



KARYA ILMIAH AKHIR

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

OLEH:

LITA PAERUNAN (NS2214901088)

NI PUTU FINGKY MARSELA (NS2214901121)

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

2023



KARYA ILMIAH AKHIR

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

OLEH:

LITA PAERUNAN (NS2214901088)

NI PUTU FINGKY MARSELA (NS2214901121)

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

2023

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertandatangan dibawah ini nama :

1. Lita Paerunan (NS2214901088)
2. Ni Putu Fingky Marsela (NS2214901121)

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

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

Makassar,

yang menyatakan,

Lita Paerunan

Ni Putu Fingky Marsela

**HALAMAN PERSETUJUAN
KARYA ILMIAH AKHIR**

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

Diajukan oleh :

Nama mahasiswa/ NIM: 1. Lita Paerunan (NS2214901088)

2. Ni Putu Fingky Marsela (NS2214901121)

Disetujui Oleh:

Pembimbing I



(Mery Solon, Ns., M.Kep)
NIDN:0910057502

Pembimbing II



(Serlina Sandi, Ns., M.Kep)
NIDN: 0913068201

Disetujui,

Wakil Ketua Bidang Akademik dan Kerjasama

STIK Stella Maris Makassar



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

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh:

Nama : 1. Lita Paerunan (NS2214901088)
2. Ni Putu Fingky Marsela (NS2214901121)

Program studi : Profesi Ners

Judul Karya Ilmiah Akhir : Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan *Congestive Heart Failure* (CHF) Di ruang ICCU Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji :

DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing 1 : Mery Solon, Ns.,M.Kes,

()

Pembimbing 2 : Serlina Sandi, Ns.,M.Kep

()

Penguji 1 : Fransiska Anita, Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.MB

()

Penguji 2 : Euis Dedeh Komariah, Ns.,MSN

()

Ditetapkan Di : Makassar

Tanggal : 16 Juni 2023

Mengetahui,

Ketua STIK Stella Maris Makassar



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

NIDN: 0928027101

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : 1. Lita Paerunan (NS2214901088)

2. Ni Putu Fingky Marsela (NS2214901121)

Menyatakan menyetujui dan memberikan kewenangan kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar untuk menyimpan, mengalih informasi/ formatkan, merawat dan mempublikasikan karya ilmiah akhir ini untuk kepentingan ilmu pengetahuan. Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar,

Yang menyatakan



Lita Paerunan



Ni Putu Fingky M

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, yang telah melimpahkan rahmat dan berkat serta penyertaan-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan *Congestive Heart Failure* (CHF) DI Ruang ICCU Rumah Sakit Stella Mais Makassar”.

Dalam menyelesaikan karya ilmiah akhir ini penulis mendapat banyak dukungan baik moril, materil maupun spiritual dari berbagai pihak. Tanpa dukungan dan bantuan dari segala pihak penulis tidak mungkin dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini sebagaimana mestinya. Penulisan karya ilmiah akhir ini dimaksudkan untuk memenuhi salah satu tugas akhir bagi kelulusan mahasiswa/mahasiswi Program Profesi di STIK Stella Maris Makassar.

Oleh karena itu pada kesempatan ini perkenankanlah penulis mengucapkan terima kasih yang sedalam – dalamnya kepada:

1. Siprianus Abdu, S.Si.,Ns.,M.Kes selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar yang telah banyak memberikan masukan, pengetahuan serta motivasi untuk menyusun karya ilmiah akhir ini ini.
2. Fransiska Anita, Ns.,M.Kep.Sp.Kep.MB selaku Wakil Ketua Bidang Akademik STIK Stella Maris yang telah memberikan banyak masukan kepada penulis saat penyusunan karya ilmiah akhir.
3. Mery Sambo, Ns.,M.Kep. selaku Ketua Program studi sarjana keperawatan dan Profesi Ners STIK Stella Maris Makassar dan pembimbing akademik yang selalu membimbing dan memberikan motivasi.
4. Mery Solon Ns, M.Kep selaku dosen pembimbing I dan Serlina Sandi Ns.,M.Kep selaku dosen pembimbing II yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan kepada penulis selama proses menyelesaikan penyusunan karya ilmiah akhir ini.

6. Segenap Dosen beserta Staf STIK Stella Maris yang telah membimbing dan membekali penulis berupa ilmu pengetahuan di bidang keperawatan selama mengikuti pendidikan.
7. Teristimewa untuk kedua orangtua tercinta dari Lita Paerunan dan kedua orangtua tercinta dari Ni Putu Fingky (I Ketut Sumo Ariyanto dan Ni kadek Sukmawati), serta semua keluarga dan sahabat yang telah memberikan dukungan, motivasi, bantuan doa, perhatian dan kasih sayang selama penulis mengikuti pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
8. Untuk teman – teman mahasiswa/i STIK Stella Maris profesi ners angkatan tahun 2022 yang selalu bersama-sama baik suka maupun duka dalam menjalani penyusunan karya ilmiah akhir ini. Penulis menyadari bahwa karya ilmiah akhir ini masih memiliki kekurangan, untuk itu penulis mengharapkan adanya kritikan dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan karya ilmiah akhir ini.

Makassar, 14 Juni 2023

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL.....	i
HALAMAN JUDUL.....	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	iii
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN KARYA ILMIAH AKHIR ...	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	3
1. Tujuan Umum	3
2. Tujuan Khusus.....	3
C. Manfaat Penulisan.....	3
D. Metode Penulisan.....	4
E. Sistematika Penulisan.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
Konsep Dasar	6
1. Definisi	6
2. Anatomi dan Fisiologi	7
3. Etiologi	11
4. Patofisiologi.....	14
5. Manifestasi Klinis.....	15
6. Tes Diagnostik.....	15
7. Penatalaksanaan Medis	17
8. Komplikasi	18
Konsep Dasar Keperawatan	24
Pengkajian.....	24
Diagnosis Keperawatan.....	27
Luaran dan Intervensi Keperawatan.....	28
Perencanaan pulang (<i>Discharge Planning</i>).....	29
Patoflowdiagram.....	19
BAB III PENGAMATAN KASUS	
A. Ilustrasi Kasus.....	36

B. Pengkajian Primer.....	37
C. Pengkajian Sekuder	43
D.Pemeriksaan Penunjang.....	52
E. Identifikasi Masalah	54
F. Diagnosis Keperawatan	57
G. Intervensi Keperawatan.....	59
H. Implementasi Keperawatan	66
I. Evaluasi Keperawatan.....	80
Datar Obat.....	86
BAB IV PEMBAHASAN KASUS	
Pembahasan Asuhan Keperawatan.....	92
Pembahasan Penerapan <i>Evidence Based Nursing</i>	98
PICOT EBN	105
BAB V PENUTUP	
Kesimpulan	107
Saran.....	108
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.2 Tanda dan Gejala CHF	13
Tabel 3.1 Hasil Pemeriksaan Darah Lengkap.....	52
Tabel 3.2 Pengkajian Primer.....	37
Tabel 3.3 Identifikasi Masalah	54
Tabel 3.4 Diagnosis Keperawatan	57
Tabel 3.5 Intervensi Keperawatan	59
Tabel 3.6 Pelaksanaan Keperawatan	66
Table 3.7 Evaluasi Keperawatan	80

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Jantung	7
Patolow Diagram.....	19

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Daftar Riwayat Hidup

Lampiran 2 Lembar Konsul

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Congesive Heart Failure (CHF) disebut juga dengan gagal jantung kongestif adalah ketidakmampuan jantung untuk memompa darah yang adekuat untuk memenuhi kebutuhan jaringan akan oksigen dan nutrisi. Istilah gagal jantung kongestif sering digunakan jika terjadi gagal jantung sisi kiri dan kanan. Suatu keadaan patofisiologi adanya kelainan fungsi jantung berakibat jantung gagal memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme jaringan dan atau kemampuannya hanya ada kalau disertai dengan peningkatan tekanan pengisian ventrikel kiri (Prabowo et al.,2022).

Data WHO menunjukkan bahwa sebanyak 17,3 juta orang di dunia meninggal karena penyakit CHF dan diperkirakan dapat meningkat bahkan mencapai hingga angka 23,5 juta jiwa penderita yang meninggal pada tahun 2025. Berdasarkan data dari *Global Health Data Exchange* (GHDX) 2020, jumlah angka CHF di dunia mencapai angka 64,34juta kasus dengan 9,91 juta kematian (Lippi & Gomar, 2020). Di benua Asia penyakit CHF menduduki peringkat tertinggi kematian dengan jumlah kasus 712,100 ribu jiwa. Negara Indonesia menempati urutan ke dua dengan jumlah penderita CHF sebanyak 371.000 jiwa (WHO, 2016). Kejadian penyakit CHF di Indonesia dari tahun ke tahun terus mengalami peningkatan. Pada tahun 2018 angka kejadian penyakit CHF naik 1,67% dibandingkan pada tahun 2013 (Kemenkes RI, 2019).

Sedangkan, di Sulawesi Selatan berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018, angka kejadian penyakit CHF semakin meningkat dari tahun sebelumnya yaitu tahun 2013 sebanyak 0,3%, dan tahun 2018 sebanyak 1,5%, Prevalensi penyakit jantung di Indonesia dilihat berdasarkan jenis kelamin, perempuan

menempati presentasi lebih banyak yaitu 1,6% dibanding dengan laki-laki 1,3%. Jika dilihat berdasarkan usia, prevalensi CHF usia 75 tahun ke atas ada 4,7% dibandingkan dengan usia lainnya. Prevalensi penyakit CHF berdasarkan daerah paling tertinggi di provinsi Kalimantan Utara dengan presentasi 2,2%, dan yang terendah NTT yaitu 0,7%, sedangkan Sulawesi Selatan sebanyak 1,5%. Berdasarkan hasil Riskesdas Provinsi Sulawesi Selatan termasuk tertinggi dengan angka kejadian penyakit CHF sehingga dibutuhkan pemberian asuhan keperawatan yang komprehensif agar dapat menurunkan angka kejadian penyakit CHF (Riskesdas, 2018).

Tingginya angka kejadian penyakit CHF di dunia bahkan di Indonesia mengakibatkan angka rawat inap pasien dengan penyakit CHF pun meningkat, bahkan angka rawat inap pasien dengan penyakit CHF berulang pun masih tinggi dan dapat menurunkan kelangsungan hidup (Anita et al., 2022). Angka kematian tertinggi pada pasien dengan penyakit CHF mengharuskan keseriusan dalam penanganannya sehingga fase kritis pada pasien dapat terlewat dan masalah kekambuhan pada pasien. Sebagai pemberi asuhan keperawatan sangat berperan penting dalam proses penyembuhan pada pasien dengan penyakit CHF. Perawat dituntut untuk mampu memberi asuhan keperawatan secara kritis terkhususnya pada ruangan ICU dan mampu untuk menjalankan fungsinya sebagai *educator* sangat penting sehingga, ketika pasien pulang dapat memahami kondisinya dan mampu mencegah risiko-risiko yang dapat menyebabkan kekambuhan pada pasien CHF.

Berdasarkan fenomena yang penulis amati di ruang ICCU Rumah Sakit Stella Maris Makassar didapatkan selama 3 minggu terakhir jumlah pasien yang masuk dengan CHF kurang lebih 4 orang dan sebagian besar pasien masuk akibat terjadinya *relaps* atau kekambuhan dari penyakit CHF yang diderita pasien tersebut. Dengan melihat hal tersebut maka penulis tertarik mengambil kasus ini untuk

menerapkan serta membahas kasus ini dalam bentuk karya ilmiah akhir dengan judul Asuhan Keperawatan pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) di Ruang perawatan ICCU Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Harapan penulis melalui penanganan yang komprehensif tidak terjadi komplikasi dan mengurangi angka kematian dan jumlah *Congestive Heart Failure* (CHF).

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

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

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian keperawatan kritis pada pasien Tn.A dengan *Congestive Heart Failure*.
- b. Menetapkan diagnosis keperawatan pada pasien Tn.A dengan *Congestive Heart Failure*.
- c. Menetapkan rencana tindakan keperawatan pada pasien Tn.A dengan *Congestive Heart Failure*.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien Tn.A dengan *Congestive Heart Failure* dan tindakan keperawatan berdasarkan *Evidence Based Nursing* (EBN).
- e. Melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien Tn.A dengan *Congestive Heart Failure*.
- f. Melakukan dokumentasi keperawatan kritis pada pasien Tn.A dengan *Congestive Heart Failure*.

C. Manfaat Penulisan

Dalam penulisan karya ilmiah akhir ini, diharapkan agar dapat memberikan manfaat sebagai berikut:

1. Bagi Instansi Rumah Sakit

Karya ilmiah ini dapat bermanfaat sebagai bahan bacaan serta sumber informasi pada pasien dengan *Congestive Heart Failure*.

2. Bagi Profesi Keperawatan

Menambah wawasan profesi keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Congestive Heart Failure*.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Karya ilmiah ini dapat digunakan sebagai sumber informasi dalam meningkatkan kualitas penulisan karya ilmiah akhir.

D. Metode Penulisan

Pendekatan yang digunakan dalam menghimpun data/informasi melalui:

1. Studi Kepustakaan

Dengan memperoleh informasi-informasi terbaru dari internet, buku, jurnal dengan berbagai situs dan materi dari literatur-literatur di perpustakaan.

2. Studi Kasus

Dengan studi kasus menggunakan asuhan keperawatan yang komprehensif meliputi pengkajian data, analisa data, penetapan diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan. Teknik pengumpulan data yang dilakukan adalah:

- a. Wawancara

Dengan mengadakan atau melakukan tanya jawab kepada pasien, keluarga, dan perawat di ruangan berkaitan dengan penyakit.

- b. Observasi

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

c. Pemeriksaan fisik

Dengan melakukan pemeriksaan langsung pada pasien mulai dari kepala sampai kaki melalui inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi.

d. Melalui Diskusi

Mengadakan diskusi sekaligus konsultasi dengan pembimbing karya ilmiah, pembimbing klinik di ruang perawatan serta teman-teman mahasiswa.

E. Sistematika Penulisan

Penulisan karya ilmiah akhir ini disusun secara sistematika yang dimulai dari penyusunan BAB I (Pendahuluan) yang terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, metode penulisan, dan sistematika penulisan. BAB II (Tinjauan Pustaka) yang disusun dari berbagai topik yaitu konsep dasar medik yang terdiri dari pengertian, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinik, tes diagnostik, penatalaksanaan medik dan komplikasi; kemudian konsep dasar keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan dan perencanaan pulang. BAB III (Pengamatan Kasus) yang diawali dengan ilustrasi Kasus, setelah itu pengkajian data dari pasien, analisa data, penetapan diagnosis, perencanaan keperawatan, implementasi/pelaksanaan keperawatan dan evaluasi. BAB IV (Pembahasan Kasus) berisi tentang pembahasan kesenjangan yang dapat dibandingkan melalui teori dengan pengamatan kasus pasien yang dirawat serta pembahasan penerapan EBN (pada tindakan keperawatan). BAB V (Simpulan dan Saran) sebagai bagian akhir dari karya ilmiah akhir ini yang berisi tentang uraian kesimpulan dan saran bagi pihak-pihak yang terkait dari penyusunan karya ilmiah ini.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Medis

1. Pengertian

CHF merupakan akibat dari ketidakadekuatan *cardiac output* dan pengiriman oksigen ke jaringan. Hal ini dapat disebabkan karena ketidakmampuan jantung untuk secara efektif (kegagalan sistolik) atau tidak adekuatnya pengisian jantung (kegagalan diastolik) (Putri et al., 2023). Gagal jantung adalah respon terhadap disfungsi jantung, suatu kondisi di mana jantung tidak dapat memompa darah pada volume yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan tubuh (Nurkhalis & Adista, 2020). Gagal jantung adalah kondisi yang terjadi ketika fungsi jantung sangat terganggu sehingga pompa jantung tidak bisa lagi membuat darah bergerak melalui jantung (Prastiyo, 2021).

Menurut Yulianti & Chanif, (2021) CHF adalah suatu keadaan di mana jantung tidak mampu untuk mempertahankan curah jantung yang adekuat guna memenuhi kebutuhan metabolik dan kebutuhan oksigen pada jaringan meskipun aliran balik vena adekuat yang menyebabkan penderita gagal jantung akan merasa mudah lelah, orthopnea, dan edema. *Congestive Heart Failure* (CHF) didefinisikan sebagai suatu kumpulan gejala kompleks yang diakibatkan adanya gangguan pada proses kerja jantung, baik itu secara struktural maupun fungsional (Pambudi & Widodo, 2020).

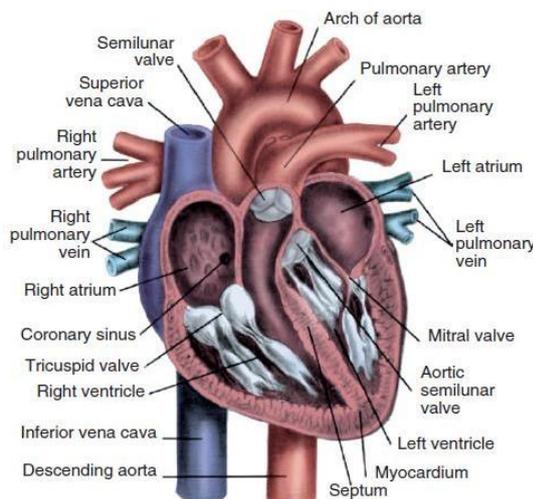
Berdasarkan penjelasan di atas, penulis menyimpulkan bahwa gagal jantung adalah ketidakmampuan atau kegagalan jantung dalam memompa darah untuk memenuhi kebutuhan oksigen didalam tubuh yang dapat mengganggu proses proses kerja jantung, baik itu secara struktural maupun fungsional. Hal itu terjadi

karena adanya disfungsi bilik jantung yang biasanya terjadi karena adanya aritmia dan karena kelebihan cairan sehingga menyebabkan perubahan fungsi jantung. Penderita gagal jantung akan merasa mudah lelah, orthopnea, dan edema.

2. Anatomi Fisiologi

a. Anatomi Jantung

Jantung terletak di rongga toraks anterior, tepat di belakang sternum berbentuk kerucut dan membentang dari atas dan ke kiri. Bagian apex jantung berada di dasar jantung dan terletak di di kiri garis tubuh dan bagian basal jantung berada diatas, dimana pembuluh darah besar masuk ke jantung terletak di belakang sternum. Umumnya, ukuran jantung seseorang adalah seukuran kepalan tangan pada orang dewasa, rata-rata panjangnya 12 cm dan luas 8 hingga 9 cm di bagian terluas. Pada pria dewasa, berat jantung normal rata-rata 310 g, dan pada wanita rata-rata 255 g.



