikasi :
 - 1) Hipersensivitas terhadap enoxaparin sodium dan heparin
 - 2) Riwayat heparin induced
 - 3) Perdarahan mayor
- h. Efek samping :
 - 1) Nyeri
 - 2) Kemerahan
 - 3) Edema
 - 4) Perdarahan
 - 5) Trombositosis
 - 6) Peningkatan enzim hati
 - 7) Reaksi alergi
 - 8) Urtikaria
 - 9) Pruritus

BAB IV

PEMBAHASAN KASUS

A. Pembahasan Asuhan Keperawatan

Pada bab ini penulis akan membahas ada tidaknya kesenjangan yang terjadi antara konsep teori dengan praktek asuhan keperawatan pada pasien Ny."M" usia 87 tahun, dengan *Congestive Heart Failure* di ruang ICU/ICCU RS Stella Maris Makassar. Pelaksanaan asuhan keperawatan ini menggunakan proses keperawatan dengan lima tahap yaitu: pengkajian keperawatan, diagnose keperawatan, perencanaan, dan evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian

Pengkajian ini merupaakn tahap awal dari proses keperawatan. Data-data diperoleh melalui wawancara langsung ke pada pasien dan keluarga pasien. observasi tanda-tanda vital Tekanan darah : 140/100 mmHg, frekuensi nadi :70x/menit, frekuensi pernapasan : 30x/menit, frekuensi suhu : 36⁰C, SP02: 88%.

Dari hasil wawancara pada pasien dan keluarga ditemukan bahwa etiologi utama pada pasien Ny.M yaitu Hipertensi. Pasien memiliki riwayat hipertensi ±40 tahun yang lalu, Tekanan darah tinggi mampu menambah beban kerja jantung, Hipertensi sistemik dapat mengakibatkan terjadinya peningkatan afterload (tahanan yang diakibatkan oleh ventrikel kiri) sehingga meningkatkan beban kerja jantung yang akan berefek menjadi hipertrofi serabut otot jantung dan mebuat fungsi otot jantung menjadi menurun hal inilah yang menyebabkan terjadinya CHF dan akan ditandai dengan adanya pembesaran jantung (Cardiomegaly) (Iyang et al., 2015)

Sesuai dengan keadaan Ny.M hasil foto thorax menandakan adanya cardiomegaly.

Keluhan utama pada pasien dengan gagal jantung yaitu sesak disertai dengan nyeri dada skala 7. Pada teori dijelaskan bahwa sesak dapat terjadi pada pasien CHF diakibatkan karena terjadinya dekompensasi jantung berat, sehingga tekanan kapiler dalam jantung menjadi meningkat karena cairan didorong dari darah sirkulasi ke interstitium dan kemudian ke alveoli, bronkus, dan bronkiolus (Yuli & Muzaki Ahmad, 2020) Pada Ny.M keluhan utama yang dirasakan yaitu sesak namun sesak pada Ny.M tidak disebabkan oleh adanya udem pada paru terbukti dengan hasil foto thorax pasien tidak ditemukan adanya udem pada paru-paru pasien atau efusi pleura. Pada gagal jantung kiri darah yang telah kaya dengan oksigen dari paru-paru, akan menumpuk di pembuluh darah paru-paru. Penumpukan darah bersih tersebut, membuat penderitanya menjadi kekurangan oksigen sehingga timbul keluhan sesak. Hal inilah yang terjadi pada Ny.M sehingga data yang ditemukan yaitu kadar SpO₂ pasien menurun yaitu 88%, ditandai juga dengan CRT (*Capillary refil time*) >3 detik karena darah yang dipompakan ke seluruh tubuh tidak sepenuhnya dipompa dan di alirkan ke seluruh tubuh di tandai dengan EF yang di bawah 40%. Tubuh yang kekurangan oksigen membuat sistem tubuh merespon untuk terpenuinya kadar oksigen dalam tubuh sehingga pasien akan mudah merasakan kelelahan. Tanda-tanda ini sejalan dengan keluhan dan tanda-tanda yang dialami oleh Ny.M.

