

**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. M DENGAN DIAGNOSIS  
MEDIS CONGESTIVE HEART FAILURE DI RUANG  
ICCU RSPAL dr. RAMELAN  
SURABAYA**



**Oleh :**  
**DUI WIJAYANTI, S.KEP**  
**NIM. 2030046**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH  
SURABAYA  
2022**

**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. M DENGAN DIAGNOSIS  
MEDIS CONGESTIVE HEART FAILURE DI RUANG  
ICCU RSPAL dr. RAMELAN  
SURABAYA**

**Karya Ilmiah Akhir Ini Diajukan sebagai salah satu syarat  
untuk memperoleh gelar Ners**



**Oleh :  
DUI WIJAYANTI, S.KEP  
NIM. 2030046**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH  
SURABAYA  
2022**

## **SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya ilmiah akhir ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan penulis, semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk, saya nyatakan dengan benar. Bila ditemukan adanya plagiasi, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, Juli 2022

Penulis,

Dui Wijayanti, S.Kep  
NIM. 2030046

## HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan kami amati, selaku pembimbing mahasiswa:

Nama : Dui Wijayanti  
NIM : 2030046  
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners  
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Tn.M Dengan Diagnosis Medis  
Congestive Heart Failure Di Ruang ICCU RSPAL dr.  
Ramelan Surabaya.

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui laporan karya ilmiah akhir ini guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar:

**NERS (Ns.)**

**Surabaya, Juli 2022**

**Pembimbing**

**Merina Widyastuti, S.Kep., Ns., M.Kep**  
**NIP. 03033**

**Mengetahui,**  
**Stikes Hang Tuah Surabaya**  
**Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners**

**Dr. Hidayatus Sya'diah.Kep.,Ns.,M.Kep**  
**NIP. 03009**

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari :

Nama : Dui Wijayanti  
Nim : 2030046  
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners  
Judul : Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Tn.M Dengan  
Diagnosis Medis Congestive Heart Failure Di Ruang ICCU  
RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji karya ilmiah akhir di Stikes Hang  
Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk  
memperoleh gelar “NERS (Ns)” pada Prodi Pendidikan Profesi Ners Stikes Hang  
Tuah Surabaya.

Penguji I : Puji Hastuti, S.Kep.Ns.M.Kes. \_\_\_\_\_  
NIP. 03010  
Penguji II : Merina Widyastuti, S.Kep., Ns., M.Kep \_\_\_\_\_  
NIP. 03033  
Penguji III : Kukuh Widodo S.Psi.,S.Kep.,Ns \_\_\_\_\_  
NIP.197305181994031006

**Mengetahui,**  
**Stikes Hang Tuah Surabaya**  
**Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners**

**Dr. Hidayatus Sya'diyah.S.Kep.,Ns, M.Kep...**  
**NIP.03009**

Ditetapkan di : Surabaya  
Tanggal :

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya Ilmiah Akhir ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Pendidikan Profesi Ners.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran Karya Ilmiah ini bukan hanya karena kemampuan penulis saja, tetapi banyak bantuan dari pihak yang telah ikhlas membantu penulis dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada :

1. Laksamana Pertama TNI dr. Gigih Imanta J., Sp.PD., Finasim., M.M., selaku Kepala RSPAL dr. Ramelan Surabaya, yang telah memberikan ijin dan lahan praktik untuk penyusunan karya ilmiah akhir.
2. Ibu Dr A.V.Sri Suhardiningsih, S.Kp.,M.Kes selaku Ketua STIKES Hang Tuah Surabaya atas kesempatan dan fasilitas yang diberikaan kepada penulisan karya ilmiah akhir sebagai syarat menyelesaikan program profesi Ners.
3. Ibu Dr.Hidayatus Sya'diyah.,S.Kep.,Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB., selaku Kepala Program studi pendidikan profesi ners yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Ibu Merina Widyastuti, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Pembimbing, yang dengan tulus bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
5. Ibu Puji Hastuti, S.Kep., Ns., M.Kep selaku penguji I, yang dengan tulus ikhlas bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
6. Bapak Kukuh Widodo S.Psi.,S.Kep.,Ns selaku Pembimbing ruangan yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan bimbingan dalam penyusunan dalam penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.

7. Bapak dan Ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan Karya Ilmiah Akhir ini., juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisan.
8. Sahabat-sahabat seperjuangan tersayang dalam naungan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dorongan semangat sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan.
9. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdoa' a semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga Karya Ilmiah Akhir ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bagi Civitas Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, Juli 2022

Penulis

## DAFTAR ISI

<b>SAMPUL DALAM</b> .....	<b>ii</b>
<b>SURAT PERTANYAAN KEASLIAN LAPORAN</b> .....	<b>iii</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN</b> .....	<b>iv</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN</b> .....	<b>v</b>
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>vi</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>viii</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>x</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>xi</b>
<b>DAFTAR SINGKATAN</b> .....	<b>xii</b>
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	4
1.3 Tujuan .....	4
1.4 Manfaat Karya Tulis Ilmiah .....	5
1.5 Metode Penulisan.....	5
1.6 Sistematika Penulisan .....	7
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>9</b>
<b>2.1</b> Konsep CHF.....	9
<b>2.2</b> Konsep ICCU.....	20
<b>2.3</b> Konsep Asuhan Keperawatan .....	25
<b>2.4</b> Kerangka Masalah/WOC .....	37
<b>BAB 3 TINJAUAN KASUS</b> .....	<b>44</b>
3.1 Pengkajian.....	44
3.2 Analisa Data.....	47
3.3 Diagnosa Keperawatan .....	48
3.4 Intervensi .....	49
3.5 Implementasi .....	54
3.6 Evaluasi .....	63
<b>BAB 4 PEMBAHASAN</b> .....	<b>65</b>
4.1 Pengkajian.....	65



4.2 Diagnosa .....	68
4.3 Intervensi .....	70
4.4 Implementasi.....	73
4.5 Evaluasi.....	76
<b>BAB 5 PENUTUP.....</b>	<b>78</b>
5.1 Simpulan .....	78
5.2 Saran .....	80
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>81</b>
<b>LAMPIRAN.....</b>	<b>82</b>

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan.....	31
Tabel 3.1 Hasil Pemeriksaan dan Terapi.....	36
Tabel 3.2 Analisa Data.....	47
Tabel 3.3 Diagnosa Keperawatan .....	48
Tabel 3.4 Intervensi .....	49
Tabel 3.5 Implementasi .....	54
Tabel 3.6 Evaluasi.....	64

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 WOC CHF .....	37
--------------------------	----

## DAFTAR SINGKATAN

AHA	: <i>American Heart Association</i>
CHF	: <i>Congestive Heart Failure</i>
EKG	: <i>Elektrokardiogram</i>
GDA	: <i>Gula Darah Acak</i>
GCS	: <i>Glasgow Coma Scale</i>
ICCU	: <i>Intensive Coronary Care Unit</i>
IGD	: <i>Instalasi Gawat Darurat</i>
KEMENKES	: <i>Kementrian Kesehatan Indonesia</i>
RISKESDAS	: <i>Riset Kesehatan Dasar</i>
RSPAL	: <i>Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut</i>
SDKI	: <i>Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar belakang

Gagal jantung kongestif merupakan ketidak mampuan jantung memompa darah secara adekuat untuk memenuhi kebutuhan jaringan akan oksigen dan juga nutrisi (Kasron, 2016). Etiologi pada penyakit gagal jantung kongestif adalah adanya disfungsi miokard, beban tekanan berlebih sistolik, volume berlebih diastolik, peningkatan kebutuhan metabolik berlebih memiliki tanda dan gejala yang muncul dari penyakit gagal jantung adalah sesak napas, merasa lemas, mudah lelah, dan keringat dingin (Aspiani.R.Y, 2015). Tanda dan gejala yang ditemukan pada pasien dengan gagal jantung kongestif dapat diangkat beberapa diagnosa keperawatan yaitu hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload, dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

Menurut data *World Health Organization* (WHO, 2016) bahwa sebanyak 17,9 juta orang di dunia meninggal karena penyakit kardiovaskuler atau setara dengan 31% dari 56,5 juta dari kematian global dan lebih dari  $\frac{3}{4}$  atau 85% kematian yang disebabkan oleh penyakit kardiovaskuler tersebut sering terjadi di negara berkembang dengan penghasilan rendah sampai sedang terjadi lebih dari 75%, dan 80% kematian yang diakibatkan oleh penyakit kardiovaskuler disebabkan oleh serangan jantung dan stroke. Menurut American Health 2 Association (AHA, 2020) angka insiden penderita gagal jantung sebanyak 6,5 juta orang didalam. Data dari Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Kementerian

Kesehatan Indonesia pada tahun 2018, prevalensi penyakit gagal jantung di Indonesia berdasarkan diagnosis dokter diperkirakan sebesar 1,5% total penduduk atau diperkirakan sekitar 29.550 orang. Ada tiga provinsi dengan prevalensi penyakit gagal jantung tertinggi yaitu di provinsi kaltara sekitar 2,2%. Di Yogyakarta 2%, dan Gorontalo 2%, selain itu 8 provinsi lain juga memiliki prevalensi lebih tinggi dibanding prevalensi nasional, salah satunya Provinsi Kalimantan Timur yaitu 1,8%. Sedangkan yang paling sedikit penderitanya adalah pada provinsi Maluku Utara yaitu sebanyak 0,3%. Penyebab kematian terbanyak yang sebelumnya ditempati oleh penyakit infeksi sekarang telah beralih menjadi ke penyakit kardiovaskular dan degeneratif dan diperkirakan akan menjadi penyebab kematian 5 kali lebih banyak dibandingkan dengan penyakit infeksi pada tahun 2013 Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI, 2018). Data di ruang ICCU RSPAL dalam periode April-Juni 2022 terdapat 293 kasus gagal jantung.

Aritmia atau gangguan irama jantung dapat di derita oleh pasien gagal jantung. Aritmia ini dapat terjadi karena gangguan aliran listrik jantung yang berfungsi mengatur irama dan detak jantung. Jika penderita gagal jantung kemudian menderita aritmia maka ia akan berisiko tinggi terkena stroke. Henti jantung mendadak, ketika fungsi jantung terganggu dan tidak tertangani lama kelamaan kinerja jantung akan mengalami penurunan drastis dan berisiko mengalami henti jantung mendadak. (K.Healthline, 2018). Mekanisme dasar dari gagal jantung adalah gangguan kontraktilitas jantung yang menyebabkan curah jantung menurun. Bila curah jantung menurun, sistem saraf parasimpatis akan mempercepat frekuensi jantung untuk mempertahankan curah jantung. Curah

jantung dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu preload (jumlah darah yang mengisi jantung), kontraktilitas(kekutan kontraksi), dan afterload (besarnya tekanan ventrikel) jika salah satu komponen itu terganggu maka curah jantung akan menurun.