Gambar 2.1. Anatomi Jantung (Urden et al., 2014)

Jantung tersusun dari 4 ruang, 2 ruang di bagian atas (atrium) dan dua ruang sebagai pompa dibagian bawah

(ventrikel). Dinding muskular (septum) memisahkan ruang sisi kanan dari ruang disisi kiri. Atrium kanan, menerima darah terdeoksigenasi (sedikit oksigen) dari seluruh tubuh. Darah mengalir ke ventrikel kanan, yang kemudian memompa darah ke paru-paru. Atrium kiri menerima darah teroksigenasi (banyak oksigen) dari paru-paru. Darah mengalir ke ventrikel kiri, yang memompa darah ke sirkulasi sistemik. Lapisan-lapisan jantung terdiri dari 3 lapisan jaringan:

- 1) Epikardium melapisi bagian permukaan luar jantung. Epikardium melekat kuat pada jantung dan pada beberapa sentimeter pertama arteri pulmonalis dan aorta.
- 2) Miokardium
Tersusun atas serabut otot lurik dan berperan dalam kontraksi jantung.
- 3) Endokardium
Tersusun atas jaringan endotelial yang melapisi ruang jantung bagian dalam dan katup jantung (Urden et al., 2014).

b. Fisiologi Jantung

Menurut Huether & McCane (2019) fisiologi jantung terdiri dari:

- 1) Katup jantung
 - a) Katup *atrioventricular*

Letaknya berada antara atrium dan ventrikel yang terbagi menjadi 2 yaitu: katup tricuspidalis yang terletak antara atrium kanan dan ventrikel kanan yang mempunyai tiga buah daun katup dan katup mitral yang terletak antara atrium kiri dan ventrikel kiri yang mempunyai dua buah daun katup. Katup antrioventrikular memungkinkan darah mengalir dari masing-masing atrium ke ventrikel pada fase

diastol ventrikel dan berfungsi mencegah aliran balik pada saat sistol ventrikel.

b) Katup seminular

Katup pulmonal dan katup aorta merupakan bentuk dari katup seminular, yang memungkinkan darah mengalir dari masing-masing ventrikel ke arteri pulmonalis/aorta selama sistol ventrikel dan berfungsi untuk mencegah aliran balik saat diastol ventrikel.

2) Sirkulasi sistem kardiovaskuler

a) Sirkulasi sistemik

Sirkulasi sistemik ini dimulai saat dipompanya darah oleh ventrikel kiri menuju arteri terbesar, yaitu aorta. Aorta berjalan naik ke atas jantung, melengkung ke bawah pada arkus aorta dan menurun tepat di anterior kolumna yang menyuplai darah ke daerah pelvis dan tungkai. Arteri besar yang mempunyai kepala, lengan, dan jantung, berasal dari arkus aorta, dan arteri utama yang menyuplai organ visera, berasal dari percabangan aorta desendens. Oleh karena itu, semua organ kecuali hati, mendapat suplai darah dari arteri-arteri yang muncul dari aorta.

b) Sirkulasi pulmonal

Sirkulasi pulmonal dimulai saat darah dipompa oleh ventrikel kanan ke arteri pulmonalis utama, yang kemudian langsung bercabang dua menjadi arteri pulmonalis kanan dan kiri yang menyuplai masing-masing paru. Darah vena ini mengalami oksigenasi saat alirannya melalui kapiler pulmonal. Selanjutnya darah kembali ke jantung melalui vena-vena pulmonalis ke arteri kiri yang memompa ke ventrikel kiri. Kebutuhan metabolik paru tidak dipenuhi oleh sirkulasi pulmonal, namun oleh sirkulasi bronkial. Sirkulasi ini

muncul dari arteri interkostalis, yang merupakan percabangan dari aorta. Sebagian besar vena dari sirkulasi bronkial berakhir di dalam atrium kanan, namun beberapa bermuara ke dalam vena pulmonalis.

c) Sirkulasi koroner

Jantung kaya akan pasokan darah, yang berasal dari arteri koronaria kiri dan kanan. Arteri- arteri ini muncul secara terpisah dari sinus aorta pada dasar aorta, dibelakang tonjolan katub aorta. Arteri koronaria kanan berjalan diantara trunkus pulmonalis dan arteri kanan, menuju sulkus AV. Arteri koronaria kiri berjalan di antara trunkus pulmonalis dan atrium kiri. Arteri ini terbagi menjadi cabang sirkumfleksa, marginal kiri, dan desenden anterior.

3) Siklus jantung

Siklus jantung adalah rangkaian kegiatan dalam satu irama jantung atau periode dimulainya satu denyutan jantung dan awal dari denyutan selanjutnya. Sistol adalah periode kontraksi dari ventrikel, dimana darah akan dikeluarkan dari jantung, diastol adalah periode relaksasi dari ventrikel dan kontraksi atrium, dimana terjadi pengisian darah dari atrium ke ventrikel.

4) Curah jantung

Curah jantung merupakan volume darah yang dipompa selama 1 menit. Curah jantung ditentukan oleh jumlah denyutan jantung per menit dan stroke volume. Isi sekuncup ditentukan oleh:

a) Beban awal (*pre-load*)

Preload adalah keadaan ketika serat otot kiri jantung memanjang atau meregang sampai akhir diastol. Volume darah yang berada dalam ventrikel saat diastol ini

tergantung pada pengambilan darah dari pembuluh vena dan pengambilan darah dari pembuluh darah vena ini juga tergantung pada jumlah darah yang berbeda serta tonus otot. Isi ventrikel ini menyebabkan peregangan pada serabut mikoardium umum.

b) Daya kontraksi

Semakin kuat kontraksi otot jantung makin banyak pula volume darah yang dikeluarkan. Stimulus saraf simpatis meningkatkan kontraktilitas otot jantung dan tekanan ventrikel. Daya kontraksi dipengaruhi oleh keadaan miokardium, keseimbangan elektrolit, terutama kalium, natrium dan kalsium dan keadaan kondisi jantung.

c) Beban akhir (*after-load*)

Merupakan tegangan yang harus dikeluarkan ventrikel selama kontraksi untuk mengeluarkan darah dari ventrikel melalui katup aorta semilunar. Afterload dipengaruhi oleh tekanan darah arteri, ukuran ventrikel kiri dan karakteristik katup jantung. Jika tekanan darah arteri tinggi maka jantung harus bekerja lebih keras untuk memompa darah. Hal ini ditentukan oleh tekanan pembuluh darah perifer dan ukuran pembuluh darah.

3. Etiologi

Menurut Hurst (2015), gagal jantung disebabkan dengan berbagai keadaan seperti:

a) Kelainan Otot Jantung

Gagal jantung sering terjadi pada penderita kelainan otot jantung yang disebabkan oleh menurunnya kontraktilitas jantung. Kondisi yang mendasari penyebab kelainan fungsi otot jantung mencakup aterosklerosis koroner, hipertensi arterial dan penyakit degeneratif atau inflamasi misalnya kardiomiopati.

Peradangan dan penyakit miokardium degeneratif, berhubungan dengan gagal jantung karena kondisi ini secara langsung merusak serabut jantung dan menyebabkan kontraktilitas menurun.

b) Aterosklerosis koroner

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. Infark miokardium menyebabkan pengurangan kontraktilitas, menimbulkan gerakan dinding yang abnormal dan mengubah daya kembang ruang jantung.

c) Hipertensi Sistemik atau Pulmonal (peningkatan *afterload*)

Meningkatkan beban kerja jantung dan pada gilirannya mengakibatkan hipertrofi serabut otot jantung. Hipertensi dapat menyebabkan gagal jantung melalui beberapa mekanisme, termasuk hipertrofi ventrikel kiri. Hipertensi ventrikel kiri dikaitkan dengan disfungsi ventrikel kiri sistolik dan diastolik dan meningkatkan risiko terjadinya infark miokard, serta memudahkan untuk terjadinya aritmia baik itu aritmia atrial maupun aritmia ventrikel.

d) Penyakit Jantung Lain

Terjadi sebagai akibat penyakit jantung yang sebenarnya yang secara langsung mempengaruhi jantung. Mekanisme biasanya terlibat mencakup gangguan aliran darah yang masuk jantung (stenosis katub semiluner), ketidakmampuan jantung untuk mengisi darah (*tamponade*, perikardium, perikarditif konstriktif atau stenosis AV), peningkatan mendadak *after load*. Regurgitasi mitral dan aorta menyebabkan kelebihan beban volume (peningkatan *preload*) sedangkan stenosis aorta menyebabkan beban tekanan (*after load*).

e) Faktor sistemik

Terdapat sejumlah besar faktor yang berperan dalam perkembangan dan beratnya gagal jantung. Meningkatnya laju metabolisme (misal: demam dan tirotoksikosis). Hipoksia dan anemia juga dapat menurunkan suplai oksigen ke jantung. Asidosis respiratorik atau metabolik dan abnormalitas elektronik dapat menurunkan kontraktilitas jantung.

4. Klasifikasi

Gagal jantung biasanya digolongkan menurut derajat dan beratnya gejala seperti klasifikasi menurut *New York Heart Association* (NYHA) dalam (Nurkhalis & Adista, 2020).

Kelas	Defenisi
1	Tidak terdapat batasan dalam melakukan aktifitas fisik. Aktifitas fisik sehari-hari tidak menimbulkan kelelahan, palpitasi atau sesak nafas.
2	Terdapat batasan aktifitas ringan. Tidak terdapat keluhan saat istirahat, namun aktifitas fisik sehari-hari menimbulkan kelelahan, palpitasi atau sesak nafas.
3	Terdapat batasan aktifitas bermakna. Tidak terdapat keluhan saat istirahat, tetapi aktifitas fisik ringan menyebabkan kelelahan, palpitasi atau sesak.
4	Tidak dapat melakukan aktifitas fisik tanpa keluhan. Terdapat gejala saat istirahat. Keluhan meningkat saat melakukan aktifitas.

5. Patofisiologi

Terjadinya gagal jantung diawali dengan adanya kerusakan pada jantung atau miokardium. Hal tersebut akan menyebabkan menurunnya curah jantung. Bila curah jantung tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme, maka jantung akan memberikan respon mekanisme kompensasi untuk mempertahankan fungsi jantung agar tetap dapat memompa darah secara adekuat. Bila mekanisme tersebut telah secara maksimal digunakan dan curah jantung normal tetap tidak terpenuhi, maka setelah itu timbul gejala gagal jantung. Terdapat tiga mekanisme primer yang dapat dilihat dalam respon kompensatorik, yaitu meningkatnya aktivitas adrenergik simpatis, meningkatnya beban awal akibat aktivasi *System Renin Angiotensin Aldosteron* (RAAS) dan hipertrofi ventrikel. Ketiga respon ini mencerminkan usaha untuk mempertahankan curah jantung pada tingkat normal pada gagal jantung dini pada keadaan normal. Mekanisme dasar dari gagal jantung adalah gangguan kontraktilitas jantung yang menyebabkan curah jantung lebih rendah dari curah jantung normal. Bila curah jantung berkurang, sistem saraf simpatis akan mempercepat frekuensi jantung untuk mempertahankan curah jantung. Bila mekanisme ini gagal, maka volume sekuncup harus menyesuaikan. Volume sekuncup adalah jumlah darah yang dipompa pada setiap kontraksi, yang dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu *preload* (jumlah darah yang mengisi jantung), kontraktilitas (perubahan kekuatan kontraksi yang terjadi pada tingkat sel yang berhubungan dengan perubahan panjang serabut jantung dan kadar kalsium), dan *afterload* (besarnya tekanan ventrikel yang harus dihasilkan untuk memompa darah melawan perbedaan tekanan arteriol). Apabila salah satu komponen itu terganggu maka curah jantung akan menurun. Menurunnya volume sekuncup

pada gagal jantung akan membangkitkan respon simpatis kompensatorik. Hal ini akan merangsang pengeluaran katekolamin dari saraf-saraf adrenergik jantung dan medula adrenal. Denyut jantung dan kekuatan kontraksi akan meningkat untuk menambah curah jantung. Selain itu juga terjadi vasokonstriksi arteri perifer untuk menstabilkan tekanan arteri dan redistribusi volume darah untuk mengutamakan perfusi ke organ vital seperti jantung dan otak (Ramli & Karani, 2018)

Aktivasi sistem renin angiotensin aldosteron akan menyebabkan retensi natrium dan air oleh ginjal, meningkatkan volume ventrikel dan regangan serabut. Peningkatan beban awal ini akan menambah kontraktilitas miokardium sesuai dengan mekanisme Frank Starling. Respon kompensatorik yang terakhir pada gagal jantung adalah hipertrofi miokardium atau bertambahnya ketebalan otot jantung. Hipertrofi akan meningkatkan jumlah sarkomer dalam sel-sel miokardium. Sarkomer dapat bertambah secara paralel atau serial bergantung pada jenis beban hemodinamik yang mengakibatkan gagal jantung. Awalnya, respon kompensatorik sirkulasi ini memiliki efek yang menguntungkan. Namun pada akhirnya mekanisme kompensatorik dapat menimbulkan gejala dan meningkatkan kerja jantung. Hasil akhir dari peristiwa di atas adalah meningkatnya beban miokardium dan terus berlangsungnya gagal jantung (Nurkhalis & Adista, 2020).

6. Manifestasi Klinis

Menurut Kurniati (2018) manifestasi pada pasien gagal jantung bergantung pada ventrikel yang rusak:

a. Gagal Ventrikel Kiri

Gagal ventrikel kiri menyebabkan kongestif pulmonal dan gangguan mekanisme pengendalian pernapasan. Masalah ini akhirnya akan menyebabkan distres pernapasan.

- 1) Dispnea (sesak nafas/sulit bernafas)
 - 2) Orthopnea
 - 3) Dispnea Noktural Paroksimal (PND)
 - 4) Terdengar suara gallop jantung (S3 dan S4)
 - 5) Terdengar suara tambahan krakles
 - 6) Edema pulmonal
- b. Gagal Ventrikel Kanan
- 1) Edema perifer
 - 2) Distensi vena jugular
 - 3) Ascites
 - 4) Hepatomegali
 - 5) Nausea

7. Pemeriksaan Diagnostik

a. *Echocardiogram*

Echocardiogram dua dimensi bersama dengan studi aliran Dopler memberikan informasi mengenai ukuran ruang jantung dan fungsi ventrikel. Tes ini membantu mengkaji penyakit jantung miokardium, katup, kongenital, endokardium dan perikardium yang memungkinkan apakah terjadi disfungsi diastolik dan sistolik.

b. EKG

Dapat memberikan petunjuk penyebab LVF. Abnormalitas EKG muncul akibat gangguan jantung yang mendasari dan dari agen terapeutik. Hal ini dapat menunjukkan bukti infark miokardium yang mendahului, disritmia atau disfungsi ventrikel kiri.

c. *Rontgen/Sinar X-Ray Dada*

Menunjukkan adanya siluet jantung yang melebar, kongestif paru dan vena dan edema interstisial. Pada rontgen dada, edema interstisial menghasilkan gambaran yang disebut garis *Kerley B*. Efusi pleura dapat terjadi dan secara umum

mencerminkan gagal ventrikel bevintrikuler.

d. Analisa Gas Darah

Gagal jantung awal dengan edema paru dapat menyebabkan alkalosis respiratorik akibat hiperventilasi. Seiring dengan perkembangan penyakit, dan oksigenasi menjadi lebih terganggu, terjadi asidosis. Nilai oksimetri nadi menunjukkan penurunan kadar oksigen.

e. Peptida Natriuretik tipe B (*B-type natriuretic peptide*),
BUN dan Enzim Hati

Seiring dengan derajat gagal jantung yang memburuk, tingkat kadar BNP yang disekresikan pada darah meningkat. Enzim hati dapat mencerminkan derajat kegagalan jantung. Peningkatan kadar nitrogen urea darah dan kadar kreatinin mencerminkan penurunan perfusi ginjal (Black, 2014).

8. Penatalaksanaan Medik

a. Pemberian Oksigen

Oksigen tambahan harus diberikan kepada pasien yang tampak hipoksia dengan tujuan mempertahankan saturasi oksigen lebih besar dari 90%. Terapi awal mungkin memerlukan masker wajah *nonrebreather* dengan oksigen aliran tinggi.

b. Diuretik

Setelah jalan napas terlindungi, perhatian diarahkan untuk mengurangi edema. Diuretik memiliki efek antihipertensi dengan meningkatkan pelepasan air dan garam natrium. Hal ini menyebabkan penurunan volume cairan dan merendahkan tekanan darah. Diuresis agresif biasanya dimulai dengan IV furosemide 40 mg, torsemide 10 hingga 20 mg atau bumetanide 1 mg.

c. *Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitors*

Semua pasien dengan disfungsi LV sistolik simptomatik

harus diresepkan *ACE inhibitor*. Obat-obatan dalam kelompok ini (kaptopril, enalapril, lisinopril) bekerja pada sistem renin-angiotensin dengan secara khusus mencegah konversi angiotensin I menjadi angiotensin II. Akibatnya, resistensi pembuluh darah sistemik (*afterload*) menurun.

d. Penyekat Reseptor

Kecuali terdapat kontraindikasi, penyekat beta harus diberikan pada pasien gagal jantung sistematik dan fraksi ventrikel kiri $\leq 40\%$. Penyekat beta memperbaiki fungsi ventrikel dan kualitas hidup dan juga mengurangi perawatan rumah sakit karena perburukan gagal jantung.

e. Antagonis Aldosteron

Penambahan obat antagonis aldosteron dosis kecil harus dipertimbangkan pada gagal jantung sistematik berat tanpa hiperkalemia dan gangguan fungsi ginjal berat.

f. Digoxin

Digoxin sering ditambahkan pada regimen pengobatan pada gagal jantung kronis. Digoxin adalah inotropik positif, sering disebut klien sebagai obat yang memperlambat dan menguatkan denyut jantung (Morton & Fontaine, 2018).