Pada pasien CHF LVEF <40% atau disebut juga dengan gagal jantung sistolik karena adanya penurunan kontraktilitas jantung (Yuli & Muzaki Ahmad, 2020) Hal ini yang mendukung

diagnosis keperawatan yang diangkat karena LVEF pada Ny.M sudah menurun yaitu 38%. Hal ini sejalan dengan teori bahwa terjadinya CHF dapat disebabkan oleh adanya riwayat penyakit seperti hipertensi dan penyakit jantung yang mengakibatkan daya pompa jantung melemah sehingga darah tidak beredar sempurna ke seluruh tubuh (Iyang et al., 2015). Fraksi ejeksi dinilai dengan menggunakan parameter echokardiografi dengan nilai normal 55% dan <40% dianggap sudah disfungsi ventrikel kiri. Fraksi ejeksi ini mewakili isi sekuncup sebagai persentase dari volume akhir diastolic ventrikel kiri (Yuli & Muzaki Ahmad, 2020).

Salah satu tanda penting dari gagal jantung kongestif yaitu adanya bunyi jantung S3 atau gallop ventrikel akibat kegagalan ventrikel kiri. S3 terdengar pada awal diastolik setelah bunyi jantung S2 dan berkaitan dengan periode pengisian ventrikel pasif yang cepat. Suara S3 ini terdengar paling baik dengan bell stetoskop yang diletakkan tepat di apeks dan akan lebih baik dengan posisi klien berbaring miring kiri pada akhir ekspirasi. Bunyi jantung S4 dapat terjadi selama sistol atrium di mana darah dipaksa masuk ke ventrikel. Jika ventrikel kaku, kekuatan darah yang memasuki ventrikel lebih kuat, dan hasilnya adalah suara benturan pada diastol akhir atau S4, (Yuli & Muzaki Ahmad, 2020) Pada kasus Ny.M hal ini juga ditemukan. Pada pemeriksaan fisik didapatkan data yang mendukung sehingga pasien dikatakan mengalami CHF sesuai dengan teori dimana diTerdengar adanya suara jantung tambahan pada pasien Ny.M yaitu suara jantung S3 dan S4 pada ICS 5 mid clavikularis sinistra. terdengar adanya suara jantung S3 karena adanya pengisian jantung yang berlebih akibat volume yang berlebih/volume *overload*. Sedangkan suara jantung s4 terjadi karena adanya tekanan yang berlebihan/*pressure*

overload. Pada kasus Ny.M hal ini juga ditemukan Sesuai dengan hasil pemeriksaan *echocardiography* ditemukan adanya beberapa regurgitasi pada jantung Ny.M yang mengakibatkan timbulnya suara S3 dan S4.

2. Diagnosis Keperawatan

Pada diagnosa teori yang dijelaskan di BAB II pasien dengan CHF dapat mengalami masalah yang menyebabkan timbulnya 7 diagnosis yang dapat timbul pada pasien. Tetapi terjadi kesenjangan dengan kasus pada Ny.M dimana pada Ny.M pasien hanya mengangkat 3 diagnosis. Berdasarkan manifestasi klinis pada pasien yang diperoleh dari hasil pengkajian, maka penulis mengangkat 3 diagnosis dimana data minor dan data mayor sebanyak 80% terpenuhi untuk mengangkat 3 diagnosis ini sesuai dengan SDKI.

- a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas. Penulis mengangkat diagnosis ini sebagai prioritas karena didapatkan data-data dari pasien yaitu tekanan darah awal pasien masuk 140/100 mmHg, N:74x/menit, pasien pucat, LVEF: 38%, suara jantung :gallop. Data-data ini mendukung untuk mengangkat diagnosis ini karna sesuai dengan keadaan pasien dan tanda-tanda mayor dan minor pada buku SDKI dan menjadi diagnosis prioritas karena penurunan curah jantung menjadi salah satu masalah utama yang ditemukan pada pasien ditandai dengan pasien sesak dan LVEF <40%, dan sesuai dengan data mayor dan minor pada SDKI dimana >80% data ditemukan pada pasien yaitu adanya bunyi jantung S3 dan/ S4, EF

menurun, *paroxysmal nocturnal dyspnea* (PND), *Dyspnea* sehingga diagnosis ini dapat layak untuk diangkat.