Dalam hal ini peran perawat di ICCU terhadap pasien dengan Congestive Heart Failure (CHF) yaitu sebagai pelaksana (care provider) yaitu dengan berfokus pada observasi ketat tanda-tanda vital, monitor intake dan output, monitor keadaan umum pasien, monitor perubahan kondisi pasien, serta gejala penurunan curah jantung, penyebab mendasari (misalnya hypovolemia, distrimia), pelaksanaan protocol atau program dokter untuk mengatasi penurunan curah jantung, dan pelaksanaan tindakan dukungan, seperti perubahan posisi dan hidrasi. Selain sebagai pelaksana peran perawat juga sebagai pendidik yaitu dengan memberikan edukasi pasien untuk mengubah gaya hidup dan mengontrol kebiasaan pribadi yang buruk untuk menghindari factor risiko. Dengan edukasi semakin banyak pasien yang mengerti bagaimana harus mengubah perilaku sehingga mereka mampu melakukan perawatan mandiri (Wilkinson dan Ahern, 2012).

Berdasarkan uraian di atas penulis tertarik untuk menjadikan kasus asuhan keperawatan dengan masalah utama Gagal jantung kongestif sebagai tugas akhir dengan harapan penulis lebih memahami bagaimana proses asuhan keperawatan keluarga yang dilakukan pada pasien dengan gagal jantung kongestif menggunakan proses asuhan keperawatan, serta diharapkan pasien dapat memelihara dan meningkatkan derajat kesehatannya.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Bagaimanakah asuhan keperawatan pada Tn. M Dengan Diagnosis Medis Congestive Heart Failure Di Ruang ICCU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

## **1.3 Tujuan Penulisan**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan pada Tn. M Dengan Diagnosis Medis Congestive Heart Failure Di Ruang ICCU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Mengkaji Tn. M Dengan Diagnosis Medis Congestive Heart Failure Di Ruang ICCU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
2. Merumuskan diagnosis keperawatan pada Tn. M Dengan Diagnosis Medis Congestive Heart Failure Di Ruang ICCU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
3. Merencanakan tindakan keperawatan pada Tn. M Dengan Diagnosis Medis Congestive Heart Failure Di Ruang ICCU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
4. Melaksanakan tindakan keperawatan pada Tn. M Dengan Diagnosis Medis Congestive Heart Failure Di Ruang ICCU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
5. Mengevaluasi Tn. M Dengan Diagnosis Medis Congestive Heart Failure Di Ruang ICCU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Tn. M Dengan Diagnosis Medis Congestive Heart Failure Di Ruang ICCU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.



#### **1.4 Manfaat Penulisan**

Terkait dengan tujuan, maka tugas akhir ini diharapkan dapat memberikan manfaat :

1. Bagi Peneliti

Peneliti mengharapkan mampu menambah pengetahuan dalam riset keperawatan sebagai salah satu media pembelajaran.

2. Bagi Instansi Rumah Sakit

Peneliti mengharapkan penelitian ini mampu menambah informasi dan ilmu pengetahuan sehingga sebagai bahan pertimbangan dalam melakukan pelayanan asuhan keperawatan dan mutu pelayanan kesehatan pada pasien dengan gagal jantung dapat ditingkatkan.

3. Bagi Instansi Pendidikan Keperawatan

Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu studi literatur terkait gambaran karakteristik pasien dengan penyakit jantung di Stikes Hang Tuah Surabaya.

4. Bagi Masyarakat

Hasil penelitian ini dapat bermanfaat untuk menambah informasi dan pengetahuan pada masyarakat tentang cara pencegahan dan faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya penyakit jantung.

#### **1.5 Metode**

1. Metode

Studi kasus yaitu metode yang memusatkan perhatian pada satu obyek tertentu yang diangkat sebagai sebuah kasus untuk dikaji secara mendalam sehingga mampu membongkar realitas di balik fenomena.

## 2. Teknik pengumpulan data

### a. Wawancara

Data yang diambil / diperoleh melalui percakapan baik dengan pasien, keluarga maupun dengan tim kesehatan lain.

### b. Observasi

Data yang diambil melalui penelitian secara baik dengan pasien, reaksi, respon pasien dan keluarga pasien sangat diterima kehadiran saya dengan baik.

### c. Pemeriksaan

Dengan pemeriksaan yang meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium dapat menunjang menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

## 3. Sumber data

### a. Data primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari pasien Tn.M

### b. Data sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat dengan pasien catatan medik perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan catatan dari tim kesehatan yang lain.

### c. Studi kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis dan masalah yang dibahas.

## 1.6 Sistematika Penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam memahami dan mempelajari studi kasus ini, secara keseluruhan dibagi menjadi tiga bagian, yaitu :

1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi.
2. Bagian inti terdiri, dari lima bab, yang masing – masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :

BAB 1 : Pendahuluan, berisi tentang latar belakang masalah, tujuan, manfaat penelitian, dan sistematika penulisan studi kasus.

BAB 2 : Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis, dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa Gagal Jantung Kongestive

BAB 3 : Tinjauan kasus berisi tentang diskripsi data hasil pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

BAB 4 : Pembahasan kasus yang ditemukan yang berisi data, teori dan opini serta analisis.

BAB 5 : Penutup: Simpulan dan saran

3. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep CHF**

##### **2.1.1 Anatomi Jantung**

Sistem peredaran darah terdiri atas jantung, pembuluh darah, dan saluran limfe. Jantung adalah organ otot yang berongga dan berukuran sebesar kepalan tangan, berbentuk kerucut, berongga, basisnya diatas, dan puncaknya dibawah. Apeksnya (puncaknya) miring kesebelah kiri. Berat jantung kira-kira 300 gram, meskipun begitu beratnya dipengaruhi oleh usia, jenis kelamin, berat badan, beratnya latihan dan kebiasaan fisik. Fungsi utama jantung adalah memompa darah ke pembuluh darah 9 dengan kontraksi ritmik dan berulang. Arteri membawa darah dari jantung. Vena membawa darah ke jantung. Jantung normal terdiri dari empat ruang, 2 ruang jantung atas dinamakan atrium dan 2 ruang jantung di bawahnya dinamakan ventrikel, yang berfungsi sebagai pompa. Dinding yang memisahkan kedua atrium dan ventrikel menjadi bagian kanan dan kiri dinamakan septum (Syaifuddin & Ester, 2013).

1. Lapisan Jantung adapun lapisan jantung terdiri dari 3 lapisan :
  - a. Epikardium merupakan lapisan terluar, memiliki struktur yang sama dengan perikardium viseral.
  - b. Miokardium merupakan lapisan tengah yang terdiri atas otot yang berperan dalam menentukan kekuatan kontraksi.
  - c. Endokardium merupakan lapisan terdalam terdiri atas jaringan endotel yang melapisi bagian dalam jantung dan menutupi katung jantung.

2. Katup jantung berfungsi untuk mempertahankan aliran darah searah melalui bilik jantung. ada dua jenis katup, yaitu katup atrioventrikular dan katup semilunar.
  - a. Katup atrioventrikular, memisahkan antara atrium dan ventrikel. Katup ini memungkinkan darah mengalir dari masing –masing atrium ke ventrikel saat diastole ventrikel dan mencegah aliran balik ke atrium saat sistole ventrikel. Katup atrioventrikuler ada dua, yaitu katup triskupidalis dan katup biskupidalis. Katup triskupidalis memiliki 3 buah daun katup yang terletak antara atrium kanan dan ventrikel kanan. Katup biskupidalis atau katup mitral memiliki 2 buah daun katup dan terletak antara atrium kiri dan ventrikel kiri.
  - b. Katup semilunar, memisahkan antara arteri pulmonalis dan aorta dari ventrikel. Katup semilunar yang membatasi ventrikel kanan dan arteri pulmonaris disebut katup semilunar pulmonal. Katup yang membatasi ventrikel kiri dan aorta disebut katup semilunar aorta. Adanya katup ini memungkinkan darah mengalir dari masingmasing ventrikel ke arteri pulmonalis atau aorta selama sistole ventrikel dan mencegah aliran balik ke ventrikel sewaktu diastole ventrikel.
3. Ruangan jantung : jantung memiliki 4 ruang, yaitu atrium kanan, atrium kiri, ventrikel kiri, dan ventrikel kanan. Atrium terletak diatas ventrikel dan saling berdampingan. Atrium dan ventrikel dipisahkan oleh katup satu arah. Antara organ rongga kanan dan kiri dipisahkan oleh septum.

### 2.1.2 Fisiologi Jantung

Siklus jantung adalah rangkaian kejadian dalam satu irama jantung. Dalam bentuk yang paling sederhana, siklus jantung adalah kontraksi bersamaan kedua atrium, yang mengikuti suatu fraksi pada detik berikutnya karena kontraksi bersamaan kedua ventrikel.

Siklus jantung merupakan periode ketika jantung kontraksi dan relaksasi. Satu kali siklus jantung sama dengan satu periode sistole (saat ventrikel kontraksi) dan satu periode diastole (saat ventrikel relaksasi). Normalnya, siklus jantung dimulai dengan depolarisasi spontan sel pacemaker dari SA node dan berakhir dengan keadaan relaksasi ventrikel.

Pada siklus jantung, sistole(kontraksi) atrium diikuti sistole ventrikel sehingga ada perbedaan yang berarti antara pergerakan darah dari ventrikel ke arteri. Kontraksi atrium akan diikuti relaksasi atrium dan ventrikel mulai berkontraksi. Kontraksi ventrikel menekan darah melawan daun katup atrioventrikuler kanan dan kiri dan menutupnya. Tekanan darah juga membuka katup semilunar aorta dan pulmonalis. Kedua ventrikel melanjutkan kontraksi, memompa darah ke arteri. Ventrikel kemudian relaksasi bersamaan dengan pengaliran kembali darah ke atrium dan siklus kembali.

Curah jantung merupakan volume darah yang dipompakan selama satu menit. Curah jantung ditentukan oleh jumlah denyut jantung permenit dan stroke volume.