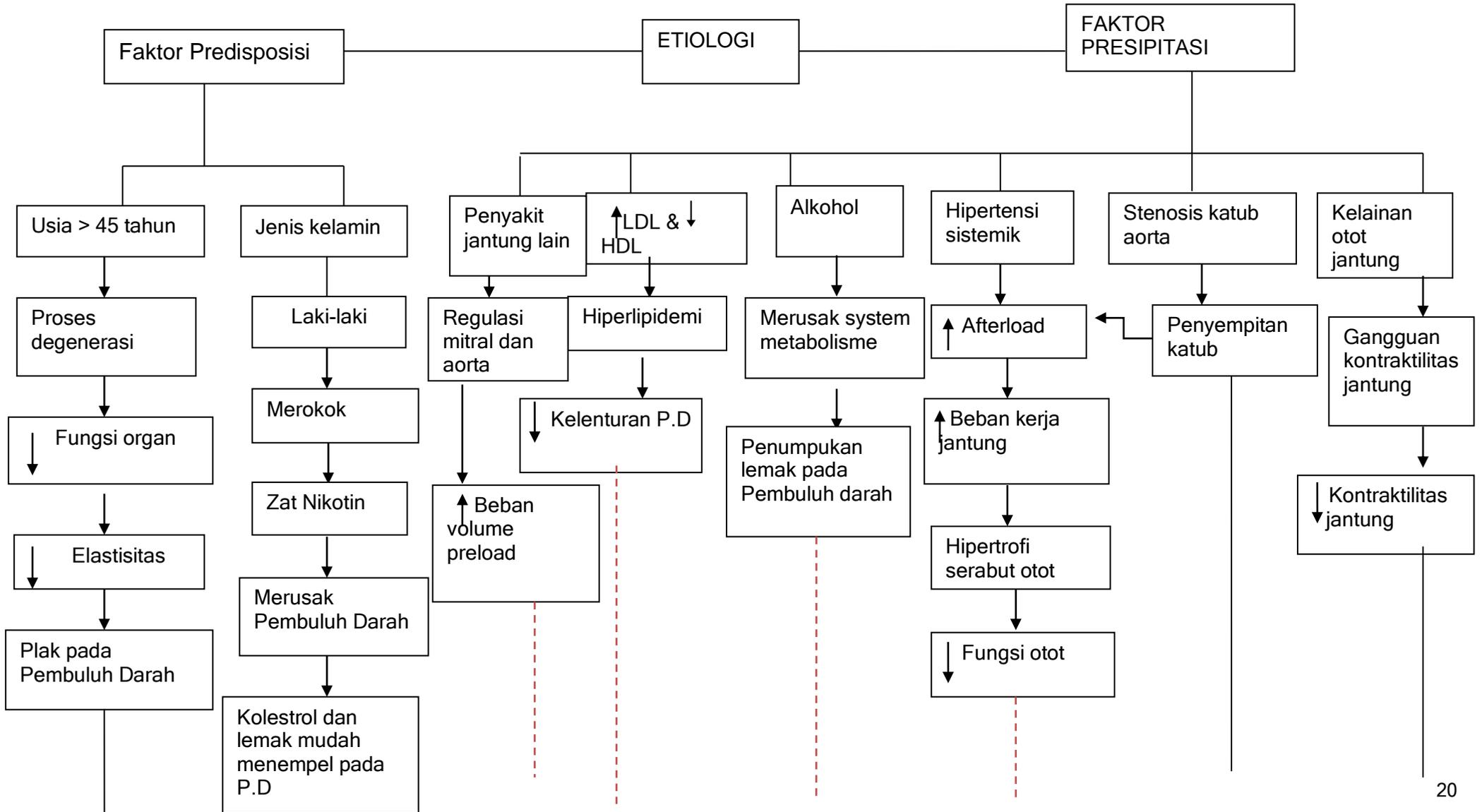
9. Komplikasi

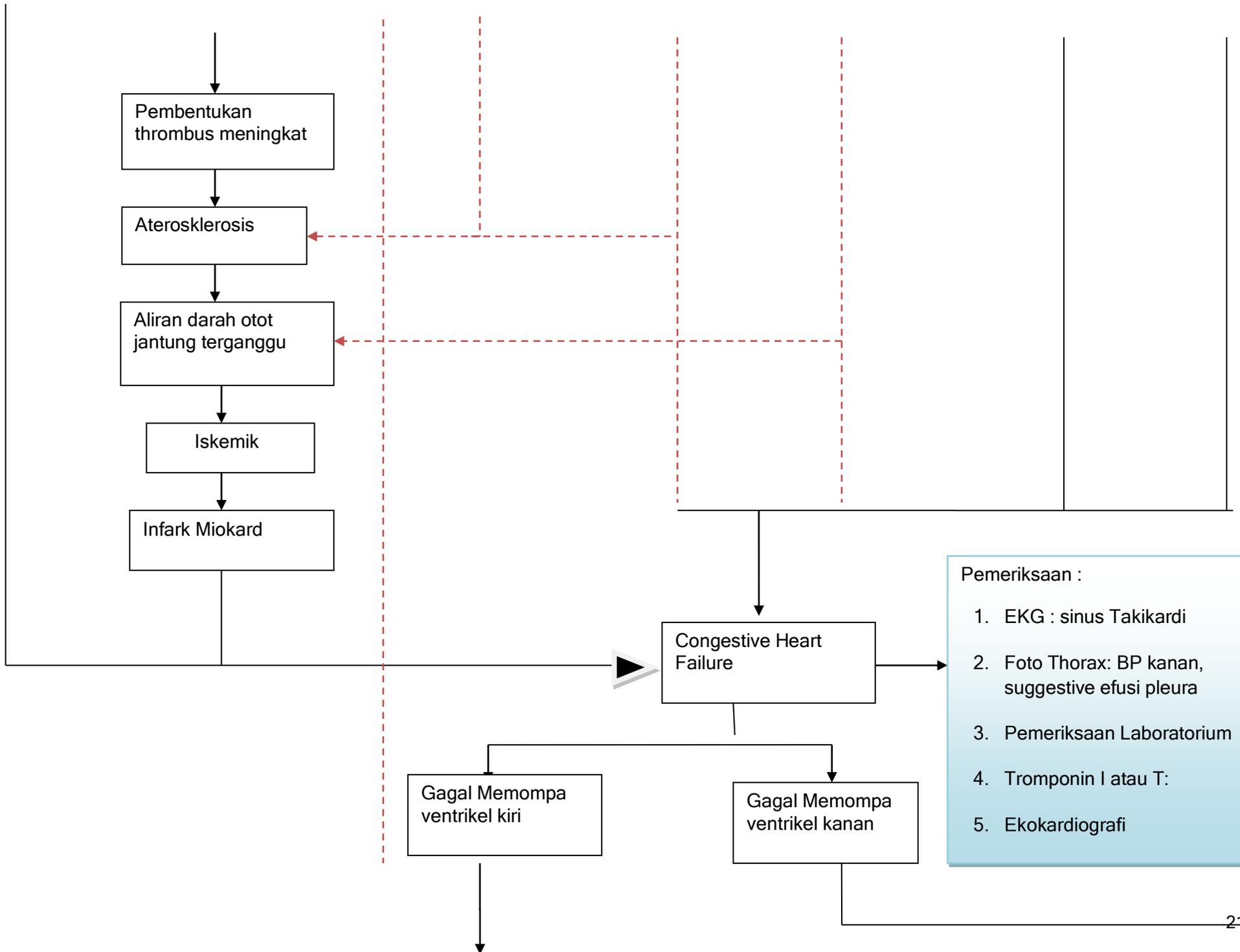
Menurut LeMode (2016), mekanisme kompensasi yang dimulai pada gagal jantung dapat menyebabkan komplikasi pada sistem tubuh lain. Hepatomegali kongestif dan splenomegali kongestif yang disebabkan oleh pembengkakan sistem vena porta menimbulkan peningkatan tekanan abdomen, asites dan masalah pencernaan. Pada gagal jantung sebelah kanan yang lama, fungsi hati dapat terganggu. Distensi miokardium dapat memicu disritmia dan mengganggu curah jantung lebih lanjut. Efusi pleura dan masalah paru lain dapat terjadi. Komplikasi mayor gagal jantung

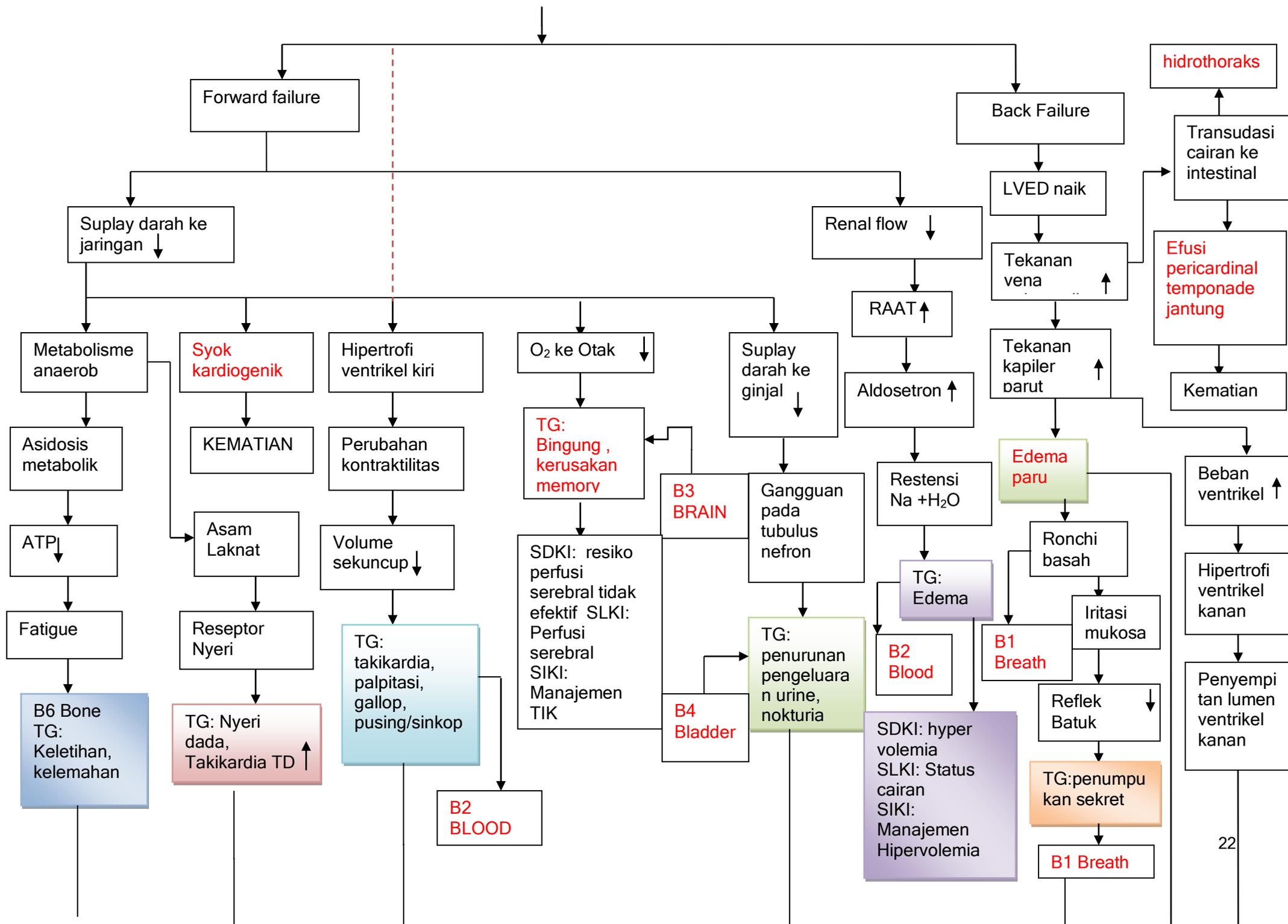
berat adalah syok kardiogenik dan edema paru. Gagal jantung kongestif dapat menyebabkan komplikasi pada sistem tubuh lain, yaitu:

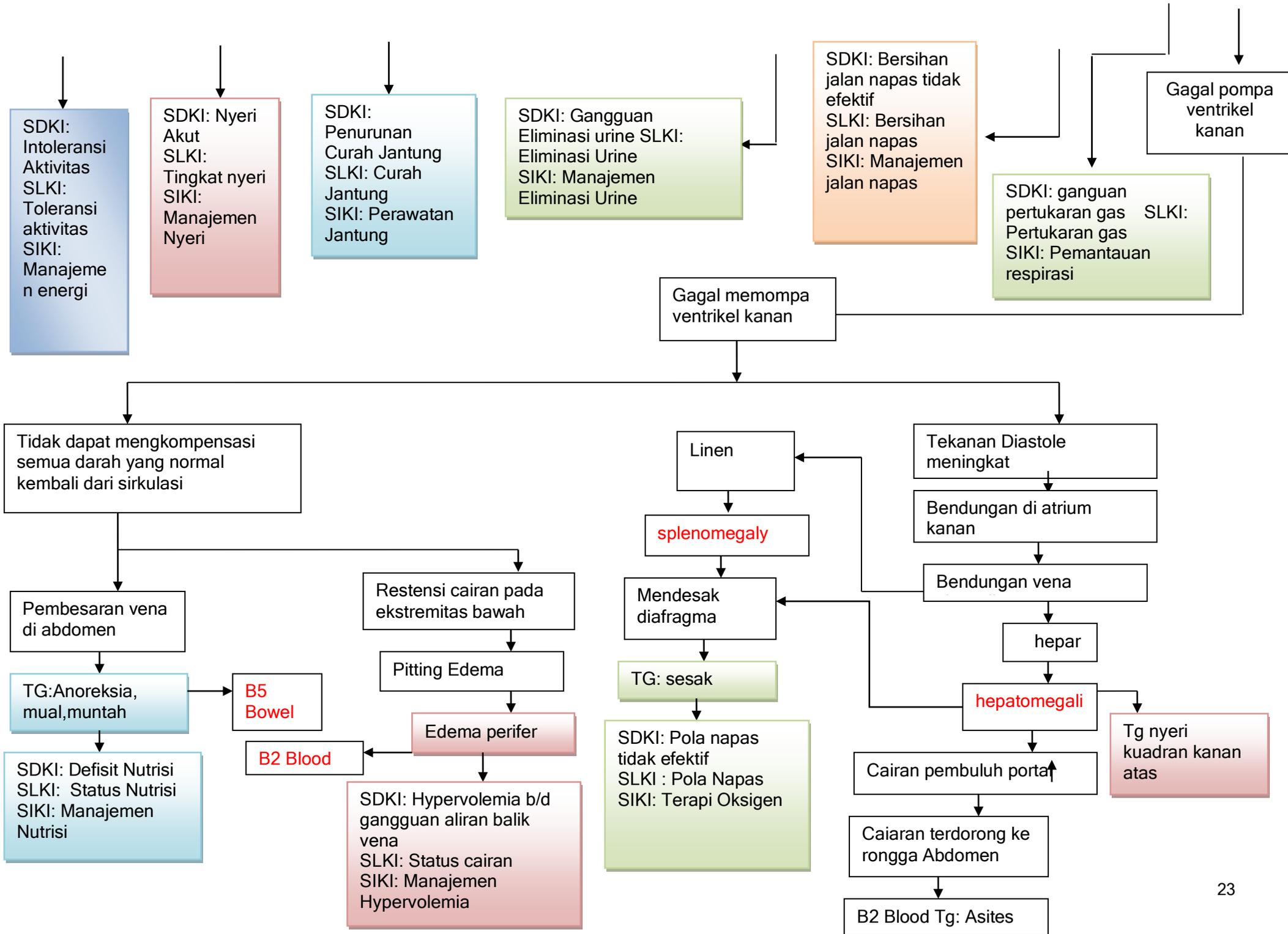
- a. Sistem kardiovaskuler: Angina, disritmia, kematian jantung mendadak dan syok kardiogenik.
- b. Sistem pernapasan : Edema paru, pneumonia, asma kardiak, efusi pleura, pernapasan *Cheyne-Stokes* dan asidosis respiratorik.
- c. Sistem pencernaan: Malnutrisi, asites, disfungsi hati.

Patoflow Diagram CHF









B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

Menurut Muttaqin (2014) data-data dalam pengkajian yang dapat ditemukan di pasien gagal jantung yaitu:

a. Pengkajian primer

- 1) *Breath* (B1): dyspnea pada ekspirasi, napas pendek, takipnea, ortopnea, batuk kering, ronchi pada dasar paru, kemungkinan komplikasi: edema paru, pneumonia, asma kardiak, efusi pleura, pernapasan *cheyne-stokes*, asidosis respiratorik.
- 2) *Blood* (B2): takikardia, palpitasi, bunyi jantung S3 S4, kenaikan tekanan vena sentral, distensi vena leher, refluks hepatojugular, *splenomegaly*, edema perifer, kemungkinan komplikasi: angina, disritmia, kematian jantung mendadak dan syok kardiogenik.
- 3) *Brain* (B3): bingung, kerusakan memori, kecemasan, gelisah, insomnia.
- 4) *Bladder* (B4): penurunan haluaran urine, nokturia
- 5) *Bowel* (B5): anoreksia, mual, distensi abdomen, pembesaran hati, nyeri kuadaran kanan atas, kemungkinan komplikasi: malnutrisi, asites dan disfungsi hati
- 6) *Bone* (B6): kelelahan, kelemahan, pucat atau sianosis, kulit dingin dan lembab, *diaphoresis*, kemungkinan komplikasi: peningkatan risiko kerusakan jaringan, pelemahan otot.

b. Pengkajian sekunder

1. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Data Subjektif : Riwayat pola hidup yang tidak sehat, kebiasaan makan makanan yang berlemak, gorengan, merokok, minum minuman

alkohol, infeksi, anemia dan penyakit keturunan seperti jantung, hipertensi, dan kebiasaan kurang berolahraga, riwayat kebiasaan tidak dapat melakukan aktivitas berat.

Data Objektif: Pasien tampak membatasi aktivitasnya, pola hidup tidak sehat.

2. Pola nutrisi dan metabolik

Data Subjektif: Kehilangan nafsu makan, mual, muntah, penambahan atau penurunan berat badan.

Data Objektif: Pertambahan atau penurunan berat badan, edema, penggunaan diuretik, asites, perubahan turgor kulit, anemia, muntah, mukosa mulut kering dan keringat dingin.

3. Pola eliminasi

Data Subjektif: Penurunan frekuensi BAB, penurunan peristaltic usus, peningkatan frekuensi BAK, perut terasa kembung dan begah.

Data Objektif: Penurunan frekuensi urine, urine berwarna kuning, berkemih di malam hari, oliguria, konstipasi dan nokturia.

4. Pola Aktivitas dan Latihan

Data Subjektif : Cepat lelah, sesak napas, kelemahan, nyeri dada dan penurunan aktivitas.

Data Objektif : Kelelahan/ kelemahan terus -menerus sepanjang hari, insomnia, nyeri dada pada saat beraktivitas, sesak napas, ortopnea, *dyspnea nokturnal proksimal*, gelisah,

perubahan status mental. Misalnya: letargi, tanda-tanda vital berubah saat beraktivitas, takikardia, batuk non produktif atau mungkin batuk terus menerus dengan atau tanpa pembentukan sputum, sputum mungkin bercampur darah, edema pulmonal, bunyi napas mungkin tidak terdengar, suara napas *ronchi* atau *wheezing*, warna kulit pucat, sianosis dan peningkatan JVP.

5. Pola tidur dan istirahat

Data Subjektif: Kelelahan, susah tidur dan mudah terbangun, terbangun berkemih pada malam hari.

Data Objektif: Kelelahan, malaise, gelisah, dyspnea, ortopnea, *dyspnea nokturnal proksimal*, palpebrae inferior berwarna gelap, ketidakmampuan mempertahankan posisi tidur dan nokturia, wajah mengantuk.

6. Pola persepsi dan kognitif

Data Subjektif : Perasaan nyeri dan sulit berkonsentrasi

Data Objektif: Kebingungan, gelisah, gangguan proses berfikir, perubahan daya ingat, penglihatan kabur, disorientasi, gangguan status mental, penurunan kesadaran.

7. Pola persepsi dan konsep diri

Data Subjektif : Cemas, marah

Data Objektif: Kecemasan, mudah tersinggung, perubahan peran, ketidakmampuan menerima penyakit.

8. Pola peran dan hubungan dengan sesama

Data Subjektif : Menarik diri

Data Objektif: Penurunan keikutsertaan dalam aktivitas sosial yang biasa dilakukan, gangguan komunikasi dan interaksi dengan orang lain.

9. Pola reproduksi dan seksualitas

Data Subjektif: Tidak ada penyimpangan

Data Objektif : Tidak ada penyimpangan

10. Pola mekanisme stress dan coping

Data Subjektif: Cemas, khawatir, takut, marah

Data Objektif : Mudah tersinggung, gelisah, ketakutan, ragu-ragu, tidak mampu menerima kenyataan.

11. Pola sistem nilai dan kepercayaan

Data Subjektif: Kesulitan dalam melakukan ibadah.