- b. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan arteri/ vena. Pada diagnose ini Penulis mengangkat diagnosis ini karena pada pasien didapatkan tanda dan gejala seperti pasien tampak pucat, CRT kembali >3 detik, teraba akral pasien dingin, , turgor kulit menurun, nadi 74x/ menit. Dari data-data terpenuhi 80% sebagai syarat bahwa diangosa dapat diangkat sesuai dengan SDKI, sehingga diagnosis perfusi perifer ini diangkat.
- c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Penulis mengangkat diagnose ini karena didapatkan Pasien mengatakan sesak dan memberat saat beraktivitas sehingga semua aktivitas pasien dibantu oleh keluarga, dan didapatkan juga bahwa pasien berada dalam klasifikasi NYHA II sehingga diagnosis intoleransi aktivitas ini diangkat agar dapat memberikan intervensi terkait dengan aktivitas pasien yang dilakukan sesuai dengan kemampuan pasien menurut klasifikasi NYHA II. Data yang ditemukan pada pasien juga memenuhi syarat terpenuhinya 80% data minor dan mayor sehingga diagnosis intoleransi aktivitas ini dapat diangkat.

Pada pasien Ny.M juga didapatkan tanda adanya nyeri dada namun diagnosis nyeri dada tidak diangkat karena nyeri pada pasien diakibatkan karena penurunan curah jantung dan sesuai

dengan panduan buku 3S maka untuk menghindari adanya tumpang tindih dalam penerapan intervensi pada diagnosis-diagnosis yang diangkat maka diagnosis nyeri tidak diambil karena pada diagnosis penurunan curah jantung terdapat intervensi yang dapat mengatasi nyeri yang dialami pasien.

Pada teori juga didapatkan diagnosis hipervolemia namun pada kasus Ny.M Diagnosis tersebut tidak diangkat karena pada Ny.M tidak ditemukan adanya data yang mendukung 80% sesuai SDKI dapat diangkat diagnosis hipervolemia dan pada diagnosis penurunan curah jantung ada intervensi yang diangkat untuk mengukur intake dan output Ny.M.

Pada teori juga terdapat diagnosis gangguan pertukaran gas namun pada kasus ini diagnosis tersebut tidak kami angkat karena pada pasien tidak terdapat pemeriksaan AGD, dimana pemeriksaan AGD adalah syarat pada SDKI yang harus ada jika diagnosis gangguan pertukaran gas harus di angkat.

3. Intervensi Keperawatan

Setelah melakukan proses pengkajian menentukan masalah dan menegakkan diagnosis keperawatan, penulis menyusun rencana asuhan keperawatan yang bertujuan mengatasi masalah yang dialami pasien. Perencanaan yang dilakukan meliputi tindakan mandiri perawat, tindakan observatif. Pendidikan kesehatan dan tindakan kolaboratif. Pada setiap diagnosis perawat memfokuskan sesuai kondisi pasien.

- a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas.

Intervensi yang disusun oleh penulis adalah perawatan jantung yang meliputi Tindakan Observasi: Identifikasi tanda

dan gejala primer penurunan curah jantung, monitor tekanan darah, monitor aritmia, Tindakan Terapeutik: posisikan pasien semi-Fowler dengan kaki kebawah atau posisi nyaman, berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94. Tindakan kolaborasi yang dilakukan yaitu di berikan terapi obat KSR untuk mengatasi aritmia pasien dan juga diberikan obat cedocar yang di berikan menggunakan sharingpump dengan dosis 1,5 cc/jam.