Isi sekuncup ditentukan oleh :

1. Beban awal (pre-load)

- a. Pre-load adalah keadaan ketika serat otot ventrikel kiri jantung memanjang atau meregang sampai akhir diastole. Pre-load adalah jumlah darah yang berada dalam ventrikel pada akhir diastole.
- b. Volume darah yang berada dalam ventrikel saat diastole ini tergantung pada pengambilan darah dari pembuluh vena dan pengembalian darah dari pembuluh vena ini juga tergantung pada jumlah darah yang beredar serta tonus otot.
- c. Isi ventrikel ini menyebabkan peregangan pada serabut miokardium.
- d. Dalam keadaan normal sarkomer (unit kontraksi dari sel miokardium) akan teregang  $2,0 \mu\text{m}$  dan bila isi ventrikel makin banyak maka peregangan ini makin panjang.
- e. Hukum frank starling : semakin besar regangan otot jantung semakin besar pula kekuatan kontraksinya dan semakin besar pula curah jantung. pada keadaan pre-load terjadi pengisian besar pula volume darah yang masuk dalam ventrikel.
- f. Peregangan sarkomet yang paling optimal adalah  $2,2 \mu\text{m}$ . Dalam keadaan tertentu apabila peregangan sarkomer melebihi  $2,2 \mu\text{m}$ , kekuatan kontraksi berkurang sehingga akan menurunkan isi sekuncup.

2. Daya kontraksi

- a. Kekuatan kontraksi otot jantung sangat berpengaruh terhadap curah

jantung, makin kuat kontraksi otot jantung dan tekanan ventrikel.

- b. Daya kontraksi dipengaruhi oleh keadaan miokardium, keseimbangan elektrolit terutama kalium, natrium, kalsium, dan keadaan konduksi jantung.

### 3. Beban akhir

- a. After load adalah jumlah tegangan yang harus dikeluarkan ventrikel selama kontraksi untuk mengeluarkan darah dari ventrikel melalui katup semilunar aorta.
- b. Hal ini terutama ditentukan oleh tahanan pembuluh darah perifer dan ukuran pembuluh darah. Meningkatnya tahanan perifer misalnya akibat hipertensi atau vasokonstriksi akan menyebabkan beban akhir.
- c. Kondisi yang menyebabkan beban akhir meningkat akan mengakibatkan penurunan isi sekuncup.
- d. Dalam keadaan normal isi sekuncup ini akan berjumlah  $\pm 70$ ml sehingga curah jantung diperkirakan  $\pm 5$  liter. Jumlah ini tidak cukup tetapi dipengaruhi oleh aktivitas tubuh.
- e. Curah jantung meningkat pada waktu melakukan kerja otot, stress, peningkatan suhu lingkungan, kehamilan, setelah makan, sedang kan saat tidur curah jantung akan menurun.

#### 2.1.3 Pengertian CHF

Congestive Heart Failure (CHF) adalah suatu kondisi dimana jantung mengalami kegagalan dalam memompa darah guna mencukupi



kebutuhan sel-sel tubuh akan nutrisi dan oksigen secara adekuat. Hal ini mengakibatkan peregangan ruang jantung (dilatasi) guna menampung darah lebih banyak untuk dipompakan ke seluruh tubuh atau mengakibatkan otot jantung kaku dan menebal. Jantung hanya mampu memompa darah untuk waktu yang singkat dan dinding otot jantung yang melemah tidak mampu memompa dengan kuat. Sebagai akibatnya, ginjal sering merespons dengan menahan air dan garam. Hal ini akan mengakibatkan bendungan cairan dalam beberapa organ tubuh seperti tangan, kaki, paru, atau organ lainnya sehingga tubuh klien menjadi bengkak (congestive) (Udjianti, 2010).

Gagal jantung kongestive atau congestive heart failure (CHF) merupakan kondisi dimana fungsi jantung sebagai pompa untuk mengantarkan darah yang kaya oksigen ke tubuh tidak cukup untuk memenuhi keperluan-keperluan tubuh (Andra Saferi, 2013)

#### **2.1.4 Etiologi**

1. Disfungsi miokard
2. Beban tekanan berlebihan-pembebanan sistolik (sistolic overload)
  - a. Volume: defek septum atrial, defek septum ventrikel, duktus arteriosus paten
  - b. Tekanan: stenosis aorta, stenosis pulmonal, koarktasi aorta
  - c. Disaritmia
3. Beban volume berlebihan-pembebanan diastolik (diastolic overload)
4. Peningkatan kebutuhan metabolik (demand overload).

Menurut (Smelzer, 2013) gagal jantung kongestif dapat disebabkan

oleh beberapa faktor. Yaitu antara lain :

a. Kelainan otot jantung

Terjadinya kelainan otot jantung akan menyebabkan penurunan kontraktilitas jantung. Adapun kondisi yang dapat menjadi penyebab kelainan fungsi pada otot jantung antara lain aterosklerosis koroner, hipertensi arterial, dan penyakit otot degeneratif atau peradangan.

b. Aterosklerosis koroner

Mengakibatkan disfungsi miokardium karena aliran darah ke otot jantung terganggu sehingga terjadi hipoksia dan asidosis dan menimbulkan infark miokardium.

c. Hipertensi sistemik atau pulmonal

Meningkatkan beban kerja jantung yang selanjutnya mengakibatkan hipertrofi otot jantung. Efek tersebut sebagai mekanisme kompensasi namun karena tidak dapat berfungsi normal menyebabkan terjadinya gagal jantung kongestif.

d. Peradangan dan penyakit miokardium degeneratif

Kondisi ini merusak serabut jantung secara langsung, sehingga menurunkan kontraktilitas jantung.

e. Penyakit jantung lain

Gagal jantung kongestif dapat terjadi sebagai dampak penyakit jantung lain yang tidak secara langsung mempengaruhi jantung. Mekanisme yang biasanya terlibat antara lain gangguan aliran darah melalui jantung ketidakmampuan untuk menyuplai darah atau pengosongan jantung abnormal.

### 2.1.5 Klasifikasi CHF

Berdasarkan *American Heart Association*, klasifikasi dari gagal jantung kongestif yaitu sebagai berikut :

1. Stage A

Stage A merupakan klasifikasi dimana pasien mempunyai resiko tinggi, tetapi belum ditemukannya kerusakan struktural pada jantung serta tanpa adanya tanda dan gejala (symptom) dari gagal jantung tersebut. Pasien yang didiagnosa gagal jantung stage A umumnya terjadi pada pasien dengan hipertensi, penyakit jantung koroner, diabetes melitus, atau pasien yang mengalami keracunan pada jantungnya (cardiotoxins).

2. Stage B

Pasien dikatakan mengalami gagal jantung stage B apabila ditemukan adanya kerusakan struktural pada jantung tetapi tanpa menunjukkan tanda dan gejala dari gagal jantung tersebut. Stage B pada umumnya ditemukan pada pasien dengan infark miokard, disfungsi sistolik pada ventrikel kiri ataupun penyakit valvular asimtomatik

3. Stage C

Stage C menunjukkan bahwa telah terjadi kerusakan struktural pada jantung bersamaan dengan munculnya gejala sesaat ataupun setelah terjadi kerusakan. Gejala yang timbul dapat berupa nafas pendek, lemah, tidak dapat melakukan aktivitas berat

4. Stage D

Pasien dengan stage D adalah pasien yang membutuhkan penanganan ataupun intervensi khusus dan gejala dapat timbul bahkan pada saat

keadaan istirahat, serta pasien yang perlu dimonitoring secara ketat

*The New York Heart Association*, mengklasifikasikan gagal jantung

dalam empat kelas, meliputi :

1. Kelas I

Aktivitas fisik tidak dibatasi, melakukan aktivitas fisik secara normal tidak menyebabkan dyspnea, kelelahan, atau palpitasi.

2. Kelas II

Aktivitas fisik sedikit dibatasi, melakukan aktivitas fisik secara normal menyebabkan kelelahan, dyspnea, palpitasi, serta angina pectoris (mild CHF).

3. Kelas III

Aktivitas fisik sangat dibatasi, melakukan aktivitas fisik sedikit saja mampu menimbulkan gejala yang berat (moderate CHF).

4. Kelas IV

Pasien dengan diagnosa kelas IV tidak dapat melakukan aktivitas fisik apapun, bahkan dalam keadaan istirahat mampu menimbulkan gejala yang berat (severe CHF).

### **2.1.6 Manifestasi Klinis**

1. Gagal Jantung Kiri

a. Kongesti pulmonal : dispnea (sesak), batuk, krekels paru, kadar saturasi oksigen yang rendah, adanya bunyi jantung tambahan bunyi jantung S3 atau “gallop ventrikel” bisa di deteksi melalui auskultasi.

b. Dispnea saat beraktifitas

- c. Batuk kering dan tidak berdahak diawal, lama kelamaan dapat berubah menjadi batuk berdahak.
  - d. Sputum berbusa, banyak dan berwarna pink (berdarah).
  - e. Perfusi jaringan yang tidak memadai
  - f. Oliguria (penurunan urin) dan nokturia (sering berkemih dimalam hari)
  - g. Dengan berkembangnya gagal jantung akan timbul gejala-gejala seperti: gangguan pencernaan, pusing, sakit kepala, konfusi, gelisah, ansietas, sianosis, kulit pucat atau dingin dan lembab.
  - h. Takikardia, lemah, pulsasi lemah, kelelahan
2. Gagal Jantung Kanan
- a. Edema ekstremitas bawah
  - b. Distensi vena leher dan escites
  - c. Hepatomegali dan nyeri tekan pada kuadran kanan atas abdomen terjadiakibat pembesaran vena dihepar.
  - d. Anorexia dan mual

### **2.1.7 Pemeriksaan Penunjang**

1. Elektrokardiogram (EKG) : untuk mengukur kecepatan dan keteraturan denyut jantung. EKG : Hipertrofi atrial atau ventrikuler, penyimpananaksis iskemia dan kerusakan polamungkin terlihat. Disritmia misalnya takikardi, fibrilasi atrial. Kenaikan segmen ST/T persistensi 6 minggu atau lebih setelah imfrak

miokard menunjukkan adanya aneurime ventricular

2. Katerisasi jantung : Tekanan abnormal merupakan indikasi dan membantu membedakan gagal jantung kanan dan kiri dan stenosis katup atau insufisiensi
3. Radiografi dada : Dapat menunjukkan pembesaran jantung. Bayangan mencerminkan dilatasi atau hipertropi bilik, atau perubahan dalam pembuluh darah abnormal
4. Sonogram : dapat menunjukkan dimensi pembesaran bilik perubahan dalam fungsi/struktur katub atau are penurunan kontraktilitas ventricular.
5. Tes darah BNP : untuk mengukur kadar hormon BNP (Brype nattruretic peptide) yang pada gagal jantung akan meningkat.
6. Analisa gas darah: Gagal ventrikel kiri ditandai dengan alkalosis respiratoryringan (dini) atau hipoksemia
7. Blood ureum nitrogen (BUN) dan kreatinin: Peningkatan BUN menunjukkan penurunan fungsi ginjal. Kenaikan baik BUN dan kreatinin merupakan indikasi

### **2.1.8 Penatalaksanaan**

1. Terapi Farmakologi

Terapi yang dapat iberikan antara lain golongan diuretik, angiotensin converting enzym inhibitor (ACEI), beta bloker, angiotensin receptor blocker (ARB), glikosida jantung, antagonis aldosteron, serta pemberian laksarasia pada pasien dengan keluhan konstipasi.