Data Objektif: Kesulitan dalam melakukan ibadah.

b. Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan SDKI PPNI (2016) diagnosis keperawatan yang akan muncul pada pasien CHF yaitu:

1. Penurunan curah jantung b/d perubahan preload
2. Gangguan pertukaran gas b/d ventilasi perfusi
3. Hipervolemia b/d gangguan aliran balik vena
4. Intoleransi aktivitas b/d ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
5. Nyeri akut b/d agen pencidera fisiologis

c. Rencana Keperawatan

SDKI	SLKI	SIKI	RASIONAL
<p>Penurunan curah jantung</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan curah jantung meningkat dengan kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Palpitasi menurun 2. Gambaran EKG aritmia menurun 3. Lelah menurun <p>Dyspnea menurun</p>	<p>Perawatan jantung</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi, dyspnea, kelelahan, edema, ortopnea, <i>paroxysmal nocturnal dyspnea</i>, peningkatanCVP) 2. Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi peningkatan berat badan, hepatomegaly, distensi vena jugularis, palpitasi, ronchi basah, oliguria, batuk, kulit pucat) 3. Monitor tekanan darah (termasuk tekanan darah ortostatik, jika perlu) 4. Monitor keluhan nyeri dada (misal: Intensitas, lokasi, radiasi, durasi, presivitasi) 	<p>Perawatan jantung</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dyspnea dapat mengindikasikan terbentuknya cairan diparu dan dasar kapiler paru (seperti pada gagal jantung) 2. Untuk mendeteksi salis vena dan penurunan curah jantung 3. Untuk mendeteksi perubahan tekanan darah 4. Tanda nyeri dada dapat mengidentifikasi hipoksia atau cedera miokardial 5. Untuk mengetahui tingkat oksigen dalam darah 6. Untuk mengetahui kelainan yang terjadi pada sistem kelistrikan jantung 7. Untuk mengetahui adanya kelainan irama dan frekuensi jantung <p>Terapeutik</p>

		<p>yang mengurangi nyeri)</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Monitor saturasi oksigen 6. Monitor EKG 12 sadapan 7. Monitor aritmia (kelainan iramadan frekuensi) <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Posisikan pasien semi fowler atau fowler dengan kaki kebawah atau posisi nyaman 2. Berikan diet jantung yang sesuai (misal: Batasi asupan kafein, natrium, kolesterol, dan makanan tinggi lemak) 3. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi >94% 4. Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress, bila perlu <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan aktivitas fisik sesuai toleransi 2. Anjurkan aktivitas fisik secara bertahap <p>Kolaborasi:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk meningkatkan kenyamanan dan menghindari takikardia serta respons simpatis lainnya 2. Mengurangi faktor-faktor yang dapat menyebabkan kerusakan jantung 3. Untuk meningkatkan suplai oksigen ke miokardium 4. Untuk menurunkan ansietas dan menghindari komplikasi kardiak <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk menghindari kelelahan dan peningkatan beban kerja miokardium 2. Agar jantung dapat melakukan penyesuaian terhadap peningkatan kebutuhan oksigen <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengurangi atau menghentikan aritmia
--	--	---	--

		Kolaborasi pemberian antiaritmia Pemantauan respirasi.	
Gangguan pertukaran gas	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat pertukaran gas meningkat dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> 1. Dispnea menurun 2. PCO₂ membaik 3. PO₂ membaik pH arteri membaik 	<p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas 2. Monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, kussmaul, cheyne-stokes, biot, ataksik) 3. Monitor saturasi oksigen 4. Monitor AGD <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien 2. Dokumentasi hasil pemantauan <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien Informasikan hasil pemantauan, jika perlu 	<p>Pemantauan respirasi</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mendeteksi tanda-tanda awal gangguan 2. Untuk mendeteksi tanda-tanda awal gangguan 3. Mengetahui kadar oksigen dalam darah 4. Memantau status oksigenasi dan ventilasi <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor perubahan status pernapasan 2. Untuk mencatat kondisi pasien <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agar pasien mengetahui tujuan tindakan Agar mengetahui hasil pemantauan.
Hipervolemia	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24	Manajemen hypervolemia Observasi:	Manajemen hypervolemia Observasi:

	<p>jam diharapkan status cairan membaik, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dispnea menurun 2. Edema perifer menurun 3. Kongesti paru menurun 4. <i>Jugular venous pressure</i> (JVP) membaik 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa tanda dan gejala hypervolemia (misal: Ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat, reflek hepatojugular positif, suara napas tambahan) 2. Identifikasi penyebab hipervolemia 3. Monitor intake dan output cairan <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Batasi asupan cairan dan garam 2. Tinggikan kepala tempat tidur 30-40° <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan melapor jika haluaran urin <0,5 ml/kg/jam dalam 6 jam 2. Ajarkan cara membatasi cairan <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian diuretik 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mendeteksi adanya kelebihan volume cairan 2. Mengatasi penyebab kelebihan volume cairan pada pasien 3. Memantau adanya kelebihan atau kekurangan cairan dalam tubuh <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kelebihan cairan dan garam dapat memperburuk kondisi pasien 2. Untuk keamanan pasien dalam pemenuhan oksigenasi <p>Edukasi:</p> <p>Asupan yang melebihi haluaran dan peningkatan berat jenis urin dapat mengidentifikasi retensi atau kelebihan beban cairan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan pemahaman dan pengetahuan terkait kondisi pasien <p>Kolaborasi:</p> <p>Mengeluarkan kelebihan cairan</p>
--	---	---	--

			pada tubuh pasien.
Intoleransi Aktivitas	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan lelah menurun 2. Dispnea saat beraktivitas menurun <p>Dispnea setelah beraktivitas menurun</p>	<p>Manajemen energi</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kelelahan fisik dan emosional 2. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulasi (misal: Cahaya, suara dan kunjungan) <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Anjurkan tirah baring 3. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan 	<p>Manajemen energi</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui adanya kelelahan fisik dan emosional saat dan setelah melakukan aktivitas 2. Mengetahui penyebab kelelahan <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agar pasien dapat beristirahat dengan nyaman <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tindakan tersebut dapat menurunkan metabolisme selular dan kebutuhan oksigen 2. Agar jantung dapat melakukan penyesuaian terhadap peningkatan kebutuhan oksigen <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agar kebutuhan nutrisipasien terpenuhi

<p>Nyeri akut</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Kesulitan tidur menurun <p>(PPNI, 2018).</p>	<p>Manajemen Nyeri</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyerionverbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingannyeri <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (misal TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 2. Fasilitasi istirahat dan tidur <p>Edukasi:</p>	<p>Manajemen Nyeri</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengkajian berkelanjutan membantu meyakinkan bahwa penanganan dapat memenuhi kebutuhan pasien dalam mengurangi nyeri 2. Pengkajian berkelanjutan membantu meyakinkan bahwa penanganan dapat memenuhi kebutuhan pasien dalam mengurangi nyeri 3. Pengkajian berkelanjutan membantu meyakinkan bahwa penanganan dapat memenuhi kebutuhan pasien dalam mengurangi nyeri 4. Pengkajian berkelanjutan membantu meyakinkan bahwa penanganan dapat memenuhi kebutuhan pasien dalam mengurangi nyeri <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengurangi ketergantungan terhadap analgetik
-------------------	--	---	--

		<p>1. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi:</p> <p>1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu (PPNI, 2018)</p>	<p>2. Memberikan pasien istirahat yang cukup dapat meningkatkan kesehatan, kesejahteraan, dan peningkatan tingkat energi yang penting untuk pengurangan nyeri</p> <p>Edukasi:</p> <p>1. Melatih pemahaman dan kemandirian pasien dalam mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi:</p> <p>1. Untuk mengurangi nyeri (Taylor, 2010)</p>
--	--	--	---

BAB III

PENGAMATAN KASUS

Pasien dari IGD atas nama Tn. A./55 tahun dengan diagnosis medis: CHF (NYHA IV) masuk ke ruangan ICU/ICCU RS Stella Maris pada tanggal 02 Mei 2023 pukul 15:30 WITA. Pasien mengatakan merasakan sesak napas disertai nyeri dada sejak 1 minggu yang lalu dan memberat sejak 2 hari terakhir, tadi pagi sesak yang dirasakan semakin berat sehingga pasien diantar oleh keluarga ke IGD RS. Stella Maris Makassar. Pasien mengatakan merasa mual, lemas dan loyo, sesak tidak berkurang, sulit beraktifitas, jika beraktifitas sesak terasa semakin berat, sulit tidur karena tidak bisa berbaring. Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit jantung. Saat pengkajian didapatkan pasien tampak sesak, JVP 5+3 cmH₂O, terdengar suara napas tambahan *ronchi* pada basal paru dan suara gallop (S3) dan murmur (S4) pada jantung, perkusi redup pada basal paru, tampak adanya edema derajat I (1 mm) pada kedua tungkai bawah, HR meningkat sesudah beraktivitas. Hasil observasi TTV: tekanan darah: 180/100 mmHg, nadi: 119 x/menit, pernapasan 33 x/menit, Suhu: 36,5°C, SPO₂: 98%. Tampak pasien terpasang: oksigen nasal kanul 4 liter/menit, dan infus RL 500 cc pada tangan kanan (14 tetes/menit). Hasil pemeriksaan: EKG: VES, laboratorium: RBC 4.97 10⁶/uL, HGB 13.1 g/dL, HCT 39.4%, WBC 8.61 10³/uL, foto *thorax* AP kesan: *Bronchopneumonia Kanan sugestif efusi pleura kanan*.

Dari data di atas maka penulis mengangkat tiga diagnosis keperawatan yaitu: penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan preload, hipervolemi berhubungan dengan gangguan aliran balik vena dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

A. Pengkajian Primer

<i>Breath</i> (B1)	Pergerakan dada	<ul style="list-style-type: none"> ▮ Simetris ▮ Tidak simetris
	Pemakaian otot bantu napas.	<ul style="list-style-type: none"> ▮ Ada, jenis: ▮ Tidak ada
	Palpasi	<ul style="list-style-type: none"> ▮ Vocal premitus Kiri: Teraba lemah Kanan: Teraba lemah ▮ Nyeri tekan ▮ Krepitasi
	Perkusi	<ul style="list-style-type: none"> ▮ Sonor lokasi: kedua lapang paru (atas) ▮ Redup lokasi: kedua lapang paru ▮ (basal) Pekak
	Suara nafas	<ul style="list-style-type: none"> ▮ Vesikuler ▮ Wheezing ▮ Ronchi basah kasar lokasi: kedua lapang paru bagian basal Rales ▮ Froction rub
	Batuk	<ul style="list-style-type: none"> ▮ Ada ▮ Tidak ada
	Sputum	▮ Ada

		▮ Tidak ada
	Alat bantu napas	▮ Ada Jenis: Nasal kanul 4 liter/menit ▮ Tidak ada
	Lain – lain	Frekuensi napas: 33x/menit SPO2 : 98% Pasien tampak sesak Keluhan: Pasien mengatakan merasa Sesak dan tidak berkurang saat pasien beristirahat. Pasien juga mengaku sulit tidur karena sesak jika posisi berbaring. Pasien juga merasa lemas.

<i>B2 Blood</i>	Suara jantung	S1	S2	S3	S4
		Tunggal ✓			
		Gallop		✓	
		Murmur			✓
	Irama jantung	▮ Iregular ▮ Regular			
	CRT	▮ < 3 detik ▮ > 3 detik			

	JPV	<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Meningkat (5+3 cmH2O)
	CVP	<input type="checkbox"/> Ada <input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada
	Edema	<input checked="" type="checkbox"/> Ada lokasi: kedua tungkaibawah (derajat I pitting edema 1 mm) <input type="checkbox"/> Tidak ada
	EKG	Sinus Tachicardi
	Lain – lain	Tekanan darah: 180/100 MmHg Nadi : 119x/menit MAP : 126.6 mmHg Kesimpulan : Perfusi kurang memadai Keluhan: Pasien mengatakan nyeri dada, jantung berdebar dengan kuat dan cepat

B3 Brain	Tingkat kesadaran	<input type="checkbox"/> Kualitatif: Compos mentis <input type="checkbox"/> Kuantitatif: M ₆ V ₅ E ₄ (15)
	Reaksi pupil: - Kanan - Kiri	<input type="checkbox"/> Ada , diameter ± 3mm <input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada , diameter ± 3mm <input type="checkbox"/> Tidak ada
	Refleks fisiologis	<input type="checkbox"/> Ada : Tricep (+), Bicep (+), Patella (+), Achilles (+) <input type="checkbox"/> Tidak ada

	Refleks patologis	<input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak ada
	<i>Meningeal sign</i>	<input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak ada
	Lain – lain	Tidak ada

B4 Bledder	Urin	jumlah : 100cc/ 3jam Warna:kuning jernih
	Kateter	<input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak ada
	Kesulitan BAK	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
	Lain – lain	Pasien BAK menggunakan pispot. Pasien mengatakan tidak nyaman jika menggunakan kateter. Pasien mengatakan BAK 1x (\pm 100 cc) saat di IGD dan urine berwarna kuning jernih

B5 <i>Bowel</i>	Mukosa bibir	<input type="checkbox"/> Lembab <input type="checkbox"/> Kering
	Lidah	<input type="checkbox"/> Kotor <input type="checkbox"/> Bersih
	Keadaan gigi	<input type="checkbox"/> Lengkap <input type="checkbox"/> Gigi palsu

	Nyeri tekan	<input type="checkbox"/> Ya Lokasi: Epigastrium <input type="checkbox"/> Tidak ada
	Abdomen	<input type="checkbox"/> Distensi <input type="checkbox"/> Tidak distensi
	Peristaltik usus	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Menurun <input type="checkbox"/> Meningkatkan Nilai: 12 x/menit
	Mual	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
	Muntah	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Jumlah: Frekuensi:
	Hematemesis	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
	Melena	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
	Terpasang NGT	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
	Terpasang Colostomi Bag	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
	Diare	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
	Konstipasi	<input type="checkbox"/> Ya

		<input type="checkbox"/> Tidak
	Asites	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
	Lain – lain	Tampak perut pasien cembung. Teraba nyeri tekan pada epigastrium Keluhan: Tidak ada

B6 <i>Bone</i>	Turgor	<input type="checkbox"/> Baik <input type="checkbox"/> Jelek
	Perdarahan kulit	<input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak ada
	Icterus	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak ada
	Akral	<input type="checkbox"/> Hangat <input type="checkbox"/> Kering <input type="checkbox"/> Merah <input type="checkbox"/> Dingin <input type="checkbox"/> Pucat <input type="checkbox"/> Basah
	Pergerakan sendi	<input type="checkbox"/> Bebas <input type="checkbox"/> Terbatas Skala (Uji Kekuatan Otot) tangan 5 5 kaki 5 5 Kesimpulan: Kekuatan penuh
	Fraktur	<input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak ada

	Luka	<input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak ada
--	------	---

B. Pengkajian Sekunder

1. Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

a. Keadaan Sebelum Sakit:

Tn.A mengatakan pasien sebelumnya tidak pernah mengalami penyakit jantung atau hipertensi, keluhan hipertensi baru muncul sejak 2 bulan terakhir namun paling tinggi 140/90 MmHg, namun tidak pernah memeriksakan kesehatannya ke rumah sakit atau puskesmas untuk berobat. Pasien mengatakan perokok aktif dan menghabiskan 2 bungkus rokok setiap hari sejak masih muda namun sudah berhenti sejak 2 tahun terakhir

b. Keadaan Sejak Sakit:

1) Keluhan utama: Sesak

2) Riwayat keluhan utama: Pasien Sesak terasa berat sejak 1 minggu terakhir terasa berat sejak 2 hari dan memberat sejak tadi pagi. Pasien merasa mual dan perut kembung pasien dibawa keluarga ke IGD RS Stella Maris. Saat di ruang ICU pasien mengatakan nyeri bertambah jika beraktivitas, sulit untuk tidur dan merasa mual.

c. Riwayat penyakit yang pernah dialami:

Pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit hipertensi sejak 2 bulan.

d. Riwayat kesehatan keluarga:

Pasien mengatakan ayahnya mengidap penyakit jantung dan hipertensi.

e. Pemeriksaan fisik:

1) Kebersihan rambut: Tampak bersih

2) Kebersihan kulit kepala: Tampak bersih

- 3) Kebersihan kulit: Tampak bersih
- 4) Hygiene rongga mulut: Tampak bersih
- 5) Kebersihan genitalia: Tampak bersih
- 6) Kebersihan anus: Tampak bersih

2. Pola Nutrisi dan Metabolik

a. Keadaan Sebelum Sakit

Pasien mengatakan sehari-hari makan seperti biasa saja tidak ada diet khusus. Pasien mengatakan selama 6 bulan terakhir berat badan turun sekitar 5 kg. BB sekarang 57 kg, TB 160 cm, IMT 22,2 kg/m² kesimpulan: berat badan normal

b. Keadaan Sejak Sakit

Pasien mengatakan merasa mual dan perut terasa kembung, pasien mengatakan hanya makan 2 sendok makan saja dan tidak ada nafsu makan karena mual.

c. Pemeriksaan fisik

- 1) Keadaan rambut: Tampak rambut berwarna hitam dan sedikit beruban
- 2) Hidrasi kulit: Hidrasi kulit kembali <5 detik.
- 3) Palpebra/conjungtiva: Tampak tidak edema/tampak tidak anemis
- 4) Sclera: Tampak tidak ikterik
- 5) Hidung: Tampak septum simetris kiri dan kanan
- 6) Rongga mulut: Tidak ada peradangan
- 7) Gusi: Tidak ada peradangan
- 8) Gigi: Tampak gigi lengkap, tidak ada karang gigi, tampak gigi geraham bawah berlubang
- 9) Gigi palsu: Tampak tidak ada
- 10) Kemampuan mengunyah keras: Tampak pasien mampu mengunyah keras
- 11) Lidah: Tampak bersih
- 12) Pharing: Tampak tidak ada peradangan

- 13) Kelenjar getah bening: Teraba tidak ada pembesaran
- 14) Kelenjar parotis: Teraba tidak ada pembesaran
- 15) Abdomen
 - a) Inspeksi: Tampak perut cembung
 - b) Auskultasi: Terdengar peristaltik usus 12x/menit
 - c) Palpasi: Teraba nyeri tekan pada epigastrium
 - d) Perkusi: Thympani
- 16) Kulit
 - a) Edema: Tampak edema pada kedua tungkai bawah dengan derajat 1, pitting edema 1 mm
 - b) Ikterik: Tidak tampak ikterik
 - c) Peradangan: Tidak tampak peradangan
 - d) Lesi: Tidak tampak ada lesi

3. Pola Eliminasi

a. Keadaan Sebelum Sakit

Pasien mengatakan BAK 2-3 kali perhari berwarna kuning pekat dan BAB 1 kali perhari berwarna cokelat.

b. Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan BAK 1 kali di IGD \pm 100cc berwarna kuning jernih.

Observasi:

Tampak pasien BAK menggunakan pispot, pasien BAK 100 cc berwarna kuning jernih, pasien tidak nyaman menggunakan popok dan belum BAB.

c. Pemeriksaan fisik

- 1) Peristaltic usus: 6x/menit
- 2) Palpasi kandung kemih: kosong
- 3) Nyeri ketuk ginjal: negatif
- 4) Mulut uretra: tampak bersih
- 5) Anus: tidak tampak peradangan, hemoroid, fistula

4. Pola Aktivitas dan Istirahat

a. Keadaan Sebelum Sakit

Pasien mengatakan tidak pernah beraktivitas berat dan hanya berjalan-jalan disekitar rumah serta menghabiskan waktu di rumah. Pasien mengatakan membatasi kegiatan pasien agar penyakit pasien tidak kambuh.

b. Keadaan Sejak Sakit

Pasien mengatakan merasa lemah, loyo, pasien mengatakan sesak tidak berkurang saat pasien istirahat, sesak bertambah jika beraktivitas. Pasien mengatakan tidak mampu beraktivitas secara mandiri.

c. Observasi

Wajah tampak pucat, HR sebelum aktivitas 119x/menit, HR sesudah aktivitas 142x/menit (BAK ditempat tidur), tampak pasien sesak, pasien tampak lemah.

1) Aktivitas harian:

- a) Makan 2
- b) Mandi 2
- c) Pakaian 2
- d) Kerapihan 2
- e) Buang air besar 2
- f) Buang air kecil 2
- g) Mobilisasi di tempat tidur 2

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

2) Postur tubuh: tidak tampak kelainan pada tulang belakang

3) Gaya jalan: keluarga mengatakan pasien mampu berjalan dengan baik.