- b. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan arteri/ vena. Intervensi yang disusun oleh penulis adalah perawatan sirkulasi yang meliputi Tindakan Observasi: periksa nadi perifer (mis, nadi perifer, pengisian kapiler, warna, suhu). Tindakan yang diberikan itu berikan terpai hidrasi. Pada pasien Ny.diberikan cairan dextrose 0,5% dengan pemberian 8 tpm.
- c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Intervensi yang disusun oleh penulis adalah Dukungan manajemen energi yang meliputi Tindakan Observasi: monitor kelelahan fisik dan emosional, Tindakan Terapeutik: lakukan latihan rentang pasif dan/ atau aktif Tindakan Edukasi: anjurkan tirah baring, anjurkan aktivitas sesuai toleransi, Tindakan Kolaborasi: kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.

Pada diagnosis intoleransi juga diberikan tindakan untuk menganjurkan aktivitas pasien sesuai toleransi yang disesuaikan dengan klasifikasi NYHA II yaitu penderita penyakit jantung dengan sedikit keterbatasan saat aktivitas dengan intensitas sedang (seperti menaikit tangga), Keluhan

hilang dengan beristirahat.

4. Implementasi Keperawatan

Pada tahap pelaksanaan penulis melakukan tindakan keperawatan yang telah di susun berdasarkan intervensi keperawatan dan terdapat beberapa hambatan saat penulis melakukan implementasi keperawatan seperti pada implementasi terkait cairan pasien, pasien memiliki pembatasan cairan yang harus diatur. Kendala yang didapatkan yaitu sulit untuk mengatur/mengukur cairan yang harus dikonsumsi pasien. Cairan masuk pada pasien terbagi 3 yaitu cairan infus, cairan yang masuk seperti obat-obat dalam bentuk injeksi, dan cairan oral yaitu cairan yang di konsumsi pasien. Tidak ada alat untuk mengukur batasan cairan seperti gelas dengan menggunakan cm pengukur mengakibatkan pemberian cairan oral menggunakan teknik kira-kira. Selain itu tidak ada hambatan yang spesifik yang ditemukan ketika pemberian intervensi kepada pasien. Pasien dan keluarga sangat kooperatif dengan perawat. Sesuai EBN penulis, penulis memberikan penerapan posisi semi-Fowler dengan tujuan untuk memperbaiki pemenuhan oksigen pada pasien. Perawat bekerja sama dengan Keluarga sehingga dapat membantu dalam pemantauan pemberian terapi posisi kepada pasien, sehingga dalam proses implementasi yang dilakukan selama 3x24 jam posisi Semi-Fowler efektif diberikan karena posisi tersebut tidak diubah oleh pasien dan keluarga.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan yang diperoleh dari hasil implementasi yang dilakukan pada tanggal 11 Juni 2022 sampai tanggal 13 Juni

2022 pada pasien Ny.M merupakan tahap untuk menilai tujuan yang diharapkan tercapai atau tidak.

- a) Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas. Sampai pada perawatan hari ketiga hanya teratasi sebagian karena pasien masih sering merasa sesak. Sehingga intervensi terus dilakukan, pemberian posisi pada pasien yaitu posisi semi-fowler masih terus di berikan kepada pasien.
- b) Perfusi Perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan arteri/ vena. Sampai pada perawatan hari ketiga diagnosis ini dapat teratasi sehingga intervensi dihentikan.
- c) Intoleransi aktivitas berhubungan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Sampai pada perawatan hari ketiga hanya teratasi sebagian karena aktivitas pasien sebagian masih dibantu oleh keluarga dan perawat seperti BAK, BAB dan kerapihan. Sehingga intervensi terus di lakukan dan terus memberikan edukasi tentang aktivitas pasien dimana beraktivitas sesuai toleransi yang di jelaskan dimana pasien masuk dalam klasifikasi NYHA II.