## 2. Terapi Non-Farmakologi

- a. Edukasi tentang hubungan keluhan, gejala dengan pengobatan.
- b. Posisi setengah duduk / semi-fowler
- c. Oksigenasi (2-3 liter/menit).
- d. Diet: pembatasan natrium (2 gr natrium atau 5 gr garam) ditujukan untuk mencegah, mengatur, dan mengurangi edema, seperti pada hipertensi dan gagal jantung. Rendah garam 2 gr disarankan pada gagal jantung ringan dan 1 gr pada gagal jantung berat. Jumlah cairan 1 liter pada gagal jantung berat dan 1,5 liter pada gagal jantung ringan
- e. Aktivitas fisik: pada gagal jantung berat dengan pembatasan aktivitas, tetapi bila pasien stabil dianjurkan peningkatan aktivitas secara teratur. Latihan jasmani dapat berupa jalan kaki 3-5 kali/minggu selama 20-30 menit atau sepeda statis 5 kali/minggu selama 20 menit dengan beban 70-80% denyut jantung maksimal pada gagal jantung ringan atau sedang (Dinarti, 2017).

## 2.2 Konsep ICCU

### 2.2.1 Pengertian

ICCU atau *Intensive Coronary Care Unit* adalah pelayanan rumah sakit yang memberikan asuhan keperawatan secara terkonsentrasi dan lengkap bagi pasien dengan gangguan kardiovaskular dan pembuluh darah yang memerlukan perawatan, pengobatan, pengawasan, dan penanganan khusus.

### **2.2.2 Tujuan Pelayanan**

Tujuan Pelayanan di ICCU, antara lain:

1. Mencegah terjadinya kematian akibat gangguan jantung dan pembuluh darah
2. Mencegah terjadinya komplikasi
3. Mengoptimalkan kemampuan fungsi organ tubuh pasien khususnya jantung dan pembuluh darah
4. Mengurangi angka kematian pasien kritis akibat gangguan jantung dan pembuluh darah serta mempercepat proses penyembuhan

### **2.2.3 Klasifikasi**

#### **1. ICCU LEVEL I**

ICCU level I memiliki kemampuan sebagai berikut:

- a. Resusitasi jantung paru serta penanganan pasca resusitasi
- b. Pemantauan tanda vital dan hemodinamik non invasif lengkap
- c. Kardioversi dan defibrilasi
- d. Pemeriksaan Elektrokardiografi trans torakal
- e. Terapi nutrisi enteral dan parenteral
- f. Terapi fibrinolitik

#### **2. ICCU LEVEL II**

ICCU level II memiliki kemampuan sebagai berikut:

- a. Pericardiocentesis
- b. Pemasangan dan pemantauan Temporary Pace Maker
- c. Pemantauan hemodinamik invasif
- d. Tatalaksana temperatut terukur atau terapi hipotermia pasaca henti



jantung

- e. Pemeriksaan Elektokardiografi trans torakal

### 3. ICCU LEVEL III

ICCU level III memiliki kemampuan sebagai berikut:

- a. Pemasangan dan pengelolaan alat bantu topangan hemodinamik seperti Intra Aortic Balloon Pump/IABP
- b. Pemasangan alat terapi pengganti ginjal baik dalam bentuk hemofiltrasi, hemodialisa maupun continuous renal replacement therapy/CRRT
- c. Tatalaksana jalan nafas lanjut dan ventilasi mekanik

#### 2.2.4 Indikasi pasien masuk dan keluar ICCU

Menurut Pedoman European Heart Journal(2005) rekomendasi fungsional keputusan pasien untuk masuk ICCU ditentukan oleh dokter yang bertugas, dan kemudian akan ditetapkan oleh dokter senior. Diantaranya:

1. Setiap pasien dengan dugaan akut ST elevasi infark miokard, hingga 24 jam dari awal gejala, terutama jika cocok untuk trombolitik atau pengobatan angioplasti primer
2. Pasien dengan AMI yang risiko tinggi, dalam waktu 24 jam setelah onset gejala dengan atau tanpa komplikasi dan pasien gagal jantung yang memerlukan terapi intravena atau pemantauan hemodinamik atau pemasangan balon intraaorta, disritmia jantung yang serius, gangguan konduksi, serta yang memerlukan alat pacu jantung koroner.
3. Pasien shock kardiogenik
4. Pasien dengan risiko sindrom koroner tidak stabil (serangan angina

berulang, gagal jantung, ST-Depresi)

5. Pasien tidak stabil setelah perkutan rumit intervensi koroner yang membutuhkan perhatian khusus.
6. Pasien jantung aritmia yang mengancam jiwa, sebagai akibat penyakit jantung iskemik, kardiomiopati, penyakit jantung reumatik, gangguan elektrolit, efek obat, atau keracunan
7. Pasien dengan edema paru akut yang belum terselesaikan dengan terapi awal
8. Pasien yang membutuhkan pemantauan hemodinamik untuk evaluasi terapi
9. Pasien dengan masalah setelah transplantasi jantung

### **2.2.5 Indikasi Keluar ICCU**

Prioritas pasien dipindahkan dari ICCU berdasarkan pertimbangan medis oleh kepala ICCU dan tim yang merawat pasien. Indikasi keluar ICCU antara lain sebagai berikut:

1. Penyakit atau keadaan pasien telah membaik dan cukup stabil
2. Terapi dan perawatan intensif tidak memberi hasil pada pasien
3. Pasien sudah tidak menggunakan ventilator lagi
4. Pasien mengalami mati batang otak
5. Pasien mengalami gagal nafas stadium akhir
6. Pasien/keluarga menolak dirawat lebih lanjut di ICCU (pulang paksa)

### **2.2.6 Sumber Daya Manusia**

Pelayanan di ICCU dipimpin oleh seorang dokter spesialis penyakit jantung dan pembuluh darah dibantu oleh tim yang beranggotakan dokter umum dan perawat yang telah mendapatkan pelatihan khusus di bidang kegawatan dan perawatan kardiovaskuler, serta tersertifikasi advanced Cardiac Life Support (ACLS). Tim keperawatan dipimpin oleh perawat dengan pelatihan tambahan dibidang kardiovaskuler dasar atau perawatan intensif.

### **2.2.7 Sarana dan Prasarana**

Peralatan yang harus disediakan di ruang ICCU, antara lain

1. Tempat tidur pasien
2. Monitor EKG
3. Monitor Saturasi Oksigen
4. Monitor Tekanan Darah
5. Defibrilator
6. Ventilator
7. Syringe pump
8. Infus pump
9. IABP
10. Glukometer
11. Mesin Echocardiografi
12. Termometer non invasif
13. Ruang Isolasi
14. Ruang Tindakan
15. Nurse station

16. Fasilitas staf(ruang ganti, kamar mandi, ruang makan, ruang istirahat)
17. Ruang Diskusi

## **2.3 Konsep Asuhan Keperawatan**

### **2.3.1 Pengkajian**

#### 1. Identitas Pasien

Meliputi nama, usia, jenis kelamin, agama, alamat, bahasa yang digunakan, suku, bangsa, bahasa yang digunakan, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, asuransi, golongan darah, tanggal MRS, diagnosa medis. Menurut jurnal AHA (2020), Gagal jantung mempengaruhi sekitar 1% orang berusia 50 tahun dan meningkat seiring bertambahnya usia dan Pria lebih mendominasi tingkat kejadian gagal jantung.

#### 2. Keluhan Utama

Keluhan utama pada pasien CHF biasanya Sesak saat bekerja, dispnea nokturnal paroksimal, ortopnea, lelah, pusing, nyeri dada, Edema ekstremitas bawah, nafsu makan menurun, nausea, distensi abdomen, urine menurun (AHA,2020).

#### 3. Riwayat Penyakit Sekarang

Pada riwayat penyakit sekarang pada pasien CHF memberikan pertanyaan tentang kronologi keluhan utama. Pengkajian yang didapat dengan gejala-gejala kongesti vaskuler pulmonal, yakni munculnya dispnea, ortopnea, batuk, dan edema pulmonal akut. Tanyakan juga gejala-gejala lain yang mengganggu pasien seperti sesak

#### 4. Riwayat Penyakit Dahulu

Untuk mengetahui riwayat penyakit dahulu tanyakan kepada pasien

apakah pasien sebelumnya menderita nyeri dada khas infark miokardium, hipertensi, DM, atau hiperlipidemia(AHA, 2020). Tanyakan juga obat-obatan yang biasanya diminum oleh pasien pada masa lalu, yang mungkin masih relevan. Tanyakan juga alergi yang dimiliki pasien.