4) Anggota gerak cacat: tidak ada

5) Fiksasi/tracheostomy: tidak ada

6) Pemeriksaan fisik

- a) Tekanan darah
Berbaring: 180/100mmHg
Duduk: -
Berdiri: - Kesimpulan: -
- b) Heart rate: 119x/menit 3) Kulit
Keringat dingin: Positif
pada daerah dahi dan leher Basah: Negatif
- c) JVP: 5+3 cmH₂O
Kesimpulan: pemompaan ventrikel jantung tidak memadai.
- d) CRT: kembali <3 detik 6) Thorax dan pernapasan
- 1) Inspeksi
Ictus cordis: Tidak tampak
 - 2) Palpasi
Ictus cordis: teraba pada intercostal 5 linea anterior axilaris sinistra
 - 3) Perkusi
Batas atas: intercostal 2 linea sternalis sinistra.
Batas bawah: intercostal 6 linea midclavicularis sinistra
Batas kanan: intercostal 5 linea sternalis dextra
Batas kiri: intercostal 6 linea anterior axilaris sinistra
 - 4) Auskultasi
Bunyi jantung IIA: Reguler Bunyi jantung IIP: Reguler Bunyi jantung IT: Reguler Bunyi jantung IM: Reguler
Bunyi jantung III Irama gallop: Terdengar pada intercostal 5 linea anterior axilaris sinistra (katup mitral)
Murmur: Terdengar pada intercostal 5 linea anterior axilaris sinistra (katup mitral.)
Bruit aorta renalis: Tidak terdengar Bruit femoralis: Tidak terdengar.

7) Lengan dan tungkai

- a) Atrofi otot: Tidak tampak
- b) Rentang gerak: Bebas
- c) Kaku sendi: Tidak tampak
- d) Nyeri sendi: Tidak tampak
- e) Fraktur: Tidak tampak
- f) Parese: Tidak tampak
- g) Paralisis: Tidak tampak
- h) Uji kekuatan otot: kekuatan penuh
 - kanan 5 5
 - kiri 5 5
- i) Refleks fisiologis: biceps (+), triceps(+), achilles (+), patella (+)
- j) Refleks patologis: Negatif
- k) Clubbing finger: Negatif
- l) Varises: Negatif

8) Columna Vertebralis

- a) Inspeksi: Tidak tampak kelainan bentuk
- b) Palpasi: Tidak teraba nyeri
- c) Kaku kuduk: Negatif

5. Pola Tidur dan Istirahat

a. Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan tidur siang pukul 14.00 WITA dan bangun pukul 15.00 WITA. Pasien mengatakan jarang begadang dan tidur teratur, pasien biasa tidur mulai pukul 22.00 WITA dan bangun pukul 06.00 WITA. Sebelum tidur pasien biasanya menonton TV.

b. Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sering terbangun di malam hari karena sesak, pasien sulit tidur karena sesak jika posisi berbaring dan lebih nyaman dengan posisi 2 bantal atau tempat tidur dinaikkan. Tetapi setelah dirawat, pasien mengatakan sudah bisa tidur walaupun

hanya sekitar 1 jam.

c. Observasi

Ekspresi wajah mengantuk: Positif

Banyak menguap: Negatif

Palpebrae inferior berwarna gelap: Negatif

6. Pola Persepsi Kognitif

a. Keadaan Sebelum Sakit

Pasien mengatakan tidak mengalami gangguan pendengaran dan ingatan pasien masih baik. Pasien mengatakan menggunakan kacamata karena menderita rabun dekat.

b. Keadaan Sejak Sakit

Pasien mengatakan sulit berkonsentrasi karena nyeri dada dan sesak yang dialami.

c. Observasi

Tampak pasien sulit berkonsentrasi dan fokus terhadap sesak.

d. Pemeriksaan fisik

1) Penglihatan

Kornea: Tampak jernih

Pupil: Tampak isokor

Lensa: Tampak jernih

2) Pendengaran

Pina: Tampak bersih

Kanalis: Tampak bersih

Membrane tympani: Tampak Polytser

3) Pengenalan rasa pada gerakan tangan dan tungkai: Pasien mampu merasakan saat tangan dan tungkai digerakkan

7. Pola Persepsi dan Konsep Diri

a. Keadaan Sebelum Sakit

Pasien mengatakan merupakan orang yang biasa-biasa saja, pasien mengatakan tetap bersyukur dengan keadaannya.

b. Keadaan Sejak Sakit

Pasien mengatakan ingin segera sembuh agar tidak membuat keluarganya khawatir

c. Observasi

1) Kontak mata: Ada

2) Rentang penglihatan: Pasien melihat kearah perawat

3) Suara dan cara bicara: Jelas

4) Postur tubuh: Tegak

d. Pemeriksaan fisik

1) Kelainan bawaan yang nyata: Tidak tampak

2) Bentuk/postur tubuh: Tidak tampak kelainan

3) Kulit: Tidak tampak kelainan

8. Pola Peran dan Hubungan Dengan Sesama

a. Keadaan Sebelum Sakit

Pasien mengatakan hubungannya dengan keluarga baik, sudah bercerai dengan istri dan tidak memiliki anak, pasien hanya tinggal bersama keluarga.

b. Keadaan Sejak Sakit

Pasien mengatakan hubungannya dengan keluarga baik

c. Observasi

Tampak pasien dijenguk oleh keluarga dan kerabatnya.

9. Pola Reproduksi dan Seksualitas

a. Keadaan Sebelum Sakit

Pasien mengatakan tidak ada masalah.

b. Keadaan Sejak Sakit

Pasien mengatakan tidak ada masalah.

c. Observasi

Tidak tampak adanya perilaku menyimpang

d. Pemeriksaan fisik

Tidak tampak kelainan pada genitalia

10. Pola Mekanisme Koping dan Toleransi Terhadap Stres

a. Keadaan Sebelum Sakit

Pasien mengatakan jika ada masalah akan mencoba mengatasi dengan kepala dingin dan tenang agar tidak salah dalam mengambil keputusan.

b. Keadaan Sejak Sakit

Pasien mengatakan mencoba beradaptasi, merenungi kesalahannya dan berdoa.

c. Observasi

Tampak ekspresi wajah gelisah karena sesak.

11. Pola Sistem Nilai Kepercayaan

a. Keadaan Sebelum sakit

Pasien mengatakan sholat 5 waktu dan sering ikut pengajian

b. Keadaan Sejak Sakit

Pasien mengatakan sering berdoa dan mencoba sholat di tempat tidur

c. Observasi

Tampak pasien berdoa di tempat tidur

C. Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan laboratorium/ 02-05-2023

Pemeriksaan Laboratorium

	Parameter	Nilai Rujukan
WBC	8.61 ($10^3/uL$)	4.60-10.20
RBC	4.97 ($10^6/uL$)	4.70-6.10
HGB	12.8 - (g/dL)	14.1-18.1
HCT	39.4 - (%)	43.5-53.7
MCV	94.0 (fL)	80.0-97.0
MCH	32.1 + (pg)	27.0-31.2
MCHC	34.1 (g/dL)	31.8-35.4
PLT	157 ($10^3/uL$)	150-450
RDW-SD	55.7 + (fL)	37.0-54.0
RDW-CV	16.3 + (%)	11.5-14.5
PDW	16.1 + (fL)	9.0-13.0
MPV	12.6 + (fL)	7.2-11.1
P-LCR	44.7 + (%)	15.0-25.0
PCT	0.20 (%)	0.17-0.35
NEUT#	5.02 ($10^3/uL$)	1.50-7.00
LYMPH#	0.59 - ($10^3/uL$)	1.00-3.70

MONO#	0.47 (10 ³ /uL)	0.00-0.70
EO#	0.02 (10 ³ /uL)	0.00-0.40
BASO#	0.02 (10 ³ /uL)	0.00-0.10
IG#	0.03 (10 ³ /uL)	0.00-7.00
NEUT%	82.1 + (%)	37.0-80.0
LYMPH %	9.6 - (%)	10.0-50.0
MONO%	7.7 (%)	0.0-14.0
EO%	0.3 (%)	0.0-1.0
BASO%	0.3 (%)	0.0-1.0
IG%	0.5 (%)	0.0-72.0

2. Pemeriksaan foto *thorax* AP/ 02-05-2023

- Bercak Infiltrat pada lapangan bawah paru kanan
- Cor : normal, aorta normal
- Sinus Kanan berselubung, sinus kiri dan kedua diafragma baik.

Kesan: *Broncho pneumonia kanan sugestif efusi pleura kanan*

Pemeriksaan EKG/ 02/5/2023 Synus Tachicardi

Irama: irregular, HR: 119x/menit.

D. Identifikasi Masalah Primer

1. Analisa data primer

Nama/Umur : Tn. A./ 55 Tahun

Ruang/Kamar : ICU/ICCU RS Stella Maris Makassar

Analisa data primer

NO.	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1.	<p>Data Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan jantung berdebar kuat dan cepat 2. Pasien mengatakan merasa sesak dan tidak berkurang saat pasien istirahat 3. Pasien mengatakan sering terbangun dimalam hari karena sesak 4. pasien mengatakan sulit tidur karena sesak jika posisi berbaring. <p>Data Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terdengar suara jantung gallop (S3) dan murmur (S4) 2. Irama jantung irregular 3. Tampak edema derajat I (1mm) pada kedua tungkai bawah 4. Akral tampak hangat 5. Pasien tampak gelisah 6. Teraba nyeri tekan pada epigastrium 7. Observasi TTV: TD: 180/100 mmHg N: 118 x/menit HR: 119 x/menit MAP: 126.6 Mmhg 8. P: 33 x/menit 	Perubahan preload	Penurunan curah jantung

	<p>9. EKG: Synus Tachicardi dan irama ireguler</p> <p>10. Foto thorax, kesan: <i>Bronchopneumonia Kanan sugestif efusi pleura kanan</i></p>		
--	---	--	--

2	<p>Data Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan merasa sesak dan tidak berkurang saat pasien istirahat 2. Pasien mengatakan mengalami gangguan tidur pada malam hari karena sesak pada saat berbaring. 3. Pasien mengatakan tidur pada malam hari hanya 3-4 jam saja. 4. Pasien mengaku sesak dirasakan saat beraktivitas maupun pada saat beristirahat. 5. Pasien mengatakan nyeri pada dada. P: Nyeri pada saat beraktivitas maupun beristirahat Q: Nyeri seperti tertusuk-tusuk dan hilang timbul R: Nyeri pada dada S: Skala nyeri 4 T: Nyeri dirasakan selama 3-4 menit 	Gangguan aliran balik vena	Hipervolemia
---	---	----------------------------	--------------

	<p>Data Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak edema derajat I (1mm) pada kedua tungkai bawah 2. Terdengar suara napas tambahan ronchi basah kasar pada kedua lapang paru bagian basal. 3. JVP meningkat 5+3 cmH₂O 4. Hasil laboratorium: HGB 13.1 g/dL (-), HCT 39.4% (-) 5. Foto thorax, kesan: <i>Bronchopneumonia Kanan sugestif efusi pleura kanan.</i> 		
--	--	--	--

2. Identifikasi Masalah Sekunder

Nama/Umur : Tn. A./ 55 Tahun

Ruang/Kamar : ICU/ICCU RS Stella Maris Makassar

Analisa data sekunder

No.	Data	Etiologi	Masalah
1	<p>Data Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan merasa sesak dan tidak berkurang saat pasien istirahat 2. Pasien mengatakan merasa lemas dan loyo 3. Pasien mengatakan sesak bertambah jika beraktivitas 4. Pasien mengatakan tidak mampu beraktivitas secara mandiri 	<p>Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen</p>	<p>Intoleransi aktivitas</p>

	<p>Data Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak pasien sesak 2. Tampak pasien lemah 3. HR sebelum aktivitas 119x/menit 4. HR sesudah aktivitas 132x/menit (ganti pakaian) 5. CHF kategori NYHA IV 6. HGB 13.1 g/dl 		
--	---	--	--

E. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis Keperawatan Primer Nama/Umur : Tn. A./ 55 Tahun

Ruang/Kamar : ICU/ICCU RS Stella Maris Makassar

Diagnosis keperawatan primer.

No.	DIAGNOSIS KEPERAWATAN
1.	Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan preload (D.0008)
2.	Hipervolemia berhubungan dengan gangguan aliran balik vena (D.0022)

2. Diagnosis Keperawatan Sekunder Nama/Umur : Tn. A/ 55Tahun

Ruang/Kamar : ICU/ICCU RS Stella Maris Makassar

Diagnosis keperawatan sekunder

No.	DIAGNOSIS KEPERAWATAN
1.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (D.0056)

F. Perencanaan Keperawatan

Nama/Umur : Tn. A.A/55 Tahun

Ruang/Kamar : ICU/ICCU RS Stella Maris Makassar

Perencanaan keperawatan

TANGGAL	DIAGNOSIS KEPERAWATAN (SDKI)	LUARAN YANG DIHARAPKAN (SLKI)	INTERVENSI KEPERAWATAN (SIKI)	RASIONAL
02/05/2023	Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan preload (D.0008)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan curah jantung meningkat dengan kriteria Hasil: 1. Takikardi menurun 2. <i>Paroxysmal nocturnal dyspnea</i> (PND) menurun 3. <i>Dyspnea</i> menurun 4. <i>Ortopnea</i> menurun 5. Suara jantung S3	Perawatan jantung (I.02075) Observasi: 1. Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi, dyspnea, kelelahan, edema, ortopnea, <i>paroxysmal nocturnal dyspnea</i> , peningkatan CVP) 2. Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi peningkatan berat badan, hepatomegaly, distensi vena jugularis, palpitasi,	Perawatan jantung Observasi: 1. Dyspnea dapat mengindikasikan terbentuknya cairan diparu dan dasar kapiler paru (seperti pada gagal jantung) 2. Untuk mendeteksi salis vena dan penurunan curah jantung 3. Untuk mendeteksi perubahan tekanan darah

		<p>cukup meningkat</p> <p>6. Suara jantung S4 cukup meningkat. (L.02008)</p>	<p>ronchi basah, oliguria, batuk, kulit pucat)</p> <p>3. Monitor tekanan darah (termasuk tekanan darah ortostatik, jika perlu)</p> <p>4. Monitor keluhan nyeri dada (misal: Intensitas, lokasi, radiasi, durasi, presivitasi yang mengurangi nyeri)</p> <p>5. Monitor saturasi oksigen</p> <p>6. Monitor EKG 12 sadapan</p> <p>7. Monitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi)</p> <p>Terapeutik:</p> <p>1. Posisikan pasien semi fowler atau fowler dengan kaki kebawah atau posisi nyaman</p> <p>2. Berikan diet jantung yang</p>	<p>4. Tanda nyeri dada dapat mengidentifikasi hipoksia atau cedera Miokardial</p> <p>5. Untuk mengetahui tingkat oksigen dalam darah</p> <p>6. Untuk mengetahui kelainan yang terjadi pada sistem kelistrikan jantung</p> <p>7. Untuk mengetahui adanya kelainan irama dan frekuensi jantung</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Untuk meningkatkan kenyamanan dan menghindari takikardia serta respons simpatis lainnya</p> <p>2. Mengurangi faktor-</p>
--	--	--	--	--

			<p>sesuai (misal: Batasi asupan kafein, natrium, kolesterol, dan makanan tinggi lemak)</p> <p>3. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi >94%</p> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan aktivitas fisik sesuai toleransi 2. Anjurkan aktivitas fisik secara bertahap <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian antiaritmia Manajemen nyeri (I.08238) <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non 	<p>faktor yang dapat menyebabkan kerusakan jantung</p> <p>3. Untuk meningkatkan suplai oksigen ke miokardium</p> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk menghindari kelelahan dan peningkatan beban kerja miokardium 2. Agar jantung dapat melakukan penyesuaian terhadap peningkatan kebutuhan oksigen <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengurangi atau menghentikan aritmia Manajemen nyeri <p>Observasi:</p>
--	--	--	--	--

			<p>verbal</p> <p>Terapeutik:</p> <p>1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Edukasi:</p> <p>1. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi:</p> <p>1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>	<p>1. Untuk mengetahui seberapa berat nyeri yang dirasakan</p> <p>2. Untuk mengetahui seberapa berat nyeri yang dirasakan</p> <p>3. Untuk mengetahui skala nyeri yang dirasakan</p> <p>Terapeutik:</p> <p>1. Untuk mengalihkan nyeri yang dirasakan</p> <p>Edukasi:</p> <p>1. Mengetahui teknik untuk mengalihkan nyeri secara mandiri</p> <p>Kolaborasi:</p> <p>1. Untuk mengurangi nyeri yang dirasakan</p>
2.	Hipervolemia	Setelah dilakukan	Manajemen hypervolemia (I.03114)	Manajemen hypervolemia

	berhubungan dengan gangguan aliran balik vena (D.0022)	tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status cairan membaik, dengan kriteria hasil: 1. Dispnea cukup menurun 2. Edema perifer cukup menurun 3. Kongesti paru cukup menurun (L.03028)	Observasi: 1. Periksa tanda dan gejala hypervolemia (misal: Ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat, reflek hepatojugular positif, suara napas tambahan) 2. Identifikasi penyebab hipervolemia 3. Monitor intake dan output cairan Terapeutik: 1. Batasi asupan cairan dan garam 2. Tinggikan kepala tempat tidur 30-40° Edukasi: 1. Anjurkan melapor jika haluaran urin <0,5 ml/kg/jam dalam 6 jam 2. Ajarkan cara membatasi cairan	Observasi: 1. Mendeteksi adanya kelebihan volume cairan 2. Mengatasi penyebab kelebihan volume cairan pada pasien 3. Memantau adanya kelebihan atau kekurangan cairan dalam tubuh Terapeutik: 1. Kelebihan cairan dan garam dapat memperburuk kondisi pasien 2. Untuk keamanan pasien dalam pemenuhan oksigenasi Edukasi: 1. asupan yang melebihi
--	--	--	--	--

			Kolaborasi: 1. Kolaborasi pemberian diuretic	haluaran dan peningkatan berat jenis urin dapat mengidentifikasi retensi atau kelebihan beban Cairan. 2. meningkatkan pemahaman dan pengetahuan terkait kondisi pasien Kolaborasi: 1. Mengeluarkan kelebihan cairan pada tubuh pasien
3.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (D.0056)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil: 1. Keluhan lelah cukup meningkat	Manajemen energi (I.05178) Observasi: 1. Monitor kelelahan fisik dan emosional 2. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan	Manajemen energi Observasi: 1. Untuk mengetahui adanya kelelahan fisik dan emosional saat dan setelah melakukan aktivitas 2. Mengetahui penyebab

		<p>2. Dispnea saat beraktivitas cukup meningkat</p> <p>3. Dispnea setelah beraktivitas cukup meningkat</p> <p>(L.05047)</p>	<p>Terapeutik:</p> <p>1. Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulasi (misal: Cahaya, suara dan kunjungan)</p> <p>Edukasi:</p> <p>1. Anjurkan tirah baring</p> <p>2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</p> <p>Kolaborasi:</p> <p>1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</p>	<p>kelelahan</p> <p>Terapeutik:</p> <p>1. Agar pasien dapat beristirahat dengan nyaman</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Tindakan tersebut dapat menurunkan metabolisme selular dan kebutuhan Oksigen.</p> <p>2. Agar jantung dapat melakukan penyesuaian terhadap peningkatan kebutuhan oksigen</p> <p>Kolaborasi:</p> <p>1. Agar kebutuhan nutrisi pasien terpenuhi</p>
--	--	---	--	---

G. Pelaksanaan Keperawatan

Nama/Umur : Tn. A./ 55 Tahun

Ruang/Kamar : ICU/ICCU RS Stella Maris Makassar

Pelaksanaan keperawatan

TANGGAL	NO DP	WAKTU	PELAKSANAAN KEPERAWATAN	NAMA PERAWAT
02/05/2023	I	15.00	Mengidentifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung Hasil:pasien mengatakan merasa sesak dan lemas, frekuensi napas: 27x/menit, tampak edema derajat I dengan pitting edema 1 mm di kedua tungkai bawah.	Lita
	II	15.15	Memeriksa tanda dan gejala hypervolemia Hasil: pasien tampak sesak, frekuensi napas: 27x/menit, tampak edema derajat I dengan pitting edema 1 mm di kedua tungkai bawah, JVP meningkat: 5+3 cmH ₂ O, terdengar suara napas tambahan ronchi basah kasar pada kedua lapang paru bagian basal.	Lita
	II	15.30	Mengidentifikasi	Lita