B. Pembahasan Penerapan EBN (pada tindakan keperawatan)

Rubrik	Artikel I	Artikel II	Artikel III
Artikel	Pengaruh posisi semi-fowler dengan kombinasi lateral kanan terhadap perubahan haemodinamik pada pasien gagal jantung di ruang ICCU Rumah Sakit Umum Daerah Margono Soekarjo Purwokerto	posisi semi-fowler untuk meningkatkan saturasi oksigen pada pasien Congestive Heart Failure (CHF) yang mengalami sesak nafas	penerapan perubahan posisi terhadap perubahan hemodinamik pada asuhan keperawatan pasien Congestive Heart Failure
P (Problem/ Population)	Gagal jantung bukan merupakan suatu penyakit melainkan sekumpulan tanda dan gejala yang muncul pada keadaan patofisiologi dengan abnormalitas fungsi jantung yang bertanggung jawab dalam tidak adekuatnya perfusi sitemik. Hal ini menyebabkan adanya gangguan hemodinamik dan berisiko menjadi penurunan kondisi kritis.	Congestive Heart Failure (CHF) merupakan kelainan fungsi jantung yang tidak mampu untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh. Salah satu gejala klinis adalah sesak nafas merupakan kurangnya oksigen yang masuk keparu-paru.	Penyakit Congestive Heart Failure (CHF) memiliki tanda dan gejala utama yaitu sesak napas yang dapat mempengaruhi terjadinya penurunan saturasi oksigen dan peningkatan respirasi rate, karena pada pasien CHF jantung tidak mampu untuk

			mempertahankan curah jantung yang adekuat guna memenuhi kebutuhan metabolik dan kebutuhan oksigen pada jaringan meskipun aliran balik vena adekuat. Perubahan posisi dapat membantu untuk memberikan posisi tubuh dalam meningkatkan kesejahteraan atau kenyamanan fisik dan psikologi.
I (Intervention)	Perlakuan yang dilakukan adalah dengan memberikan terapi dengan pengaturan posisi semi fowler kemudian dikombinasikan dengan posisi lateral kanan pada pasien	Proses studi kasus dilakukan pada saat responden mengalami sesak nafas dan SpO2 kurang dari 95%, sebelum memposisikan semi-	Pemberian posisi head up 30° yang dilakukan selama 15 menit, selanjutnya dilakukan pengukuran SpO2 dan

	dengan gagal jantung kongestif. Pemberian posisi dilakukan selama 15 menit dan setiap 5 menit akan dilakukan pengecekan status hemodinamik pada pasien kelompok intervensi	fowler, responden diukur sesak nafas dan saturasi oksigennya, setelah itu responden di posisikan semi-fowler selama 15 menit dan di amati serta di observasi status pernafasannya. Evaluasi dilakukan setelah ± 15 menit di berikan posisi semi-fowler, lalu dikaji kembali saturasi oksigen pada responden.	RR (waktu pengukuran dengan istirahat 10 menit), selanjutnya pasien di posisikan semi fowler 45° selama 15 menit, kemudian pengukuran SpO2 dan RR (waktu pengukuran dengan istirahat 10 menit), selanjutnya di posisikan high fowler 90°.
C (Comparison)	Pada jurnal ini tidak ada tindakan pembandingan yang diberikan karena jurnal ini menggunakan tindakan kolaborasi.	Pada jurnal ini tidak ada tindakan pembandingan yang diberikan karena jurnal ini menggunakan studi kasus.	Pada jurnal ini dibandingkan tindakan head up 30° dengan tindakan semi-fowler 45° dan tindakan high fowler 90°
O (Outcome)	Pemberian pengaturan posisi semi fowler dengan kombinasi lateral kanan dapat memperbaiki	Hasil studi menunjukkan bahwa pre test pasien CHF di IGD RS Roemani mengalami	Menunjukkan bahwa posisi semi fowler 45° dapat meningkatkan