#### 5. Riwayat Kesehatan Keluarga

Hal ini mencakup riwayat penyakit keluarga, riwayat ekonomi keluarga, riwayat sosial keluarga, sistem dukungan keluarga dan pengambilan keputusan keluarga. Kaji apakah ada anggota keluarga yang menderita DM, Hipertensi, Asma dan dengan siapa pasien tinggal satu rumah dan jumlah anggota keluarga

#### 6. Pemeriksaan Fisik

##### a. Keadaan Umum

- 1) Composmentis: berorientasi segera dengan orientasi sempurna
- 2) Apatis : terlihat mengantuk tetapi mudah dibangunkan dan pemeriksaan penglihatan, pendengaran dan perabaan normal.
- 3) Samnolen: dapat dibangunkan bila dirangsang dapat disuruh dan menjawab pertanyaan, bila rangsangan berhenti penderita tidur lagi.
- 4) Sopor: dapat dibangunkan bila dirangsang dengan kasar dan terus-menerus
- 5) Koma: tidak ada respon terhadap rangsangan
- 6) Keadaan penyakit, yaitu akut, kronis, ringan, sedang atau berat.
- 7) Tanda-tanda vital biasanya tidak normal karena ada gangguan, baik fungsi maupun bentuk.

b. Pemeriksaan B1-B6

**Primary Survey**

1) B1 – Breathing

a) Kongesti Vaskular Pulmonal

Gejala-gejala kongesti vascular pulmonal adalah dispnea, ortopnea, dispnea nokturnal paroksimal, batuk, dan edemapulmonal akut.

b) Dispnea

Dispnea, di karakteristik dengan pernafasan cepat, dangkal, dan keadaan yang menunjukkan bahwa klien sulit mendapatkan udara yang cukup, yang menekan klien. Terkadang klien mengeluh adanya insomnia, gelisah, atau kelemahan, yang disebabkan oleh dispnea.

c) Ortopnea

Ortopnea adalah ketidakmampuan untuk berbaring datar karena dispnea, adalah keluhan umum lain dari gagal vertikel kiri yang berhubungan dengan kongesti vaskular pulmonal. Perawat harus menentukan apakah ortopnea benar-benar berhubungan dengan penyakit jantung atau apakah peninggian kepala saat tidur adalah kebiasaan klien.

d) Batuk

Batuk iritatif adalah salah satu gejala kongesti vascular

pulmonal yang sering terlewatkan, tetapi dapat merupakan gejala dominan. Batuk ini dapat produktif, tetapi biasanya kering dan pendek. Gejala ini dihubungkan dengan kongesti mukosa bronkial dan berhubungan dengan peningkatan produksi mucus

e) Edema Pulmonal

Edema pulmonal akut adalah gambaran klinis paling bervariasi dihubungkan dengan kongesti vascular pulmonal. Ini terjadi bila tekanan kapiler pulmonal melebihi tekanan yang cenderung mempertahankan cairan di dalam saluran vascular (kurang lebih 30 mmHg)

2) B2 – Blood

a) Inspeksi

Inspeksi tentang adanya parut pada dada, keluhan kelemahanfisik, dan adanya edema ekstermitas

b) Palpasi

Denyut nadi perifer melemah. Thrill biasanya ditemukan.

c) Auskultasi

Tekanan darah biasanya menurun akibat penurunan volume sekucup. Bunyi jantung tambahan akibat kelainan katup biasanya ditemukan apabila penyebab gagal jantung adalah kelainan katup

## d) Perkusi

Batas jantung mengalami pergeseran yang menunjukkan adanya hipertrofi jantung (kardiomegali)

**Secondary Survey**

## 3) B3 – Brain

Kesadaran klien biasanya composmentis, didapatkan sianosis perifer apabila gangguan perfusi jaringan berat. Pengkajian objektif klien meliputi wajah meringis, menangis, merintih, meregang, dan menggeliat

## 4) B4 – Bladder

Pengukuran volume keluaran urine selalu dihubungkan dengan intake cairan. Perawat perlu memonitor adanya oliguria karena merupakan tanda awal dari syok kardiogenik. Adanya edema ekstermitas menandakan adanya retensi cairan yang parah.

## 5) B5 – Bowel

- a) Hepatomegali dan nyeri tekan pada kuadran kanan atas abdomen terjadi akibat pembesaran vena di hepar. Bila proses ini berkembang, maka tekanan dalam pembuluh portal meningkat, sehingga cairan terdorong keluar rongga abdomen, yaitu suatu kondisi yang dinamakan asites. Pengumpulan cairan dalam rongga abdomen ini dapat menyebabkan tekanan pada diafragma dan distress pernapasan.
- b) Anoreksia (hilangnya selera makan) dan mual terjadi akibat



pembesaran vena dan statis vena di dalam rongga abdomen.

6) B6 – Bone

- a) Edema sering dipertimbangkan sebagai tanda gagal jantung ditandai dengan gagal vertikel kanan. Akibat ini terutama lansia yang menghabiskan waktu mereka untuk duduk di kursi dengan kaki tergantung sehingga terjadi penurunan turgor jaringan subkutan yang berhubungan dengan usia lanjut, dan mungkin penyakit vena pimer seperti varikosis, edema pergelangan kaki dapat terjadi yang mewakili faktor ini daripada kegagalan ventrikel kanan.
- b) Mudah lelah Klien dengan gagal jantung akan cepat merasa lelah, hal ini terjadi akibat curah jantung yang berkurang yang dapat menghambat sirkulasi normal dan suplai oksigen ke jaringan dan menghambat pembuangan sisa hasil katabolisme. Juga terjadi akibat meningkatnya energi yang digunakan untuk bernapas dan insomnia yang terjadi akibat distress pernapasan dan batuk. Perfusi yang kurang pada otot-otot rangka menyebabkan kelemahan dan kelelahan. Gejala-gejala ini dapat dipicu oleh ketidakseimbangan cairan dan elektrolit atau anoreksia

### 2.3.2 Diagnosa Keperawatan

1. Pola nafas tidak efektif b.d hambatan upaya nafas (D.0005)
2. Gangguan pertukaran gas b.d Perubahan membran alveolus-kapiler (D.0003)
3. Penurunan curah jantung b.d perubahan preload, perubahan afterload dan /atau perubahan kontraktilitas (D.0008)
4. Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan aliran arteri dan/atau vena (D.0009)
5. Hipervolemia b/d kelebihan asupan natrium dan cairan (D.0022)
6. Intoleransi Aktivitas b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (D.0056)

### 2.3.3 Intervensi Keperawatan

**Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan**

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Pola nafas tidak efektif b.d hambatan upaya nafas (D.0005)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan, maka pola nafas membaik dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dipsnea menurun</li> <li>2. Penggunaan otot bantu napas menurun</li> <li>3. Frekuensi napas membaik</li> <li>4. Kedalaman napas</li> </ol>	<b>Pemantauan Respirasi (I. 01014)</b> <b>Observasi</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, Kussmaul, Cheyne-Stokes, Biot, ataksik)</li> <li>2. Monitor kemampuan batuk efektif</li> <li>3. Monitor adanya produksi sputum</li> </ol>

		<p>membaik (L.01004, hal 95)</p>	<p>4. Monitor adanya sumbatan jalan napas</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>5. Atur interval pemantauan repirasi sesuai kondisi pasien</p> <p>6. Dokumentasi hasil pemantauan</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>7. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</p> <p>8. Informasikan hasil pemantauan, <i>jika perlu</i></p>
2.	<p>Gangguan pertukaran gas b.d Perubahan membran alveolus-kapiler (D.0003)</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan, maka pertukaran gas meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dipsnea menurun</li> <li>2. Bunyi napas tambahan menurun</li> <li>3. Tingkat kesadaran meningkat</li> <li>4. PCO2 membaik</li> </ol> <p>(L.01003, hal 94)</p>	<p><b>Terapi Oksigen (I.01026)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda-tanda hipoventilasi</li> <li>2. Monitor tanda dan gejala toksikasi oksigen dan atelektasis</li> <li>3. Monitor tingkat kecemasan akibat terapi oksigen</li> <li>4. Monitor integritas mukosa hidung akibat pemasangan oksigen</li> <li>5. Monitor kemampuan melepaskan oksigen saat makan</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Pertahankan kepatenan</li> </ol>

			<p>jalan napas</p> <p>7. Gunakan perangkat oksigen yang sesuai dengan tingkat mobilisasi pasien</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>8. Ajarkan pasien dan keluarga cara menggunakan oksigen di rumah</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>9. Kolaborasi penentuan dosis oksigen</p>
3.	Penurunan curah jantung b.d perubahan preload, perubahan afterload dan / atau perubahan kontraktilitas (D.0008)	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatam, maka curah jantung membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kekuatan nadi perifer meningkat</li> <li>2. Bradikardi menurun</li> <li>3. Takikardi menurun</li> <li>4. Lelah menurun</li> </ol> <p>(L.02008 hal 20)</p>	<p><b>Perawatan Jantung (I.02075)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung</li> <li>2. Monitor tekanan darah</li> <li>3. Monitor SPO</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Posisikan pasien semifowler</li> <li>5. Berikan oksigen untuk mempertahankan SPO2 &gt;94</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Ajarkan keluarga untuk mengukur intake dan output</li> </ol>
4.	Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan	Setelah dilakukan intervensi	<p><b>Perawatan Sirkulasi (I.02079)</b></p>

	aliran arteri dan/atau vena (D.0009)	keperawatan, maka perfusi perifer membaik dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Denyut nadi perifer meningkat</li> <li>2. Tekanan darah sistolik meningkat</li> <li>3. Tekanan darah diastolik meningkat</li> <li>4. Turgor kulit cukup membaik</li> </ol> (L.02011 Hal 84)	<p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor sirkulasi perifer (mis. nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle brachial index)</li> <li>2. Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (mis. diabetes, perokok, orang tua, hipertensi dan kadar kolesterol tinggi)</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Lakukan pencegahan infeksi</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur</li> <li>5. Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis. rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3)</li> </ol>
5.	Hipervolemia b/d kelebihan asupan natrium dan cairan (D.0022)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan, balance cairan meningkat dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Asupan cairan menurun</li> <li>2. Haluaran urin meningkat</li> <li>3. Kelembaban</li> </ol>	<p><b>Manajemen Hipervolemia (I.03114)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa tanda dan gejala hipervolemia</li> <li>2. Identifikasi penyebab hipervolemia</li> <li>3. Monitor intake dan output</li> <li>4. Monitor kecepatan infus secara ketat</li> </ol>

		membrane mukosa meningkat 4. Edema menurun 5. Dehidrasi menurun 6. Tekanan darah membaik 7. Denyut nadi radial membaik 8. Tekanan arteri rata-rata membaik (L.03020)	5. Monitor efek samping diuretic <b>Terapeutik</b> 6. Batasi asupan cairan dan garam 7. Tinggikan kepala tempat tidur 30°-40° <b>Edukasi</b> 8. Anjurkan melapor jika haluaran urin <0,5 mL/kg/jam dalam 6 jam 9. Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan <b>Kolaborasi</b> 10. Kolaborasi pemberian diuretik
6.	Intoleransi Aktivitas b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (D.0056)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan, toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil : 1. Frekuensi nadi meningkat 2. Saturasi oksigen meningkat 3. Keluhan lelah menurun 4. Dispnea saat aktivitas menurun 5. Dispnea setelah aktivitas menurun	<b>Manajemen Energi (I.05178)</b> <b>Observasi</b> 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional <b>Terapeutik</b> 3. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan) 4. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan 5. Fasilitasi duduk di sisi