	III	15.40	<p>penyebab hypervolemia Hasil: adanya gangguan aliran balik vena</p> <p>Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan Hasil: pasien menderita penyakit CHF kategori NYHA IV</p>	Lita
03/05/2023	I	15.50	<p>Mengidentifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung Hasil: pasien mengatakan jantung terasa berdebar kuat dan cepat, kulit tampak pucat, terdengar suara napas tambahan ronchi basah kasar pada kedua lapang paru basal.</p>	Lita
	I	15.55	<p>Memonitor EKG 12 sadapan Hasil: Sinus Tachycardi</p> <p>Memonitor aritmia.</p>	Lita
	I	16.00	<p>Hasil: irama jantung irregular, frekuensi: 118x/menit</p>	Lita
	II	16.05	<p>Meninggikan kepala tempat tidur 30-40°</p>	Lita

	I	16.10	<p>Hasil: tampak pasien dalam posisi semi fowler</p> <p>Memposisikan pasien semi fowler atau fowler dengan kaki kebawah atau posisi nyaman</p> <p>Hasil: tampak pasien dalam posisi fowler</p>	Lita
	I	16.20	<p>Memberikan oksigen untuk mempertahankan saturasi >94%</p> <p>Hasil: pasien diberikan oksigen nasal kanul 4 liter/menit</p>	Lita
	III	16.20	<p>Memonitor tanda-tanda vital</p> <p>Hasil: tekanan darah 113/74 mmHg, nadi 114 x/menit, pernapasan 27 x/menit, suhu 36°C, SPO2: 99%</p>	Lita
	III	16.50	<p>Menganjurkan tirah baring</p> <p>Hasil: tampak pasien berbaring dengan posisi semi fowler 45°</p>	Lita
	I	17.00	<p>Memonitor kelelahan fisik dan emosional</p>	Lita

	I	17.10	<p>Hasil: pasien mengatakan merasa lelah dan lemas, sesak</p> <p>Memberikan obat</p> <p>Hasil: pasien diberikan terpasang furosemide 20mg/ syr pump continuous, carnit 5mcg/syr pump.</p>	Lita
	I	17.15	<p>Memonitor keluhan nyeri dada</p> <p>Hasil: pasien mengatakan nyeri dada memberat jika beraktivitas, nyeri terasa tertusuk-tusuk, nyeri pada dada sebelah kiri dengan skala nyeri 6 (nyeri berat), dan nyeri dirasakan hilang timbul</p>	Lita
	I	17.20	<p>Memberikan dan mengajarkan terapi distraksi</p> <p>Hasil: tampak pasien melakukan terapi distraksi dengan mendengarkan murottal quran dan pasien mengatakan sedikit</p>	Lita
	III	17.25	<p>merasa tenang</p>	Lita

			<p>Memonitor tanda-tanda vital</p> <p>Hasil: tekanan darah 150/90 mmHg, nadi 98 x/menit, pernapasan 33 x/menit suhu 36°C, SPO2: 99%</p>	
	III	18:45	<p>Menyediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulasi</p> <p>Hasil: menjelaskan</p>	Lita
	I	19.00	<p>kepada keluarga agar datang sesuai dengan jam besuk dan memberikan pasien kesempatan untuk beristirahat</p>	Lita
	I	19.30	<p>Memonitor kelelahan fisik dan emosional</p> <p>Hasil: pasien mengatakan merasa sesak, lemas dan loyo</p>	Lita
	I, II	19.50	<p>Memonitor tanda-tanda vital</p> <p>Hasil: tekanan darah 148/98 mmHg, nadi 105 x/menit, pernapasan 28 x/menit, suhu 36,6°C, SPO2: 98%</p>	Lita

			<p>Menganjurkan pasien istirahat dengan posisi semi fowler</p> <p>Hasil : tampak pasien beristirahat dengan posisi semi fowler</p> <p>Memonitor intake dan output cairan</p> <p>Hasil:</p> <p>Intake</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cairan RL 300 cc 2. Air putih 50 cc 3. Bubur setengah porsi 50 cc 4. Injeksi obat OMZ 5cc <p>Total 405</p> <p>Out Put</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Urin 500cc <p>Total 500cc</p> <p>Balance cairan:</p>	Lita
03/5/2023	I, II	07.10	<p>Memonitor tanda-tanda vital</p> <p>Hasil: tekanan darah 140/90 mmHg, nadi 114 x/menit, pernapasan 25 x/menit, suhu 36,5°C, SPO2: 98%</p>	Ni Putu F
	I	07.20	<p>Memonitor nyeri dada</p> <p>Hasil: pasien mengatakan nyeri dada</p>	Ni Putu F

			memberat jika beraktivitas, nyeri terasa tertusuk-tusuk, nyeri pada dada sebelah kiri dengan skala nyeri 6 (nyeri berat), dan nyeri dirasakan hilang timbul.	
	I	07.30	Memonitor kelelahan fisik dan emosional Hasil: pasien mengatakan merasa sesak, lemas dan loyo	Ni Putu F
	I	08.00	Memberikan Makanan Hasil : Pasien menghabiskan bubur 10 sdm	Ni Putu F
	I,II	08.10	Memeberikan Obat Omeprazole 40mg/iv, Cpg/ oral, Furosemide Cont/Syr pump, Carnit Cont/syr Pump, aspilet 80mg/oral.	Ni Putu F
	I	08.30	Mengatur posisi semi fowler sudut 45 derajat. Hasil: tampak sesak pasien berkurang setelah di berikan posisi semi	Ni Putu F
	I	09.00	fowler Memonitor tanda-tanda vital	Ni putu

			Hasil: tekanan darah 140/90mmHg, nadi 90 x/menit, pernapasan 25 x/menit, suhu 36°C, SPO2: 99%	
	I	10.00	Memonitor kelelahan fisik dan emosional Hasil: pasien mengatakan merasa sesak, lemas dan loyo	Ni Putu F
	I, II	11.00	Memonitor keluhan nyeri dada dan sesak Hasil: pasien mengatakan nyeri dada memberat jika beraktivitas, sesak terasa berkurang.	Ni Putu F
	I	12.00	Memonitor tanda-tanda vital Hasil: tekanan darah 140/90mHg, nadi 90 x/menit, pernapasan 25 x/menit, suhu 36°C, SPO2: 99%	Ni Putu F
	II	13.00	Memonitor tanda hipervolemia Hasil : Udem berkurang dengan cara melakukan pengukuran pitting edema	Ni Putu F

	II	14.00	<p>Memonitor intake dan output cairan Hasil:</p> <p>Intake</p> <p>Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cairan NaCl 0,9% 400 cc 2. Air putih 100 cc 3. Injeksi obat OMZ 5ml <p>Total: 505</p> <p>Output</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Urine 400 cc Total: 400 cc <p>Balace cairan:</p> <p>CM: 1720 cc + AM (305 cc) = 2025 cc CK: 1000 cc</p> <p>IWL/ 24 jam: 914, 88 cc</p> <p>CM – (CK+IWL) = 2025 cc – (1000 cc + 914,88 cc) = +110,12 cc</p>	Lita
	I	18.00	<p>Memberikan Makan</p> <p>Hasil : Pasien menghabiskan bubur 10sdm</p>	Lita
	I	18.15	<p>Memonitor tanda-tanda vital</p> <p>Hasil: tekanan darah 130/80 mmHg, nadi 90</p>	Lita

			x/menit, pernapasan 25 x/menit, suhu 35,6°C, SPO2: 99%	
	I	18.30 19.00	Menganjurkan tirah baring Hasil: tampak pasien berbaring dengan posisi fowler	Lita
	I	19.30	Memonitor kelelahan fisik dan emosional Hasil: pasien mengatakan merasa lelah dan lemas	Lita
	I	19.40	Memberikan Obat : Omeprazole 40mg/iv	Lita
	I	20.00	Memonitor keluhan nyeri dada Hasil: pasien mengatakan nyeri dada memberat jika beraktivitas, nyeri terasa tertusuk-tusuk, nyeri pada dada sebelah kiri dengan skala nyeri 5 (nyeri sedang), dan nyeri dirasakan hilang timbul	Lita
			Mengaturkan posisi semi fowler untuk beristirahat	Lita

			Hasil: tampak pasien beristirahat dengan posisi semi fowler untuk mengurangi sesak.	
04/5/2023	II	07.30	Memonitor tanda-tanda vital Hasil: tekanan darah 130/80 mmHg, nadi 85 x/menit, pernapasan 22 x/menit, suhu 36°C, SPO2: 99%	Ni Putu F
	I	07.45	Memberikan Makan Hasil : Pasien menghabiskan semua porsi yg diberikan	Ni Putu F
	I	08.00	Memberikan obat Hasil: pasien diberikan obat Omz 40mg/IV, terpasang furosemide/syr pump, carnit/syr pump, CPG 75mg/oral, Aspilet 80mg/oral	Ni Putu F
	II	08.30	Membatasi asupan cairan dan garam Hasil: pasien hanya boleh minum air putih 600 cc dalam 24 jam	Ni Putu F
	II	08.40	Mengajarkan cara membatasi cairan	

			Hasil: pasien mengatakan akan membatasi cairannya dengan minum air ukuran aqua botol sedang dalam 1 hari sesuai yang diajarkan perawat	Ni Putu F
	I	09.00	Menganjurkan pasien tirah baring Hasil: tampak pasien berbaring diatas tempat tidur	Ni Putu F
	I	09.30	Memonitor kelelahan fisik dan emosional Hasil: pasien mengatakan merasa sesak berkurang tapi masih lemas dan loyo	Ni Putu F
	I	12.10	Memberikan oksigen untuk mempertahankan saturasi >94% Hasil: pasien diberikan oksigen nasal kanul 3 liter/menit	Ni Putu
	II	12.15	Memberikan Makan Hasil : Pasien menghabiskan seluh makanan yang disajikan.	Ni Putu F
	I	12.20	Memonitor tanda-tanda	Ni Putu

			vital Hasil: tekanan darah 130/80 mmHg, nadi 84 x/menit, pernapasan 21 x/menit, suhu 36°C, SPO2: 98%	
	II	13.00	Menganjurkan pasien tirah baring Hasil: tampak pasien berbaring diatas tempat tidur	Ni Putu
	I	14.00	Memonitor intake dan output cairan Hasil: 1. Intake Cairan NaCl 0,9% 300 cc 2. Air putih 200 cc 3. Susu 100 cc 4. Bubur setengah porsi 50 cc 5. Injeksi obat ondancetron 2 cc Total: 652 cc Output 1. Urine 300 cc 2. BAB 50 cc Total: 350 cc Balance cairan: CM: 1720 cc + AM (305 cc) = 2025 cc CK: 1000 cc	Ni Putu

			<p>IWL/ 24 jam: 914, 88 cc $CM - (CK+IWL) = 2025$ $cc - (1000 cc + 914,88$ $cc) = +110,12 cc$</p>	
	I	15.00	<p>Memonitor Keluhan Tanda-tanda Hpervolemi Hasil: pasien mengatakan Sesak sudah jauh berkurang, kedua tungkai bawah sudah tidak udem</p>	
		15.10	<p>Memonitor tanda-tanda vital Hasil: tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 74 x/menit, pernapasan 21x/menit, suhu 36,5°C, SPO2: 99% Menganjurkan pasien tirah baring Hasil : Pasien dapat beristirahat tirah baring ditempat tidur.</p>	

H. Evaluasi Keperawatan

Nama/Umur : Tn. A./ 55 Tahun

Ruang/Kamar : ICU/ICCU RS Stella Maris Makassar

Evaluasi keperawatan

TANGGAL	NO /DP	EVALUASI KEPERAWATAN (SOAP)	NAMA PERAWAT
02/05/2022	I	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan jantung terasa berdebar-berdebar dengan kuat dan cepat 2. Pasien mengatakan sesak jika posisi berbaring 3. Pasien mengatakan sering terbangun dimalam hari karena sesak <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak pasien lemas 2. Tampak pasien sesak saat beristirahat 3. Terdengar suara jantung gallop S3 dan S4 4. Irama jantung irregular, frekuensi HR: 118x/menit 5. Observasi TTV: tekanan darah 150/90 mmHg, nadi 90 x/menit, pernapasan 25 x/menit, suhu 36°C, SPO2: 99% <p>A: Penurunan curah jantung belum teratasi</p> <p>P:Lanjutkan intervensi perawatan jantung</p>	Lita

	II	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan merasa sesak dan perut kembung <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak pasien sesak 2. Tampak edema derajat I (1 mm) pada kedua tungkai bawah 3. Terdengar suara napas tambahan ronchi basah kasar pada kedua lapang paru bagian basal 4. Balance cairan <p>CM: 1720 cc + AM (305 cc) = 2025 cc CK: 1000 cc IWL/ 24 jam: 914, 88 cc CM – (CK+IWL) = 2025 cc – (1000 cc + 914,88 cc) = +110,12 cc</p> <p>A: Hipervolemia belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi manajemen hypervolemia</p>	Lita
	III	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengeluh lelah 2. Pasien mengatakan merasa sesak saat beraktivitas 3. Pasien mengatakan sesak setelah beraktivitas <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak sesak dan lemas 2. Pasien tampak sesak saat beristirahat 	Lita

		<p>3. Tampak aktivitas dibantu oleh perawat</p> <p>4. Frekuensi HR: 90 x/menit</p> <p>5. Observasi TTV: tekanan darah 148/90 mmHg, nadi 115 x/menit, pernapasan 25 x/menit, suhu 36°C, SPO2: 99%</p> <p>A: Intoleransi aktivitas belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi manajemen energi</p>	
03/05/2022	I	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan jantung berdebar cepat dan kuat sudah berkurang 2. Pasien mengatakan merasa sesak saat beristirahat dan beraktivitas berkurang 3. Pasien mengatakan terbangun di malam hari berkurang <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak pasien sesak saat beraktivitas 2. Terdengar suara jantung S3 S4 3. Tampak pasien sesekali meringis 4. Irama jantung irregular, frekuensi HR: 83x/menit 5. Observasi TTV: tekanan darah 130/80 mmHg, nadi 84 x/menit, pernapasan 21 x/menit, suhu 36,9°C, SPO2: 97% <p>A: Penurunan curah jantung belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi perawatan jantung</p>	Lita

	<p>II</p>	<p>S: 1. Pasien mengatakan masih merasa sesak</p> <p>O: 1. Tampak sesak pasien menurun 2. Tampak edema derajat I (1 mm) pada kedua tungkai bawah 3. Terdengar suara napas tambahan ronchi basah kasar pada kedua lapang paru bagian basal</p> <p>A: Hipervolemia belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi manajemen hipervolemia</p>	<p>Lita</p>
	<p>III</p>	<p>S: 1. Pasien mengeluh lelah 2. Pasien mengatakan merasa sesak saat dan sesudah beraktivitas 3. Pasien mengatakan tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri</p> <p>O: 1. Pasien tampak sesak saat beraktivitas 2. Pasien tampak lemas 3. Tampak aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat 4. Frekuensi HR: 83 x/menit 5. Observasi TTV: Observasi TTV: tekanan darah 130/80 mmHg, nadi 76</p>	<p>Ni putu F</p>

		<p>*/menit, pernapasan 20 */menit, suhu 36,9°C, SPO2: 97%</p> <p>A: Intoleransi aktivitas belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi manajemen energy</p>	
--	--	--	--

04/05/2022	I	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan jantung sudah tidak berdebar 2. Pasien mengatakan tidak merasa sesak 3. Pasien mengatakan sudah tidak terbangun di malam hari 4. Pasien mengatakan lemas berkurang <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terdengar suara jantung S3 S4 cukup meningkat 2. Akral teraba hangat 3. CRT < 3 detik 4. Tampak pasien rileks 5. Irama jantung irregular, frekuensi HR: 85x/menit 6. Observasi TTV: tekanan darah 130/80 mmHg, nadi 88 */menit, pernapasan 23 */menit, suhu 36,6°C, SPO2: 99% <p>A: Penurunan curah jantung teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi perawatan jantung</p>	Ni putu
------------	---	--	---------

	II	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan tidak merasa sesak <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak edema derajat I (1 mm) pada kedua tungkai bawah menurun 2. Terdengar suara napas tambahan ronchi basah kasar pada kedua lapang paru bagian basal 3. Balance cairan <p>CM: 1810 cc + AM (305 cc) = 2115 cc CK: 1300 cc</p> <p>IWL/ 24 jam: 914, 88 cc</p> <p>CM – (CK+IWL) = 2115 cc – (1300 cc + 914,88 cc) = +99,88 cc</p> <p>A:</p> <p>Hipervolemia teratasi sebagian</p> <p>P:</p> <p>Lanjutkan intervensi manajemen hypervolemia</p>	Lita
	III	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan Keluhan mudah lelah sudah membaik 2. Pasien mengatakan merasa sesak sesudah beraktivitas berkurang 3. Pasien mengatakan mampu melakukan aktivitas ringan seperti makan sendiri <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak pasien mampu melakukan aktivitas ringan seperti makan dan duduk 2. Frekuensi HR: 85 x/menit 3. Observasi TTV: tekanan darah 130/80 mmHg, nadi 88 x/menit, pernapasan 23 	Ni putu

		x/menit, suhu 36,6°C, SPO2: 99%	
		A: Intoleransi aktivitas teratasi	
		P: Hentikan intervensi	

Daftar Obat Tn.A

1. Carnit

- a. Nama obat: carnit
- b. Klasifikasi/ golongan obat: bebas, kelas terapi dan sebagai suplemen
- c. Dosis umum: 500-2000mg
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 5mg/kg Bb/cm
- e. Cara pemberian obat: oral
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Carniten adalah suplemen yang mengandung zat aktif L-carnitine fumarate dan coenzyme Q10. Carniten berfungsi sebagai suplemen asam amino. Carniten dapat digunakan untuk membantu metabolisme (merubah) lemak, karbohidrat dan protein untuk produksi menjadi energy.
- g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: pada pasien yang mengalami gagal jantung kongestif, dan nyeri dada karena serangan jantung.
- h. Kontraindikasi: Tidak boleh diberikan bersamaan dengan warfarin, Wanita hamil dan menyusui.
- i. Efek samping obat: efek samping, misalnya sakit kepala, mual dan muntah, peningkatan tekanan darah, kram perut, diare, serta bau badan.

2. Aspilet

- a. Nama obat: aspilet
- b. Klasifikasi/ golongan obat: Antiplatelet
- c. Dosis umum: 50-325 miligram (mg) diminum sekali sehari.
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 1x1
- e. Cara pemberian obat: oral
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Aspilets adalah obat yang

termasuk ke dalam golongan obat antiplatelet. Obat jenis ini berfungsi untuk mengencerkan darah dan mencegah penggumpalan di pembuluh darah.

- g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: aspilets biasanya digunakan untuk mencegah penyakit tromboemboli dan kardiovaskular, seperti: angina pectoris tidak stabil angina pectoris stabil kronis.
- h. Kontraindikasi: Sebaiknya hindari penggunaan Aspilets apabila kamu memiliki kondisi: Hipersensitif pada kandungan dari Aspilet. Riwayat asma bronkial tukak lambung dan usus, riwayat pendarahan pada saluran cerna gangguan pembekuan darah hamil dan menyusui.
- i. Efek samping obat: Efek samping Aspilets yang bisa timbul antara lain:
Bronkospasme, Mual, Muntah, Pendarahan saluran cerna, Pendarahan lain seperti mimisan, anemia, ruam dan biduran tinnitus .