	<p>hemodinamik pasien dengan gagal jantung kongestif. Hasil penelitian yang telah dilakukan menunjukkan adanya peningkatan pada kadar saturasi oksigen dan nadi serta terjadinya penurunan pada tekanan darah dan laju pernafasan pasien setelah diberikan pengaturan posisi selama 15 menit. Secara teori sebenarnya posisi tubuh sangat berpengaruh terhadap perubahan denyut nadi dan tekanan darah, hal ini karena efek gravitasi bumi. Pada saat duduk maupun berdiri kerja jantung dalam memompa darah akan lebih keras karena melawan gaya gravitasi sehingga kecepatan denyut jantung meningkat. Tubuh akan mendeteksi tekanan darah tidak mencukupi maka akan terjadi mekanisme kompensasi dari jantung untuk meningkatkan nadi</p>	<p>sesak nafas. Pasien pertama dengan RR: 26x/menit dengan SpO2 94%. Pasien kedua mengalamisesak nafas dengan RR: 28x/menit dan SpO2 95%. Hasil post test setelah memposisikan semi-fowler selama 15 menit mendapatkan hasil pada responden pertama RR: 20x/menit, SpO2 99%, pada responden kedua hasil RR: 22x/menit, SpO2 98% Tindakan memposisikan semi-fowler pada pasien dengan CHF berpengaruh dalam peningkatan saturasi oksigen bagi pasien.</p>	<p>saturasi oksigen dengan rata-rata 6 poin dan menurunkan respirasi rate dengan rata-rata 10 poin. Perubahan posisi dapat menjadi implementasi keperawatan dalam meningkatkan saturasi oksigen dan menurunkan respirasi rate.</p>
--	--	--	--

	dan seterusnya meningkatkan aliran curah jantung.		
T (Time)	Penelitian dilakukan pada bulan Maret 2020 (Muti Teja Refa, 2020)	Penelitian ini dilakukan pada bulan Oktober 2019 (Widodo Sri & Pambudi Agung Dimas, 2020)	Februari 2020 (Yulianti & Chanif, 2021)

BAB V

KESIMPULAN

A. Simpulan

Berdasarkan pengkajian data, tinjauan kasus di lapangan mengenai asuhan keperawatan pada Ny.M dengan *Congestive Heart Failure* (CHF) di ruang ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar, maka penulis menarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian : dari hasil yang didapatkan dari Ny.M faktor terjadinya CHF yaitu memiliki riwayat hipertensi 40 tahun yang lalu, riwayat penyakit jantung dan riwayat diabetes melitus serta usia pasien yang sudah 87 tahun yang sangat berisiko mendukung terjadinya CHF pada pasien. Data yang sangat mendukung yaitu hasil pemeriksaan *Echocardiografy* yang menunjukkan bahwa nilai *ejection fungtion* (EF) pasien 38%.
2. Diagnosis Keperawatan yang ditemukan pada Ny.M dengan CHF yaitu: Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas, Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Penurunan arteri dan/ atau vena, dan Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.
3. Intervensi keperawatan: dalam rencana keperawatan yang telah penulis susun pada prinsipnya sama dengan yang terdapat dalam tinjauan teoritis meliputi observasi, teraupetik, edukasi, dan kolaborasi. Intervensi unutm masalah penurunan curah jantung yaitu perawatan jantung. Intervensi untuk masalah perfusi perifer tidak efektif yaitu perawatan sirkulasi. Sedangkan intervensi untuk masalah intoleransi aktivitas yaitu manajemen energi
4. Implementasi keperawatan: setelah perawatan selama tiga hari yang dibantu oleh rekan dan perawat di ruangan, semua implementasi dapat terlaksanakan dengan baik.

5. Evaluasi keperawatan: dari hasil evaluasi selama 3 hari pemberian implementasi kepada pasien ada 1 diagnosis yang teratasi, yaitu diagnosa perfusi perifer tidak efektif. Pasien dengan CHF membutuhkan waktu yang cukup lama untuk memulihkan kembali kesehatannya, sehingga dibutuhkan perawatan yang lama, sehingga 2 diagnosis yaitu penurunan curah jantung dan intoleransi aktivitas belum teratasi sepenuhnya dan hanya teratasi sebagian..
6. Penerapan EBN pada pasien Ny.R dengan CHF yaitu tentang pemberian posisi semi-fowler/fowler. EBN ini dilakukan dengan tujuan agar mampu memperbaiki kondisi atau keluhan utama pada pasien CHF yaitu sesak yang dialami akibat penurunan curah jantung, dan pada evaluasi implementasi hari terakhir ditemukan bahwa SpO₂ pasien berada di 98%. Hal ini membuktikan bahwa pemberian posisi semi-fowler dapat dan berhasil membantu pasien dalam pemenuhan kebutuhan oksigen pasien. Pasien masuk ICU dengan SpO₂ 88% dan ketika diberikan intervensi dan diberikan posisi semi-fowler sesuai EBN selama 3 hari maka terjadi perbaikan kadar saturasi oksigen dari 88% menjadi 98%.