		6. Tekanan darah membaik 7. Frekuensi napas membaik (L.05047)	tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan. <b>Edukasi</b> 6. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 7. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan
--	--	---	--

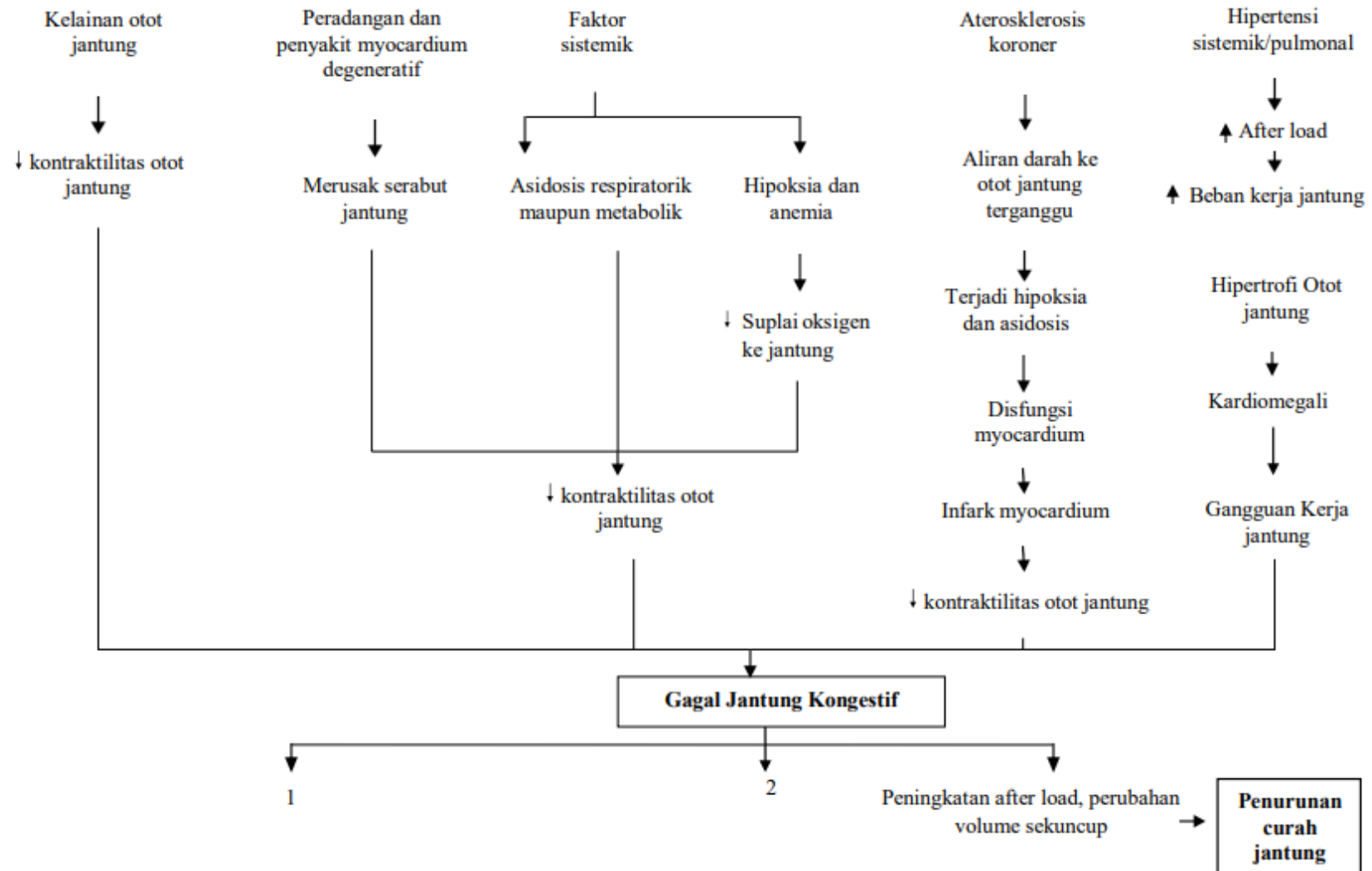
#### 2.3.4 Implementasi

Pelaksanaan rencana keperawatan kegiatan atau tindakan yang diberikan kepada pasien sesuai dengan rencana keperawatan yang telah ditetapkan, tetapi menutup kemungkinan akan menyimpang dari rencana yang ditetapkan tergantung pada situasi dan kondisi pasien

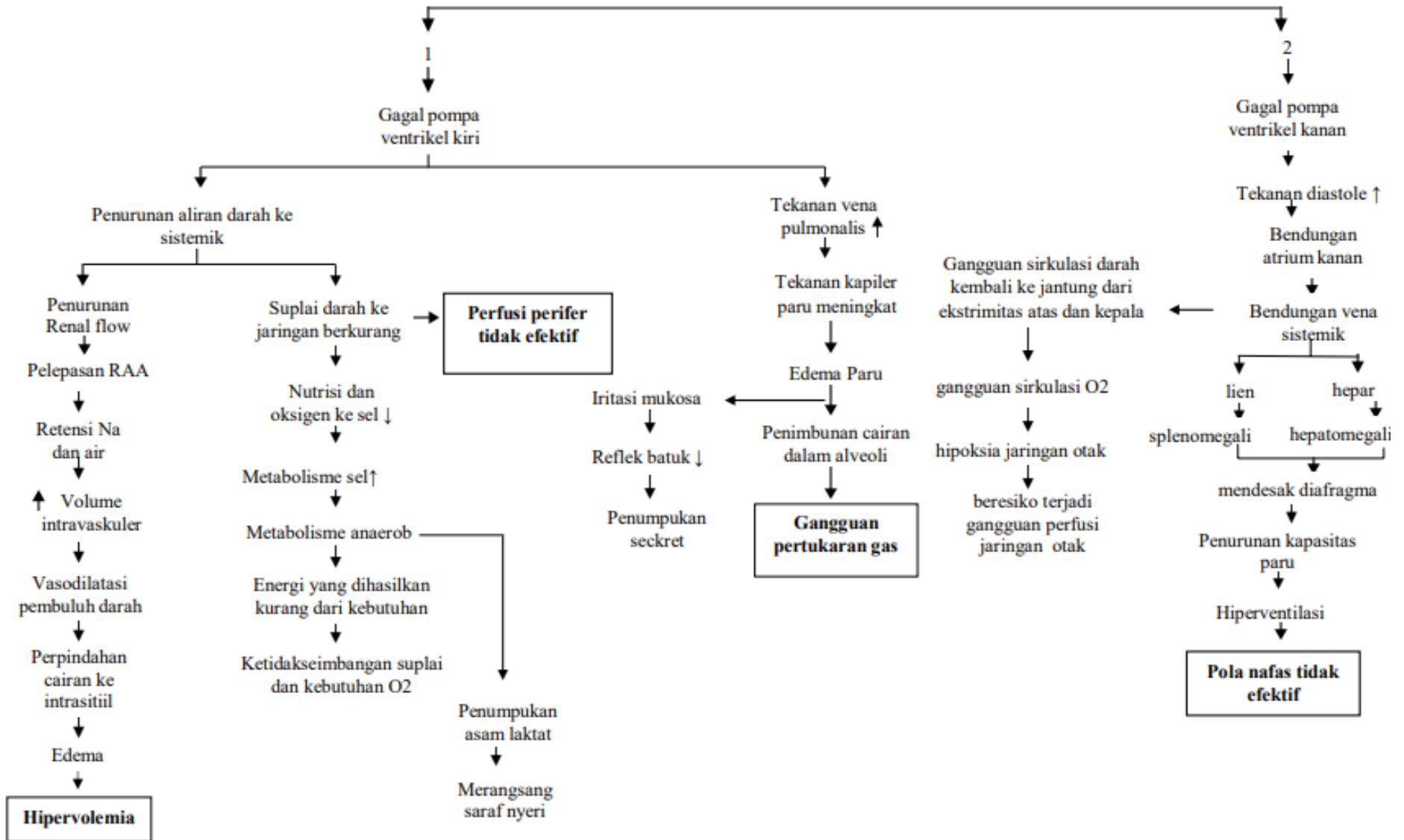
#### 2.3.5 Evaluasi

Dilaksanakan suatu penilaian terhadap asuhan keperawatan yang telah diberikan atau dilaksanakan dengan berpegang teguh pada tujuan yang ingin dicapai. Pada bagian ini ditentukan apakah perencanaan sudah tercapai atau belum, dapat juga tercapai sebagian atau timbul masalah baru.

### 2.4 WOC CHF







**Gambar 2.1** WOC CHF (Sumber : (WOC) dengan menggunakan Standar Diagosa Keperawatan Indonesia dalam (PPNI, 2017)

## BAB 3

### TINJAUAN KASUS

#### 3.1 Pengkajian

##### 3.1.1 Data Dasar

Tn.M usia 56 tahun jenis kelamin laki-laki pekerjaan pensiunan TNI datang ke IGD RPSAL dr. Ramelan pada tanggal 26-04-2022 jam 22.00 dengan keluhan sesak nafas dan nyeri dada saat beraktivitas dirumah. Nyeri dada dirasakan di dada sebelah kiri, nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk dan menjalar ke punggung dengan skala nyeri 7. Saat di IGD pasien telah diberikan oksigen dengan menggunakan NRM 15 lt/mnt, terpasang monitor, hasil pemeriksaan tanda-tanda vital menunjukkan TD:105/73 mmHg, S: 36,5°C, SpO<sub>2</sub>: 52%, N: 101 x/mnt, RR: 22 x/mnt, GCS: 456, melakukan foto thorax, melakukan EKG, dilakukan swab antigen dan PCR, mengambil sampel darah DL KK, melakukan, memasang infus NS, memberikan injeksi lasix 1 amp, loading aspilet 2 tab+clopidogrel 4 tab dan pasien dipindah keruangan ICCU pada tanggal 27-04-22 03.00 wib dan dilakukan TTV. TD: 112/87 mmHg, S:36,3°C, SpO<sub>2</sub>: 100%, N: 96 x/mnt, RR: 22x/mnt GCS: 456. Pasien diketahui memiliki riwayat jantung koroner selama kurang lebih 2 tahun yang lalu, pasien rutin kontrol di Poli Jantung RSPAL dr. Ramelan setiap satu bulan sekali,saat ini pasien mengkonsumsi obat jantung clopidogrel 1-0-0, aspilet 0-1-0, atorvastatine 0-0-1, concor 1,25mg 1-0-0 dan pasien diketahui tidak memiliki alergi terhadap obat ataupun makanan tertentu. Saat pengkajian tanggal 27-4-2022 jam 08.00 pasien mengatakan masih sesak nafas tetapi nyeri dada sudah berkurang, sulit tidur, jika berbicara terlalu lama masih ngos-ngosan, pasien terlihat lemah.