3. CPG

- a. Nama obat: CPG
- b. Klasifikasi/ golongan obat: Obat Antiplatelet (thieopyridine)
- c. Dosis umum: 300 mg
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 1x1
- e. Cara pemberian obat: oral
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Fungsi obat CPG adalah membantu mencegah serangan jantung, dan stroke pada pasien dengan penyakit jantung, stroke, atau penyakit sirkulasi darah (penyakit pembuluh darah perifer), serta mencegah pembekuan darah pada pascastroke. Memburuknya nyeri dada (serangan jantung baru, angina tidak stabil), menjaga pembuluh darah terbuka, dan

mencegah pembekuan darah setelah prosedur tertentu (seperti stent jantung).

- g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: Obat CPG digunakan untuk mencegah pembekuan darah serta serangan jantung.
- h. Kontraindikasi: Hipersensitif pada kandungan dari CPG, Gangguan hati berat, Tukak lambung dan usus, Riwayat pendarahan pada saluran cerna, Gangguan pembekuan darah, Menyusui.
- i. Efek samping obat: Efek samping yang bisa saja timbul selama penggunaan CPG, yaitu: Dispepsia, Mual Muntah, Pendarahan saluran cerna, Pendarahan lain seperti mimisan, Diare, Anemia, Sakit kepala dan pusing, Ruam, gatal, dan biduran.

4. Omeprazole

- a. Nama obat: omeprazole
- b. Klasifikasi/ golongan obat: Antasida dan antiulkus
- c. Dosis umum: 20–40 mg
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: IF 15/ 12jam
- e. Cara pemberian obat: iv
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Omeprazole injeksi merupakan terapi pilihan untuk pengobatan ulkus duodenum, ulkus gaster, esofagitis ulseratif, atau sindrom *Zollinger-Ellison* pada pasien yang tidak dapat menerima pengobatan peroral.
- g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan:
Merupakan terapi pilihan untuk kondisi-kondisi berikut yang tidak dapat menerima pengobatan peroral: ulkus duodenum, ulkus gaster, esofagitis ulseratif dan sindrom Zollinger-Ellison.
- h. Kontraindikasi: Omeprazole dikontraindikasikan untuk pasien

yang diketahui hipersensitif terhadap obat ini atau bahan lain yang terdapat dalam formulasi.

- i. Efek samping obat: sakit kepala, diare, nyeri abdomen, mual, muntah, infeksi saluran nafas atas, vertigo, ruam, konstipasi, batuk, astenia, nyeri tulang belakang, dan lain-lain.

5. Nitrokaf R

- a. Nama obat: Nitrokaf R
- b. Klasifikasi/ golongan obat: obat keras
- c. Dosis umum: 5 mg
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 2x1
- e. Cara pemberian obat: oral
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Nitrokaf Retard adalah obat yang mengandung bahan aktif *glyceryl trinitrate (nitroglycerin)*. Obat tersebut membantu merilekskan pembuluh darah, mempertahankan aliran darah ke jantung, dan meringankan gejala angina serta gagal jantung. Nitrokaf Retard bekerja dengan melebarkan pembuluh darah dan membantu meningkatkan kerja jantung yang berfungsi memompa darah ke seluruh tubuh.
- g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: nyeri dada akibat adanya penyempitan atau plak di pembuluh darah..
- h. Kontraindikasi: hipersensitif terhadap kandungan dari Nitrokaf Retard penderitanya anemia berat pasien trauma kepala, peningkatan tekanan intrakranial, dan perdarahan serebral pasien glaukoma insipient pasien dengan kegagalan peredaran darah akut (syok, peredaran darah kolaps) penderitanya hipotensi (tekanan darah rendah).
- i. Efek samping obat: hipotensi ortostatik (terjadi penurunan tekanan darah secara drastis akibat berdiri tiba-tiba), refleks takikardia (detak jantung lebih cepat dari normal), penurunan

tekanan darah yang berhubungan dengan gejala angina, sakit kepala, mengantuk serta kemerahan pada kulit.

6. Furosemide

- a. Nama obat: Furosemide
- b. Klasifikasi/ golongan obat: Diuretik
- c. Dosis umum: 20-80 mg
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 20 mg/12 jam
- e. Cara pemberian obat: intravena
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat: furosemide adalah derivat asam antranilat yang efektif sebagai diuretik. Mekanisme kerja furosemide adalah menghambat penyerapan kembali natrium oleh sel tubuli ginjal. Furosemide meningkatkan pengeluaran air, natrium, klorida, kalium, dan tidak mempengaruhi tekanan darah yang normal.
- g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: pada pasien yang mengalami edema (penumpukan cairan berlebihan dalam tubuh).
- h. Kontraindikasi: pasien dengan gangguan defisiensi kalium, glomerulonephritis akut, insufisiensi ginjal akut, wanita hamil dan pasien yang hipersensitif terhadap furosemide.
- i. Efek samping obat: dapat menyebabkan hipokalemi, peningkatan kadar asam urat dan kadar gula darah, mual, muntah, nafsu makan menurun, iritasi pada mulut dan lambung, diare, sakit kepala, pusing, penglihatan kabur, anemia dan trombositopenia.

BAB IV PEMBAHASAN KASUS

A. Pembahasan Asuhan Keperawatan

Pada Bab IV ini penulis akan membahas asuhan keperawatan yang dilaksanakan pada Tn. A yang dirawat di ruang ICU/ICCU RS Stella Maris Makassar pada tanggal 2-4 Mei 2023, dengan melalui pendekatan proses keperawatan yang meliputi: Pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

1. Pengkajian keperawatan kritis

Pengkajian merupakan tahap awal dalam proses keperawatan dengan memperoleh data melalui wawancara langsung dengan pasien dan keluarga pasien. Selain itu, data di peroleh dari observasi langsung, catatan medis dan hasil pemeriksaan penunjang Rumah Sakit. Berdasarkan pengkajian yang dilakukan pada kasus Tn.A berusia 55 tahun meliputi pengkajian langsung pada pasien dan keluarga, yang selanjutnya dilakukan pengumpulan data berdasarkan hasil pengkajian dan data dari status pasien, pengkajian dalam keperawatan kritis terbagi atas dua yaitu:

a. Pengkajian primer

1). B1(*Breath*)

Pada teori pengkajian *breath* di dapatkan palpasi vocal premitus kiri dan kanan teraba lemah, perkusi redup pada kedua lapang paru, suara nafas ronchi basah kasar, pasien menggunakan alat bantu napas nasal kanul 4liter/menit.

2). Pada teori pengkajian *blood* berdasarkan hasil pengkajian pada pasien terdengar suara jantung S3 dan S4, irama jantung iregular, CRT < 3 detik, JVP meningkat (5+3cmH2o),

terdapat edema pada tungkai bawah (derajat 1 pitting edema 1mm).

3) B3 *Brain*

Pada pengkajian *brain* berdasarkan hasil pengkajian di dapatkan data tingkat kesadaran kualitatif compos metis, kuantitatif, M₆V₅E₄, reaksi pupil isokor, reflex fisiologis (+), reflex patologis tidak ada.

4) B4 *Bledder*

Pada teori pengkajian *bledder* berdasarkan hasil pengkajian urin dengan jumlah 100cc/3jam dengan warna kuning jernih, pasien BAK menggunakan pispot.

5) B5 *Bowel*

Pada pengkajian ini di dapatkan mukosa bibir kering, nyeri tekan pada epigastrium, peristaltic usus 12x/menit.

6) B6 *Bone*

Pada pengkajian ini di dapatkan tugor kulit jelek, kulit teraba hangat.

b. Pengkajian sekunder

Pola yang bermasalah pada pengkajian sekunder yaitu,

- a) pola 1 persepsi dan pemeliharaan kesehatan didapatkan data: pasien mengalami sesak sejak 1 minggu memiliki riwayat penyakit hipertensi sejak 2 bulan (HTdisangkal). Pasien dengan kesadaran compos mentis, TD: 180/100mmHg, N: 119x/menit, P: 33x/menit, S: 36,5⁰C, dan terpasang nasal kanul 4 liter/menit.
- b) Pola 2 nutrisi dan metabolik, pasien mengatakan makan 2 sendok makan saja dan tidak ada nafsu makan karena mual.
- c) Pola 4 aktivitas dan latihan, pasien mengatakan merasa lemah, loyo, pasien mengatakan sesak tidak berkurang saat pasien

istirahat, sesak bertambah jika beraktivitas. Pasien mengatakan tidak mampu beraktivitas secara mandiri.

- d) Pola 5 tidur dan istirahat pasien mengatakan sering terbangun di malam hari karena sesak, pasien sulit tidur karena sesak jika posisi berbaring dan lebih nyaman dengan posisi 2 bantal atau tempat tidur dinaikkan. Tetapi setelah dirawat, pasien mengatakan sudah bisa tidur walaupun hanya sekitar 1 jam.

2. Diagnosis keperawatan

Berdasarkan manifestasi klinis pada pasien yang diperoleh dari data hasil pengkajian, maka penulis mengangkat 3 diagnosa yaitu:

- a) Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan perload, penulis mengangkat diagnosa ini karena tanda dan gejala utama yang ditemukan yaitu terdengar suara jantung S3 dan S4, Echocardiography: LVEF 29%, pasien mengeluh nyeri dada dengan skala 6, sesak napas terutama pada malam hari dan posisi berbaring dan didapatkan hasil foto thorax *cardiomegaly*, salah satu faktor risiko terjadinya CHF pada Tn.A adalah riwayat penyakit hipertensi, usia lanjut dan riwayat keluarga. menyebabkan penebalan dinding pembuluh darah arteri, sehingga lumen dari pembuluh darah tersebut menyempit dan proses ini disebut aterosklerosis. Penyempitan pembuluh darah ini akan menyebabkan aliran darah menjadi lambat bahkan dapat tersumbat sehingga aliran darah pada pembuluh darah coroner yang fungsinya memberi oksigen ke jantung menjadi berkurang. Kurangnya oksigen akan menyebabkan otot jantung menjadi lemah, nyeri dada, serangan jantung, bahkan kematian mendadak (Elizabeth, 2018). Usia yang sudah diatas 40 tahun semua faktor risiko akan meningkat, dengan meningkatnya usia jantung dan pembuluh darah mengalami perubahan baik struktural maupun fungsional. Dengan bertambahnya usia,

sistem aorta dan arteri menjadi kaku dan tidak lurus. Perubahan ini akibat hilangnya serat elastis dalam lapisan medial arteri. Proses perubahan yang berhubungan dengan penuaan ini meningkatkan kekakuan dan ketebalan yang disebut aterosklerosis yaitu merupakan salah satu penyebab gagal jantung (Harisa akbar, et al.,2020).

- b). Hipervolemia berhubungan dengan gangguan aliran balik vena. Berdasarkan data yang diperoleh dari Tn.A didapatkan diagnosis Hipervolemia berhubungan dengan gangguan aliran balik vena. Tanda dan gejala utama yang ditemukan yaitu pasien mengeluh sesak, tampak edema derajat I (1mm) pada kedua tungkai bawah, terdengar suara napas tambahan ronchi basah kasar pada kedua lapang paru bagian basal, JVP 5+3 cmH₂O. Hasil foto thorax: Cardiomegaly disertai edema paru, hasil laboratorium: HGB 12,8 g/dL(-), HCT 37,5%(-).
- c). Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen Tanda dan gejala utama yang ditemukan yaitu pasien mengatakan sesak tidak berkurang saat beristirahat, sesak pada posisi berbaring, merasa lemas dan loyo, pasien merasa sesak jika beraktivitas, serta tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri, tampak pasien hanya berbaring ditempat tidur, tampak pasien lemah, HR sebelum aktivitas 119x/menit, HR setelah aktivitas (ganti pakaian) 142x/menit, pasien pada kategori CHF NYHA IV, HGB 12,8 g/dL.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi yang disusun oleh penulis di sesuaikan dengan diagnosis dan kebutuhan pasien yang meliputi hal yang di harapkan, intervensi dan rasional, intervensi yang diangkat yaitu

dengan berfokus pada tindakan observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi.

- a). Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan perload. Pada diagnose ini penulis membuat intervensi yaitu adalah perawatan jantung yang meliputi: tindakan observasi: identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung, identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung, monitor tekanan darah, monitor keluhan nyeri dada, monitor saturasi oksigen, monitor EKG 12 sadapan, monitor aritmia. Tindakan terapeutik: posisikan pasien semi fowler atau fowler dengan kaki kebawah atau posisi nyaman, berikan diet jantung yang sesuai, berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi >94%, berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress. Tindakan edukasi: anjurkan aktivitas fisik sesuai toleransi, anjurkan aktivitas fisik secara bertahap dan tindakan kolaborasi: pemberian antiaritmia.
- b). Hipervolemia berhubungan dengan gangguan aliran balik vena, pada diagnosa ini penulis membuat intervensi yaitu manajemen hipervolemia yang meliputi: tindakan observasi: Periksa tanda dan gejala hipervolemia (misalnya ortopnea, edema, JVP/CVP meningkat, reflek hepatojugular positif, suara napas tambahan), identifikasi penyebab hipervolemia, monitor intake dan output cairan. Tindakan terapeutik: batasi asupan cairan dan garam, tinggikan kepala tempat tidur 30-40°. Tindakan edukasi: anjurkan melapor jika haluaran urin <0,5 ml/kg/jam dalam 6 jam dan ajarkan cara membatasi cairan. Tindakan kolaborasi yaitu: pemberian diuretik.
- c). Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, pada diagnose ini penulis membuat intervensi yaitu, manajemen energi yang meliputi: tindakan observasi: monitor kelelahan fisik dan emosional, identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan. Tindakan

terapeutik: Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulasi (misalnya cahaya, suara dan kunjungan). Tindakan edukasi: anjurkan tirah baring, anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap. Tindakan kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan nutrisi.

4. Implementasi keperawatan

Pada implementasi keperawatan pada Tn. A penulis melakukan tindakan keperawatan berdasarkan intervensi keperawatan selama berlangsungnya implementasi perawat tidak menemukan hambatan dalam pelaksanaan, semuanya dapat terlaksana dengan baik karena penulis bekerja sama dengan pasien maupun keluarga pasien dan juga di dukung oleh sarana Rumah Sakit . selama tilakukan implementasi didapatkan saturasi pasien mengalami peningkatan SpO₂: 98%.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan yang di peroleh dari hasil implementasi yang telah dilakukan tanggal 2-4 mai 2023 pada Tn.A merupakan tahap untuk tujuan yang di harapkan tercapai atau tidak. Dalam tahap evaluasi ini dilakukan 3x24 jam.

- a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan perload, sampai pada pada perawatan hari ketiga intervensi teratasi sebagian karena jantung sudah tidak berdebar, sesak berkurang, lemas berkurang.
- b. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan aliran balik vena, sampai pada perawatan hari ketiga intervensi teratasi sebagian dikarenakan, terdengar suara napas ronchi basah kasar pada kedua lapang paru bagian basal.
- c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, pada perawatan hingga hari ketiga intoleransi aktivitas teratasi, keluhan lelah sudah

membaik, sesak setelah beraktivitas ringan berkurang, dan mampu melakukan aktivitas ringan seperti makan sendiri.

B. Pembahasan Penerapan *Evidence Based Nursing*

1. Judul EBN: penerapan perubahan posisi terhadap perubahan hemodinamik pada asuhan keperawatan pasien *Congestive Heart Failure* (Yulianti & Chanif, 2021).

Diagnosis keperawatan: penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas

Luaran yang diharapkan: curah jantung meningkat dengan kriteria hasil: *ejection fraction* (EF) cukup menurun, *paroxysmal nocturnal dyspnea* (PND) cukup meningkat, ortopnea cukup meningkat, suara jantung S3 S4 cukup meningkat.

Intervensi prioritas mengacu pada EBN: posisikan pasien semi fowler atau fowler dengan kaki kebawah atau posisi nyaman

Pembahasan tindakan keperawatan sesuai EBN

- a. Pengertian tindakan: *Positioning* adalah tindakan yang dilakukan dengan sengaja untuk memberikan posisi tubuh dalam meningkatkan kesejahteraan atau kenyamanan fisik dan psikologis. *Positioning* juga merupakan salah satu tindakan keperawatan yang dapat membantu meminimalkan bendungan sirkulasi. Pengaturan posisi tidur dengan meninggikan punggung bahu dan kepala dengan 30°, 45° dan 90° memungkinkan rongga dada dapat berkembang secara luas dan pengembangan paru meningkat. Kondisi ini akan menyebabkan asupan oksigen membaik sehingga proses respirasi kembali normal.
- b. Tujuan/rasional EBN dan pada kasus asuhan keperawatan: Tujuan dari tindakan ini adalah untuk menurunkan konsumsi O₂ dan menormalkan ekspansi paru yang maksimal, serta mempertahankan kenyamanan. Posisi semi fowler bertujuan

mengurangi risiko statis sekresi pulmonar dan mengurangi risiko penurunan pengembangan dinding dada.

c. PICOT EBN

1) P (*Problem/ Population*)

Masalah penelitian: 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.

Tujuan penelitian: untuk menerapkan perubahan posisi (*head up* 30°, semi fowler 45° dan *high fowler* 90°) untuk peningkatan saturasi oksigen & penurunan *respirasi rate* pada asuhan keperawatan.

Populasi: 3 responden

2) I (*Intervention*): pemberian posisi *head up* 30° yang dilakukan selama 15 menit, selanjutnya dilakukan pengukuran SpO₂ dan 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°.

3) C (*Comparison*): Hasil studi kasus pada dua responden menunjukkan nilai saturasi oksigen dan *respirasi rate* dari posisi *head up* ke semi fowler meningkat lebih tinggi, sedangkan pada satu responden menunjukkan nilai saturasi oksigen dan respirasi rate mengalami peningkatan lebih tinggi pada posisi *high fowler*. Namun dari posisi sebelum diberikan intervensi ke posisi *head up* tidak mengalami kenaikan lebih banyak jika di dibandingkan dengan semi fowler dan

high fowler.

- 4) O (*Outcome*): menunjukkan bahwa posisi semi fowler 45° dapat meningkatkan 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*.

Pemberian posisi semi fowler dan fowler pada Tn.A didapatkan hasil penurunan *respirasi rate* dari 27x/menit menjadi 23x/menit dan saturasi oksigen tetap dalam kondisi stabil yaitu 99%, pasien juga mengatakan sudah tidak merasakan sesak pada hari ketiga.

- 5) T (*Time*): Februari 2020.

2. Judul EBN: 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 (Muti, 2020).

Diagnosis keperawatan: penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas

Luaran yang diharapkan: curah jantung meningkat dengan kriteria hasil: *ejection fraction* (EF) cukup menurun, *paroxysmal nocturnal dyspnea* (PND) cukup meningkat, ortopnea cukup meningkat, suara jantung S3 S4 cukup meningkat.

Intervensi prioritas mengacu pada EBN: posisikan pasien semi fowler atau fowler dengan kaki kebawah atau posisi nyaman

Pembahasan tindakan keperawatan sesuai EBN

- a. Pengertian tindakan: posisi semi fowler adalah memposisikan pasien dengan posisi setengah duduk sedangkan fowler adalah memposisikan pasien dengan menaikkan kepala dan dada.
- b. Tujuan/rasional EBN dan pada kasus asuhan keperawatan: pemberian posisi semi fowler/ fowler dapat memberikan pengaruh terhadap hemodinamik seperti penurunan perfusi serebral,

penurunan MAP dan central venous pressure (CVP) akibat menurunnya beban awal pada jantung (*preload*) dan paru, kongesti paru berkurang, dan penekanan hepar ke diafragma menjadi minimal yang akan berdampak pada penurunan curah jantung yang akan berdampak pada denyut jantung dan tekanan darah hingga 20% terutama posisi fowler 60°

PICOT EBN

1) P (*Problem/ Population*)

Masalah penelitian: 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. Pada keadaan kritis pasien dengan gagal jantung membutuhkan penatalaksanaan baik farmakologis maupun non farmakologis dengan tujuan memperbaiki perburukan kondisi, penyebab, perbaikan hemodinamik, menghilangkan kongesti paru dan perbaikan oksigenasi jaringan. Pengaturan posisi merupakan salah satu faktor yang harus diperhatikan dalam menjaga sirkulasi sistemik yang adekuat karena dapat mempengaruhi sistem hemodinamik.