B. Saran

Berdasarkan simpulan diatas, maka penulis menyampaikan beberapa saran yang kiranya bermanfaat bagi peningkatan kualitas pelayanan yang ditunjukkan

1. Bagi Institusi Rumah Sakit

Pihak RS diharapkan rumah sakit dapat memiliki SOP dalam penanganan pasien CHF terlebih khusus yang berkaitan dengan pembatasan cairan , seperti contoh pada pasien CHF yang diberikan intervensi pembatasan cairan agar disediakan gelas dengan pengukur CC sehingga batasan cairan yang diminum

oleh pasien dapat terukur dan tepat.

2. Bagi Profesi Keperawatan

Untuk perawat diharapkan mampu dan kompeten dalam memberikan tindakan keperawatan atau asuhan keperawatan pada pasien dengan CHF agar pasien tidak jatuh dalam kondisi yang kritis bahkan hingga meninggal sehingga angka kematian yang tinggi akibat penyakit CHF dapat berkurang. perawat mampu dan kompeten dalam memberikan asuhan keperawatan bagi pasien dengan CHF dan yang lebih penting yaitu perawat mampu menjalankan perannya sebagai edukator untuk memberikan edukasi keperawatan kepada pasien dan keluarga, sehingga pada waktu pulang ke rumah pasien bisa menghindari faktor-faktor risiko yang dapat menyebabkan terjadinya penyakit jantung yang berulang

3. Bagi Institusi Pendidikan

Untuk lebih meningkatkan pengetahuan terkait pengkajian pada pasien CHF serta meningkatkan ketrampilan dalam melakukan intervensi yang tepat bagi pasien CHF sesuai dengan teori yang didapatkan di bangku perkuliahan demi membantu meningkatkan mutu dalam merawat pasien serta diharapkan juga dapat mengadakan pembaharuan melalui pendidikan tinggi keperawatan.





















DAFTAR PUSTAKA

- Andini Ayu Prima. (2021). *Penerapan Posisi Semi Fowler Dalam Mengatasi Ketidakefektifan Pola Nafas Pada Pasien Congestive Heart Failure (CHF)*. 1–12.
- Astuti, & Malik Zukri Muh. (2020). *Intervensi Keperawatan Pasien CHF Yang Mengalami Penurunan Curah Jantung*.
- Bariyatun, S. (2018). Penerapan Pemberian Oksigen Pada Pasien Congestive Heart Failure (CHF) Dengan Gangguan Kebutuhan Oksigenasi Di RSUD Wates Kulon Progo. *KARYA ILMIAH AKHIR NERS*, 1–123.
- Iyang, G., Upik, P., & Nia, T. (2015). *Hubungan Hipertensi Dengan Kejadian Penyakit Gagal Jantung Kongestive Di Rumah Sakit Pertamina Bintang Amin Provinsi Lampung*. December.
- Jombang, K. R. (2018). *No Title*.
- Mariana, Susilo, C. B., & Bariyatun Samsi. (2014). *Chf*. 8–38.
- Muti Teja Refa. (2020). *Pengaruh Posisi Semi Fowler Dengan Kombinasi Lateral Kanan Terhadap Perubahan Haemodinamik Pada Pasien Gagal Jantung Di Ruang ICCU Rumah Sakit Umum Daerah Margono Soekarjo Purwokerto*. 13.
- Nekolla, S. G., Saraste, A., Sager, H., Makowski, M. R., & Schwaiger, M. (2021). Congestive Heart Failure. *Molecular Imaging: Principles and Practice*, 1167–1191.
- New York Heart Association (NYHA) classification*. (n.d.). October 2011, 2014.
- Pratiwi, D. R. S. (2016). Asuhan Keperawatan Tn. W Dan Tn. K Yang Mengalami Congestive Heart Failure (CHF) Dengan Penurunan Curah Jantung Di Ruang Intensive Cardilogicare Unit (ICCU) Rumah Sakit Umum Pusat dr. Suradji Titonegoro Klaten Di. *Karya Tulis Ilmiah*, 1–135.
- Riskesdas 2018. (2018). *Hasil Utama Riskesdas*.