### 3.1.2 Pemeriksaan Fisik

Pada saat pemeriksaan fisik dilakukan T: 177/91 mmHg nadi 91 x/menit RR:22 x/menit, suhu 36,3°C, kesadaran compos mentis SpO<sub>2</sub> 98 % terpasang O<sub>2</sub> 3 lpm, BB 63 Kg, Tinggi badan 165 cm. Keadaan umum pasien tampak lemah dan lemas, konjungtiva anemi, sklera putih, mata bersih tidak ada sekret reflek pupil cahaya (+), isokor, bibir kering. Pada pemeriksaan dada didapatkan bentuk dada normochest.


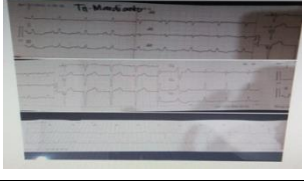
Pasien mengatakan sesak, pada pemeriksaan RR 22 x/menit, suara nafas vesikuler, irama nafas regular, tidak ada retraksi dinding dada, terdapat suara nafas tambahan ronchi (+), tidak ada wheezing (+/+), saturasi oksigen 98 % terpasang O<sub>2</sub> 3 lpm, pasien lebih nyaman posisi tidur fowler.

Irama jantung regular S1 S2 tunggal. Hasil pemeriksaan foto thorax AP tanggal 26 april 2022 kesan kardiomegaly terpasang infus NS 7 tts/mnt di tangan kanan, akral dingin, lembab, merah, CRT < 3 detik, turgor kulit baik dan tidak ditemukan oedem pada daerah ekstremitas. Pada pemeriksaan neurologi didapatkan pasien sadar baik, GCS 456 kekuatan otot normal pasien bisa menggerakkan tangan dan kaki secara bebas. Hanya saja pasien mengeluh jika beraktivitas seperti berjalan dan naik turun tangga pasien mudah lelah dan terkadang nafas menjadi sesak. Keadaan umum lemah, aktivitas dilakukan hanya di tempat tidur saja, seluruh activity daily living dibantu oleh perawat, advis dokter pasien bed rest total. Untuk sistem perkemihan dan pencernaan pasien tidak ada masalah keperawatan karena pasien BAK lancar, warna kuning jernih frekwensi 4-5 x/hr, produksi urin tampung + 400 cc/6 jam. Pasien makan 3 x/hari

satu porsi habis. Untuk istirahat tidur pasien mengatakan saat dirumah sakit pasien sulit tidur dikarenakan kadang-kadang masih sesak nafas dan terganggu dengan bunyi alat-alat medis yang ada diruangan

### 3.1.3 Pemeriksaan Penunjang Dan Terapi

**Tabel 3.1 Pemeriksaan Penunjang dan Terapi**

Hari/Tanggal	Jenis Pemeriksaan	Hasil
26-04-22	Antigen dan PCR	Kesimpulan : Negatif
26-04-2022 (IGD)	<b>Pemeriksaan EKG</b>	 sinus rhytem
27-04-2022 (ICCU)	<b>Pemeriksaan EKG</b>	 sinus rhytem
26-04-2022	<b>Pemeriksaan Thoraks AP</b>	Cor: Membesar Pulmo: Infiltrat/perselubungan (-) Diaphragma dan sinus baik Tulang-tulang baik Kesimpulan: Cardiomegali
26-04-99	<b>Lab DL</b>	- GDS: 118 mg/dL - Leukosit H 10.46 (4.00-10.00) $10^3/\mu\text{L}$ - Hemoglobin L 9.00 (13-17)g/dl - Hematokrit L 26.80 (40.0-54.0) % - Eritrosit N 4.37 (4.00-5.50) $10^6/\mu\text{L}$ - Trombosit N 204.00 (150-450) $10^3/\mu\text{L}$
26-04-99	<b>Lab KK</b>	- BUN: 36 mg/dL
27-04-22	<b>Lab Imunologi</b>	- Troponin Kuantitatif 6.79 ng/mL

Hari/Tanggal	Medikasi	Dosis	Indikasi
27/04/2022	Concor 1,25 mg merok	1x1	Obat untuk terapi irama jantung
	Atorvastatin 20 mg dexa medica	0-0-1	Obat untuk menurunkan kadar kolesterol dalam darah
	Furosamid Inj 20 mg	3 x1 amp	Obat untuk deuretik
	ISDN	3 x 1 tab	Obat untuk gagal jantung
	Bisoprolol 2-5mg (HJ)	1x1/2	Obat untuk hipertensi
	Clopidogrel	75 mg	Obat untuk pengencer darah
	Thrombo aspilet 80 mg	1x4 tab	Obat untuk pengencer darah

### 3.2 Analisa Data

**Tabel 3.2 Analisa Data**

NO	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
1	<p><b>DS:</b> Pasien mengatakan mengeluh sesak saat beraktivitas</p> <p><b>DO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- RR : 22 x/mnt</li> <li>- Ronkhi (+), wheezing (+)</li> <li>- Kadar Hb rendah= 9.00 g/dl (13-17)</li> <li>- Kadar Ht rendah= 26.80 (40.0-54.0)</li> <li>- Intake= 400 cc/24 jam</li> <li>- Output= 1600 cc/24 jam</li> <li>- Hasil foto thorax= cardiomegaly</li> </ul>	Gangguan mekanisme regulasi	Hipervolemia ( <b>SDKI,D.0022,</b> <b>Hal.: 62)</b>
2	<p><b>DS :</b> Pasien mengatakan sesak nafas</p> <p><b>DO :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- RR=22 x/mnt</li> <li>- Akral dingin</li> <li>- Gambaran EKG</li> <li>- N: 91 x/mnt</li> <li>- TD: 171/91 mmHg</li> <li>- CRT &lt;2 detik</li> </ul>	Perubahan afterload	Penurunan curah jantung ( <b>SDKI D.0008</b> <b>HAL: 34)</b>

3	<p><b>DS :</b> Pasien mengatakan mudah lelah saat beraktivitas</p> <p><b>DO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aktivitas pasien dibantu oleh perawat (seluruh activity daily living, karena pasien bed rest total)</li> <li>- Makan dan minum dibantu perawat</li> <li>- T=171/91 mmHg, kadang berubah saat kondisi istirahat</li> </ul>	<p>Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen</p>	<p>Intoleransi aktivitas <b>(SDKI D.0056 HAL: 128)</b></p>

### 3.3 Diagnosa Keperawatan

**Tabel 3.3 Diagnosa Keperawatam**

NO	MASALAH KEPERAWATAN	TANGGAL		PARAF (nama)
		ditemukan	teratasi	
1	Hipervolemia b.d Gangguan mekanisme Regulasi <b>(SDKI,D.0022, Hal.: 62)</b>	27-04-22		<b>DW</b>
2	Penurunan curah jantung b.d Perubahan Aftreload <b>(SDKI D.0008 HAL: 34)</b>	27-04-22		<b>DW</b>
3	Intoleransi aktivitas b.d Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen <b>(SDKI D.0056 HAL: 128)</b>	27-04-22		<b>DW</b>

### 3.4 Intervensi Keperawatan

**Tabel 3.4 Intervensi Keperawatan**

No.	Masalah (SDKI, 2016)	Tujuan & Kriteria Hasil (SLKI,2018)	Intervensi (SIKI,2018) (Observasi , Mandiri, Edukasi, Kolaborasi)
1.	Hipervolemia B.D Gangguan mekanisme Regulasi (SDKI,D.0022, Hal.: 62)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam,diharapkan cairan di ruang intraseluler dan ekstraselular tubuh seimbang dengan kriteria hasil: Keseimbangan Cairan(L.03020, Hal.: 41) 1. Haluaran urin meningkat 2. Edema menurun 3. Tekanan darah membaik Status Cairan (L.03028, Hal.: 107) 4. Output urine meningkat 5. Ortopnea menurun 6. Dispnea menurun 7. Kadar Hb/ht membaik	<b>Manajemen Hipervolemia (1.03114, Hal.: 181)</b> <b>Observasi</b> 1. Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis. ortopnea, dispnea, edema, suara napas tambahan) 2. Identifikasi penyebab hipervolemia 3. Monitor status hemodinamik (mis, tekanan darah, MAP), jika tersedia 4. Monitor intake dan output cairan <b>Terapeutik</b> 5. Tinggikan kepala tempat tidur 30 <sup>0</sup> - 40 <sup>0</sup> <b>Edukasi</b> 6. Anjurkan melapor jika haluaran urin <0,5 mL/kg/jam dalam 6 jam 7. Anjurkan cara membatasi cairan <b>Kolaborasi</b> 8. Kolaborasi pemberian diuretik <b>Pemantauan Cairan (1.03121, Hal.: 238)</b> <b>Observasi</b>

			<p>9. Monitor frekuensi dan tekanan nadi</p> <p>10. Monitor frekuensi napas</p> <p>11. Monitor tekanan darah</p> <p>12. Monitor hasil pemeriksaan serum (mis. hematokrit, natrium, kalium)</p>
2.	<p>Penurunan curah jantung</p> <p>B.D Perubahan Aftreload</p> <p>(SDKI D.0008 HAL: 34)</p>	<p>Setelah dilakukan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pasien curah jantung meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>Curah Jantung (L.02008)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tanda vital dalam rentang normal</li> <li>2. Kekuatan nadi meningkat</li> <li>3. Tidak ada edema</li> <li>4. Tidak ada sianosis</li> </ol>	<p><b>Perawatan jantung (I.02075)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, paroxysmal nocturnal dyspnea CPV)</li> <li>2. Monitor tekanan darah dan saturasi oksigen</li> <li>3. Monitor keluhan nyeri dada (misal. Intensitas, lokasi, radiasi, durasi, presivitasi yang mengurangi nyeri).</li> <li>4. Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas</li> </ol> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Posisikan pasien semi-fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman</li> <li>6. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi</li> </ol>