Tujuan penelitian: untuk mengetahui pengaruh posisi semi fowler dengan kombinasi lateral kanan terhadap perubahan hemodinamik pada pasien gagal jantung kongestif.

Populasi: Responden dalam penelitian ini adalah pasien gagal jantung kongestif sebanyak 31 responden di ruang ICCU RSUD Prof. dr. Margono Soekardjo Purwokerto.

2) I (*Intervention*): Perlakuan yang dilakukan adalah dengan memberikan terapi dengan pengaturan posisi semi fowler kemudian dikombinasikan dengan posisi lateral kanan pada pasien dengan gagal jantung kongestif. Pemberian posisi dilakukan selama 15 menit dan setiap 5 menit akan dilakukan pengecekan status hemodinamik pada pasien

kelompok intervensi

- 3) C (*Comparison*): Posisi lain yang dapat digunakan untuk mengatasi ketidaknyamanan akibat sesak dan dapat memperbaiki status hemodinamik diantaranya adalah posisi *ortopnea*.
- 4) O (*Outcome*): Pemberian pengaturan posisi semi fowler dengan kombinasi lateral kanan dapat memperbaiki 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 dan seterusnya meningkatkan aliran curah jantung.

Pemberian pengaturan posisi semi fowler dengan kombinasi lateral kanan pada Tn.A didapatkan hasil penurunan respirasi rate dari 27x/menit menjadi 23x/menit dan saturasi oksigen tetap dalam kondisi stabil yaitu 99%, pasien juga mengatakan sudah tidak merasakan sesak pada hari ketiga.

3. Judul EBN: Pemberian Posisi 45⁰ Efektif dalam Meningkatkan Saturasi Oksigen dan Menurunkan *Respiration Rate* Pasien *Congestive Heart Failure* (CHF).

Diagnosis keperawatan: penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas

Luaran yang diharapkan: curah jantung meningkat dengan kriteria hasil:

ejection fraction (EF) cukup menurun, *paroxysmal nocturnal dyspnea* (PND) cukup meningkat, ortopnea cukup meningkat, suara jantung S3 S4 cukup meningkat.

Intervensi prioritas mengacu pada EBN: posisikan pasien semi fowler atau fowler dengan kaki kebawah atau posisi nyaman

Pembahasan tindakan keperawatan sesuai EBN

- a. Pengertian tindakan: Latihan pernapasan merupakan alternatif untuk memperoleh kesehatan yang diharapkan bisa mengefektifkan semua organ dalam tubuh secara optimal dengan olah napas dan olah fisik secara teratur, sehingga hasil metabolisme tubuh dan energi penggerak untuk melakukan aktivitas menjadi lebih besar dan berguna. Pada pasien CHF untuk meminimalkan atau mengurangi bendungan sirkulasi darah, salah satu tindakan keperawatan yang bisa dilakukan selain dengan Latihan pernafasan ialah memposisikan fowler.
- b. Tujuan/rasional EBN dan pada kasus asuhan keperawatan: Posisi *semi fowler* sebagai salah satu tindakan keperawatan yang mampu mengurangi sesak nafas sehingga asupan oksigen meningkat dan sesak nafas berkurang.

PICOT EBN

1) P (*Problem/ Population*)

Masalah penelitian: *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.

Tujuan penelitian: untuk menganalisa pengaruh posisi *semi fowler* terhadap perubahan saturasi oksigen pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) yang mengalami sesak nafas.

Populasi: 2 responden

2) I (*Intervention*): Prosedur pengambilan data dilakukan dengan

melakukan pengkajian, menentukan diagnosis keperawatan dan intervensi, melakukan implementasi (memposisikan *semi fowler*), dan melakukan evaluasi. Proses studi kasus dilakukan pada saat responden mengalami sesak nafas dan SpO₂ kurang dari sama dengan 95%, sebelum memposisikan fowler, responden diukur sesak nafas dan saturasi oksigennya, setelah itu responden di posisikan fowler selama 15 menit dan di amati serta di observasi status pernafasannya. Evaluasi di lakukan setelah \pm 15 menit di berikan posisi fowler, kaji ulang sesak nafas dan saturasi oksigen pada responden.

3) C (*Comparison*): Pengaturan posisi yang tepat dan nyaman pada pasien sangatlah penting terutama pasien yang mengalami sesak nafas, hasil penelitian ini menunjukkan bahwa posisi semi fowler lebih nyaman dan lebih mudah dipahami oleh pasien akan tetapi posisi fowler lebih efektif untuk penurunan sesak nafas dan meningkatkan saturasi oksigen

4) O (*Outcome*): Hasil studi menunjukkan bahwa pre test pasien CHF di Penelitian ini dilaksanakan di ruang IGD SMC RS Telogorejo mengalami sesak nafas. Pasien pertama dengan RR: 26x/menit dengan SpO₂ 94%. Pasien kedua mengalami sesak nafas dengan RR: 28x/menit dan SpO₂ 95%. Hasil post test setelah memposisikan 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 fowler pada pasien dengan CHF berpengaruh dalam peningkatan saturasi oksigen bagi pasien. Pemberian posisi fowler pada Tn.A didapatkan hasil saturasi oksigen stabil dalam rentang 98-100%.

5) T (*Time*): Penelitian ini dilaksanakan tanggal 5-25 Mei 2022.

C. PICOT EBN (*Problem, Intervention, Comparison, Outcome, dan Time*)

1. PICOT EBN pasien Tn. A

a. P: (Problem & Populasi)

Pada penulisan karya ilmiah ini ditemukan 1 pasien dengan *diagnose Congestive Heart Failure* (CHF) dengan kriteria pasien dengan tingkat kesadaran kualitatif, compos metis kuantitatif, TD 180/100 mmHg, N: 119x/menit, P: 33x/menit, S:36,5⁰C, SpO₂: 98% dan terpasang nasal kanul 4 liter.

b. Intervensi

Cara yang dilakukan untuk meningkatkan saturasi pada pasien CHF dengan cara pemberian posisi *semi fowler / 45⁰*. tindakan ini dilakukan dengan cara memposisikan setengah duduk atau meninggikan kepala 45⁰, dapat dilakukan dengan menempatkan bantal di punggung bawah dengan posisi tubuh sejajar dan kaki lurus atau tidak menekuk.

c. Comparison

Intervensi pembandingan dalam penelitian ini pemberian posisi *semi fowler* memberikan kenyamanan untuk pasien sesak dan sulit ketika beristirahat serta efektif dalam meningkatkan saturasi, dan mudah untuk dilakukan.

d. Outcome

Pada penelitian ini di dapatkan hasil bahwa peningkatan saturasi oksigen pada pasien CHF, dan memberikan kenyamanan untuk pasien ketika beristirahat setelah diberikan posisi 45⁰/ *semi fowler*, hasil SpO₂ 98%.

e. Time

Intervensi dilakukan pada tanggal 3-4 Mei 2023.

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Berdasarkan pelaksanaan asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada Tn.A dengan *Congestive Heart Failure* (CHF) di ruang ICU/ICCU Rumah Sakit Stella Maris Makassar, maka penulis menarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian: terjadinya CHF pada Tn.A yaitu memiliki riwayat penyakit jantung, riwayat keluarga, serta faktor usia lanjut yaitu 55 tahun. Saat pengkajian didapatkan pasien merasa sesak, hasil pemeriksaan: JVP 5+3 cmH₂O, terdengar suara ronchi basah kasar pada basal paru dan bunyi gallop S3 dan S4 pada jantung, perkusi redup pada basal paru, edema derajat I (1 mm) pada tungkai bawah, HR meningkat setelah beraktivitas, foto thoraks *cardiomegaly* disertai edema paru dan LVEF 29%.
2. Diagnosis keperawatan yang ditemukan pada Tn. A dengan CHF, yaitu: penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas, hipervolemia berhubungan dengan gangguan aliran balik vena, dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.
3. Intervensi keperawatan: dalam rencana keperawatan yang telah penulis susun diantaranya perawatan jantung, manajemen hipervolemia dan manajemen energi yang meliputi tindakan: observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi.
4. Implementasi keperawatan: Setelah perawatan selama tiga hari yang dibantu oleh rekan dan perawat, semua implementasi dapat terlaksana dengan baik.
5. Evaluasi keperawatan: Ada 1 diagnosis keperawatan yang teratasi yaitu intoleransi aktivitas, dan ada 2

diagnosis yang tidak teratasi yaitu penurunan curah jantung dan hipervolemia karena perawatan pasien CHF membutuhkan waktu yang lama, namun intervensi tetap dilanjutkan oleh perawat ruangan.

6. Penerapan EBN pada pasien Tn.A dengan CHF yaitu tentang mengatur posisi pasien *semi fowler* atau *fowler* dengan kaki kebawah atau posisi nyaman dimana tindakan ini bertujuan untuk memperbaiki status hemodinamik pasien. Dari hasil penelitian tersebut didapatkan bahwa posisi *semi fowler/fowler* berpengaruh terhadap perbaikan status hemodinamik pasien CHF.

B. Saran

Berdasarkan simpulan di atas, maka penulis menyampaikan beberapa saran yang kiranya bermanfaat bagi peningkatan kualitas pelayanan yang ditujukan:

1. Bagi Instansi Rumah Sakit

Instansi Rumah Sakit diharapkan meningkatkan pelayanan yang berfokus pada status hemodinamik pasien CHF seperti dengan memfasilitasi dalam kegiatan pembatasan cairan pasien serta menyediakan edukasi kesehatan yang dapat dilakukan oleh pasien dan keluarga sehingga status kesehatan pasien dapat meningkat.

2. Bagi Profesi Keperawatan

Perawat diharapkan mampu untuk mengelola pasien CHF dengan memperhatikan pembatasan cairan serta aktivitas pasien. Perawat juga diharapkan untuk memberikan edukasi tentang kepatuhan minum obat, diit, pembatasan cairan dan aktivitas pasien CHF agar tidak terjadi kekambuhan serta perburukan kinerja jantung.

3. Bagi Instansi Pendidikan

Instansi pendidikan diharapkan dapat memberikan edukasi terkait pencegahan penyakit CHF serta mengajarkan tentang cara pembatasan cairan dan diit jantung pada pasien CHF. Sehingga, dapat menurunkan tingkat morbiditas dan mortalitas dari penyakit CHF.

DAFTAR PUSTAKA

- Akhmad, A. N. (2018). Kualitas hidup pasien Gagal Jantung Kongestif (GJK) berdasarkan karakteristik demografi. *Jurnal Keperawatan Soedirman*, 11(1), 27-34
- Anita, E. A., Sarwono, B., & Widigdo, D. A. M. (2021). Studi Kasus: Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gagal Jantung Kongestif. *JURNAL SKALA HUSADA: THE JOURNAL OF HEALTH*, 18(1), 34-38.
- Bangsawan, M., & Purbianto, P. (2017). Faktor Risiko yang Mempercepat Terjadinya Komplikasi Gagal Jantung pada Klien Hipertensi. *Jurnal Ilmiah Keperawatan Sai Betik*, 9(2), 145-150.
- Kementrian Kesehatan RI (2018) Laporan nasional riskerdas 2018. Indonesia Diakses dari https://kesmas.kemkes.go.id/assets/upload/dir_519d41d8cd98f00/files/hasil-risikesdas-2018_1274.pdf
- Nurkhalis, N., & Adista, R. J. (2020). Manifestasi Klinis dan Tatalaksana Gagal Jantung. *Jurnal Kedokteran Nanggroe Medika*, 3(3), 36-46.
- Pangestu, M. D., & Nusadewiarti, A. (2020). Penatalaksanaan Holistik Penyakit Congestive Heart Failure pada Wanita Lanjut Usia Melalui Pendekatan Kedokteran Keluarga. *Jurnal Majority*, 9(1), 96-106.
- Prastiyo, M. D. (2021). Asuhan Keperawatan Pada Tn. C Dengan *CONGESTIVE HEART FAILURE* (Doctoral dissertation, Universitas Muhammadiyah Malang).
- Purwowiyoto, S. L. (2018). Gagal Jantung Akut: Definisi, Patofisiologi, Gejala Klinis dan Tatalaksana. *Cermin Dunia Kedokteran*, 45(4),

310-312.

Putra, C. L. (2022). Stenosis Aorta Dengan Komplikasi Gagal Jantung: A *Case Report And Review Of The Literature*. *Jurnal Medika Utama*, 3(03 April), 2562-2568.

Putradana, A., Mardiyono, M., & Rochana, N. (2021). Pengaruh Diet Sodium dan Pembatasan Cairan Berbasis Aplikasi Android Terhadap Keseimbangan Cairan Dan Dyspnea Pada Pasien Gagal Jantung Kongestif (CHF). *JISIP (Jurnal Ilmu Sosial dan Pendidikan)*, 5(1).

Putri, Y. A., Arminda, F., & Effendi, R. R. (2023). Penatalaksanaan Gagal Jantung Kongestif pada Pria Usia 73 Tahun dengan Prinsip Pendekatan Kedokteran Keluarga. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 5(1), 323-344.

Rahayuningsih, S. E. (2016). Manifestasi klinis dan fungsi ventrikel pada kardiomiopati dilatasi. *Sari Pediatri*, 16(6), 403-8.

Ramli, D., & Karani, Y. (2018). Anatomi dan Fisiologi Kompleks Mitral. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 7, 103-112.

Riskesdas. Hasil Utama riskesdas 2018. Diakses dari https://kesmas.kemendes.go.id/assets/upload/dir_519d41d8cd98f00/files/hasil_riskesdas-2018_1274.pdf

Saroinsong, L., Jim, E. L., & Rampengan, S. H. (2021). Diagnosis dan Tatalaksana Terkini Gagal Jantung Akut. *e-CliniC*, 9(1).

Setiantiningrum, M. H., & Rehatta, J. V. E. (2015). Penatalaksanaan Kardiomiopati Peripartum. *Cermin Dunia Kedokteran*, 42(5), 356-360

Yulianti, C. Penerapan Perubahan Posisi Terhadap Perubahan

Hemodinamik Pada Asuhan Keperawatan Pasien *Congestive Heart Failure*.

Lembar Bimbingan KIA



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS MAKASSAR**

IDENTITAS MAHASISWA

Nama : 1. Lita Paerunan
2. Ni Putu Fingky Marsela

Nim : 1. NS2214901088
2. NS2214901121

Email : 1.
2. Fingkymarcela@gmail.com

No. Hp/telp : 1.
2. 082395312139

Program studi : Profesi Ners

Pembimbing : 1. Merry Solon, Ns.,M.Kes
2. Serlina Sandi, Ns.,M.Kes

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan *Congestive Heart Failure* (CHF) di Ruang ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Lampiran

**LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN TUGAS AKHIR
(KIA)**

No	Tanggal	Materi Bimbingan	Saran	TTD Pembimbing		TTD Mahasiswa
				1	2	
1	Selasa, 2 Mei 2023	Pengajuan kasus KIA	Lanjutkan pengkajian, implementasi dan evaluasi	<i>ks</i>		Lita & Ni putu
2	Selasa, 16 Mei 2023	Konsul Bab III (pengkajian samapai Evaluasi)	<ul style="list-style-type: none"> • Dx penurunan curah jantung b/d perubahan kontraktilitas di ganti dengan perubahan preload. • Perhatikan ulang pada 	<i>ks</i>		Ni piutu

			<p>pengkajian sekunder.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Balance cairan di masukkan pada implementasi saja • Pada SLKI disesuaikan dengan data DS, DO. • Sesuaikan obat dengan intervensi masalah keperawatan. 	<i>h</i>		
3	Rabu, 17 Mei 2023	Konsul pengkajian Bab 3	Acc Bab 3, lanjutkan Bab 4	<i>h</i>		Ni putu finky
4	Selasa, 23 Mei 2023	Konsul Bab 1,II (Dengan pembimbing 2)	<ul style="list-style-type: none"> • Pada latar belakang munculkan fenomena permasalahan • Latar belakang belum clear 	<i>h</i>	<i>h</i>	Ni putu

			<ul style="list-style-type: none"> • Persentase kasus CHF mulai dari umum sampai khusus (lebih spesifik) • Angka insiden terjadinya CHF berapa • Tambahkan identitas pasien pada tujuan khusus penulisan • Perbaiki susunan studi kasus • perhatikan kata yang harus di cetak miring. • Perhatikan penyetakan 		fingky
5	Selasa, 30 Mei 2023	Konsul Bab 1,2,3,4	<ul style="list-style-type: none"> • Pembimbing 1, tambahkan pengkajian pada Bab 4. • Pembimbing 2, perbaiki pada latar 		Ni putu

6	Selasa, 6 Juni 2023	Konsul Bab 1	<p>belakang tambahkan prevelensi.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bab 2, data pada pengkajian primer, masukan kesesuaian antara teori dengan pengkajian primer. • Tambahkan judul pada halaman rencana keperawatan. • Pada halaman patoflow berikan judul, • Kejelasan Arah panah yang menghubungkan penyebab dan akibat. • Pengetikan disesuaikan dengan panduan KIA 		<p><i>Ju.</i></p> <p><i>Ju</i></p> <p><i>Ju</i></p> <p><i>Ju</i></p> <p><i>A</i></p>	fingky
---	---------------------	--------------	---	--	--	--------

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Pribadi

Nama : Lita Paerunan
Tempat/ Tanggal Lahir : 22 Desember 1986
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Kristen Protestan
Pekerjaan : Mahasiswa
Alamat : Jl. Cendrawasih 2



II. Identitas Orang Tua

A. Ayah

Nama : Alm. L. Paerunan
Agama : Kristen Protestan
Pekerjaan : Pens. PNS
Alamat : Palopo

B. Ibu

Nama : Dina Sulle
Agama : Kristen Protestan
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
Alamat : Jl. Cendrawasih 2

III. Pendidikan yang Telah Ditempuh

SDN 352 Sabbamparu : Tahun 1992 – 1999
SMP Negeri2 Palopo : Tahun 1999– 2002
SMA Negeri1 Palopo : Tahun 2002 – 2005
D3 Keperawatan STIK Stella Maris Makassar : Tahun 2002-2008
S1 Keperawatan dan Profesi Ners STIK Stella Maris Makassar :
Tahun 2018 – 2022

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Pribadi

Nama : Ni Putu Fingky Marsela
Tempat/ Tanggal Lahir: 09 November 1999
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Hindu
Pekerjaan : Mahasiswa
Alamat : Jl. Perintis Kemerdekaan 12.



II. Identitas Orang Tua

A. Ayah

Nama : I Ketut Sumo Arianto
Agama : Hindu
Pekerjaan : Petani
Alamat : Desa Benteng , Kec. Burau

B. Ibu

Nama : Ni Kadek Sukmawati
Agama : Hindu
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
Alamat : Desa Benteng, Kec. Burau

III. Pendidikan yang Telah Ditempuh

TK Hybrida : Tahun 2006
SDN 108 Bone Pute : Tahun 2007 – 2012
SMP Negeri 1 Burau : Tahun 2012 – 2015
SMA Negeri 7 Luwu Timur : Tahun 2015 – 2018
S1 Keperawatan STIK Stella Maris Makassar : Tahun 2018 – 2022
Profesi Ners STIK Stella Maris Makassar : Tahun 2022 – 2023