- Rohmah, I. N. (2017). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Ny. S Dan Ny. N Yang Mengalami Congestive Heart Failure (CHF) Dengan Intoleransi Aktivitas Di Ruang Icu RSUD Salatiga.*
- Santos, M. F. A. D. (2019). *Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny. M. G Dengan Chf (Congestive Heart Failure) Di Ruang Iccu Rsud Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.*
- Stela Maris 2018. (n.d.). *Data Awal Stella Maris.*
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2018). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia* (Edisi 1). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia* (Edisi 1). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia* (Edisi 1). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Tri, I. W., Imelda, T. D. S., Jen, B. C., & Sativa Oryza Anitya Rineke. (2021). *Manajemen Nyeri untuk Congestive Heart Failure.* 12(3), 107–112.
- Wawan, S. (2016). *Kampanye Sosial Waspada Penyakit Jantung Koroner Untuk Kaum Muda Di Kota Bandung.*
- Widodo Sri, & Pambudi Agung Dimas. (2020). *Posisi Semi Fowler Untuk Meningkatkan Saturasi Oksigen Pada Pasien (CHF) Congestive Heart Failure Yang Mengalami Sesak Nafas.*
- Yuli, A., & Muzaki Ahmad. (2020). *Penerapan Posisi Semi Fowler Terhadap Ketidakefektifan Pola Nafas Pada Pasien Congestive Heart Failure (CHF).* 1, 19–24.
- Yulianti, Y., & Chanif, C. (2021). *Penerapan Perubahan Posisi Terhadap Perubahan Hemodinamik Pada Asuhan Keperawatan Pasien Congestive Heart Failure.*

Lampiran I

LEMBAR KONSULTASI KARYA ILMIAH AKHIR

NO.	TANGGAL	MATERI BIMBINGAN	SARAN	TANDA TANGAN PEMBIMBING		TANDA TANGAN MAHASISWA	
				I	II	I	II
1.	10/06/2022	Mengajukan kasus "asuhan keperawatan pada pasien dengan CHF di ruang ICU/ICCU RS Stella Maris Makassar"	Lanjutkan membuat pengkajian				
2.	13/06/2022	Asuhan keperawatan	Lengkapi asuhan keperawatan				
3.	15/06/2022	Asuhan keperawatan	Perbaiki implementasi dan evaluasi				
4.	17/06/2022	BAB I, BAB II, BAB III	Perbaiki penyusunan kalimat di BAB I, perhatikan buku panduan, lengkapi BAB II dan buat pathway, perhatikan data-data BAB III				
5.	20/06/2022	BAB I BAB II	Perhatikan tujuan khusus, cari angka prevalensi CHF Perjelas gambar anatomi, perbaiki pathway sesuai konsep penyakit				

Lampiran I

		BAB III BAB IV BAB V	Perhatikan penyusunan intervensi – evaluasi Buat pembahasan sesuai kasus Sesuaikan dengan kasus yang dibahas	oli	R	Amal	Tid
6.	24/06/2022	BAB II BAB III BAB IV	Perbaiki pathway Perbaiki implementasi dan evaluasi Tambahkan pembahasan mendalam sesuai diagnosa keperawatan yang diangkat	oli	R	Amal	Tid
7.	27/06/2022	BAB IV BAB I-V	Perbaiki susunan kalimat pada pembahasan asuhan keperawatan dan fokus pada kasus Perhatikan penulisan dan sitasi	oli	R	Amal	Tid