			<p>oksigen &gt; 94%</p> <p><b>Edukasi :</b></p> <p>7. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi</p> <p><b>Perawatan jantung Akut : I.02076</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <p>8. Identifikasi karakteristik nyeri dada (meliputi faktor pemicu dan dan pereda, kualitas, lokasi, radiasi, skala, durasi dan frekuensi)</p> <p>9. Monitor EKG 12 sadapan untuk perubahan ST dan T</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>10. Pertahankan tirah baring minimal 12 jam</p> <p>11. Pasang akses intravena</p> <p>12. Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi ansietas dan stress</p> <p>13. Sediakan lingkungan yang kondusif untuk beristirahat dan pemulihan</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>14. Anjurkan segera melaporkan nyeri dada</p>
--	--	--	---

			<p><b>Kolaborasi</b></p> <p>15. Kolaborasi pemberian antiangina(mis. Nitrogliserin, beta blocker, calcium</p>
3.	<p>Intoleransi aktivitas B.D</p> <p>Ketidakeimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (SDKI D. 0056 HAL: 128)</p>	<p>Setelah dilakukan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan respon fisik terhadap aktivitas meningkat dengan kriteria hasil:</p> <p>Toleransi Aktivitas (L.05047)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Frekuensi nadi meningkat</li> <li>2. Saturasi oksigen meningkat</li> <li>3. Keluhan lelah menurun</li> <li>4. Dispnea saat aktivitas menurun</li> <li>5. Dispnea setelah aktivitas menurun</li> <li>6. Tekanan darah membaik</li> <li>7. Frekuensi napas membaik</li> </ol>	<p><b>Manajemen Energi : I.02075</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang menyebabkan kelelahan</li> <li>2. Monitor kelelahan fisik dan emosional</li> <li>3. Monitor pola tidur</li> </ol> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Sediakan lingkungan Nyaman dan rendah stimulus(mis.cahaya,suara,kunjungan)</li> <li>5. Lakukan gerak rentang aktif dan pasif</li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Anjurkan tirah baring</li> <li>7. Anjurkan aktivitas secara bertahap</li> <li>8. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan</li> </ol>

			<p><b>Terapi aktivitas:I.05186</b></p> <p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>9. Identifikasi deficit tingkat aktivitas</li> <li>10. Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu</li> <li>11. Monitor respon emosional,fisik,sosial,dan spiritual terhadap aktivitas</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>12. Fasilitasi aktivitas fisik rutin(mis.ambulasi,mobilisasi,dan perawatan diri) sesuai kebutuhan</li> <li>13. Koordinasikan pemilihan aktivitas fisik sesuai usia</li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>14. Ajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih</li> <li>15. Anjurkan melakukan aktivitas fisik,social,spiritual dan kognitif dalam menjaga fungsi dan kesehatan</li> </ol>
--	--	--	--

### 3.5 Implementasi

Tabel 3.5 Implementasi

No. Dx	Hari/Tgl Jam	Implementasi	Paraf	Hari/Tgl Jam	No Dx	Evaluasi formatif SOAP / Catatan perkembangan	Paraf
1,2,3	Rabu/ 27-04-2022 07.30	1. Melakukan pengkajian keadaan umum pasien <i>KU: sedang, kesadaran: composmentis, GCS: 456, pasien terpasang folley kateter dan oksigen nasal kanul 4 lpm, pasien terpasang cedocard syringe pump 1 mg/jam dan lasix pump 10 mg/jam</i>	DW	Rabu/ 27-04-2022	1	<b>MK 1: Hipervolemia</b> S : Pasien mengatakan masih sesak O : Hasil observasi jam 13.00 WIB	DW
1,2,3	07.30	2. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital <i>TD: 171/91 mmHg;RR: 22x/menit; N: 91 x/menit ; S: 36,5 °C;SPO2: 98%; O2 nasal kanul 3 lpm</i>	DW			- Tekanan darah : 190/96 mmHg - RR : 25 x/menit, SPO2 : 100 - Nadi : 103 - Suhu : 36,5 - Intake : 100 cc/6 jam - Output : 350 cc/6 jam	
1,2,3	07.31	3. Menanyakan keluhan yang dirasakan pasien hari ini <i>Pasien mengatakan mengeluh sesak</i>	DW			A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi no. 2,4,5,6,7,9,10,11,dan 12	
1,2	07.32	4. Melakukan pengkajian tanda dan gejala hipervolemia (mis. ortopnea, dispnea, edema, suara napas tambahan) dan	DW				

		tanda/gejala primer penurunan curah jantung (mis. dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, <i>paroxysmal nocturnal dyspnea</i> , peningkatan CVP) <i>Pasien mengalami sesak napas dan dari hasil foto thorax pasien mengalami cardiomegali dengan kongestif pulmonum</i>			2	<b>MK 2: Penurunan Curah Jantung</b> S : Pasien mengatakan masih sesak O : Hasil observasi jam 13.00 WIB - Tekanan darah :190/96 mmHg - RR : 25 x/menit, SPO2 : 100 - Nadi : 103 - Suhu : 36,5 - Intake : 100 cc/6 jam - Output : 350 cc/6 jam - Akral : Hangat, Kering, Merah - CRT <2 detik - Warna kulit pucat A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi no. 2,3,4,5,6,7,8,11,dan 14	<b>DW</b>
1,2	07.32	5. Memberikan posisi tempat tidur 30 <sup>0</sup> -40 <sup>0</sup> tau posisi Semi-Fowler <i>Posisi tempat tidur sudah dalam kondisi 90<sup>0</sup> atau posisi Fowler</i>	<b>DW</b>				
1	07.33	6. Menganjurkan pasien untuk tidak terlalu sering minum	<b>DW</b>				
2	07.33	7. Melihat dan mengobservasi irama jantung,frekuensi jantung, dan EKG <i>Irama jantung pasien sinus rhytm</i>	<b>DW</b>				
3	07.33	8. Memeriksa kelelahan fisik dan emosional yang dirasakan pasien <i>Pasien mengatakan saat bangun tidur dari bed merasa sesak sehingga pasien sulit tidur kembali</i>	<b>DW</b>				
3	07.34	9. Mengamati dan menyediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis.cahaya, suara, kunjungan)	<b>DW</b>		3	<b>MK 3: Intoleransi Aktivitas</b> S :	<b>DW</b>

3	07.35	<p>untuk pasien <i>Bed roda pasien sudah dalam keadaan terkunci dan terpasang pengaman samping tempat tidur untuk mencegah resiko jatuh. Lampu ruangan sebagian dimatikan untuk kenyamanan pasien dan kunjungan pasien dibatasi</i></p> <p>10. Melatih rentang gerak aktif/pasif selama pasien bedrest <i>Pasien mampu duduk 45° – 90° di bed pasien dan miring kanan maupun miring kiri</i></p>	DW		<p>Pasien mengungkapkan masih sedikit sesak dan kelelahan</p> <p>O :</p> <p>Hasil observasi jam 13.00 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tekanan darah : 190/96 mmHg</li> <li>- RR : 25 x/menit, SPO2 : 100</li> <li>- Nadi : 103</li> <li>- Suhu : 36,5</li> <li>- Pasien mampu duduk 45°</li> <li>- ADL pasien masih dibantu perawat</li> <li>- Terpasang oksigen nasal kanul 4 lpm</li> <li>- Hasil EKG : sinus rhytm 98 x/menit</li> </ul> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi no. 1,2,3,5,6,7,8,9, dan</p>	
2,3	07.31	<p>11. Menganjurkan pasien untuk melakukan aktivitas secara bertahap <i>Pasien sudah memahami bahwa perlu untuk duduk saat makan dan mengonsumsi obat, lalu miring kanan dan miring kiri</i></p>	DW			
1,2,3	11.40	<p>12. Membantu menyuapi pasien makan <i>Pasien mendapatkan diit jantung dan habis 1 porsi makan</i></p>	DW			
1,2,3	12.00	<p>13. Memberikan obat kepada pasien <i>Pasien mendapatkan obat candesartan 16 mg dan spironolactone 25 mg</i></p>	DW			
1,2	12.30	<p>14. Mengkur intake dan output cairan pasien</p>	DW			

1	12.37	<p><i>Intake : px minum ± 100 cc/6 jam</i>  <i>Output : 350 cc/6 jam</i></p> <p>15. Melaporkan kepada perawat jika haluaranurin pasien &lt;0,5 mL/kg/jam dalam 6 jam  <i>BB pasien= 95 kg</i>  <i>Haluaran urin= 95x0,5 mL/kg/jam= 47,5mL/jam.</i>  <i>Dalam waktu 6 jam= 47,5x6= 285 ml/jam.</i>  <i>Output pasien= 350 cc/6 jam.</i></p>	DW				
1,2,3	Kamis/ 27-04-2022 14.20	1. Melakukan pengkajian keadaan umum pasien <i>KU: sedang, kesadaran: composmentis, GCS: 456, pasien terpasang folley kateter dan oksigen O2 simple mask 4 lpm</i>	DW	Kamis/ 27-04-2022	1	<p><b>MK 1: Hipervolemia</b>  <b>S :</b>  Pasien mengatakan sesak berkurang  <b>O :</b>  Hasil observasi jam 19.00 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tekanan darah :180/99 mmHg</li> <li>- RR : 25 x/menit, SPO2 : 99 %</li> <li>- Nadi : 103 x/menit</li> <li>- Suhu : 36,5°C</li> <li>- Intake : 300 cc/6 jam</li> <li>- Output : 550 cc/6 jam</li> </ul>	DW
1,2,3	14.20	2. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital <i>TD: 141/98 mmHg; MAP: 99 ;RR: 22 x/menit; N: 92 x/menit ; S: 36,7 °C; SPO2: 97%; O2 simple mask 4 lpm</i>	DW				
1,2,3	14.21	3. Menanyakan keluhan yang dirasakan pasien hari ini <i>Pasien mengatakan sesak memberat dan tubuh merasa lelah dan lemas</i>	DW				

1,2	14.21	4. Memberikan posisi tempat tidur 30 <sup>0</sup> -40 <sup>0</sup> atau posisi Fowler <i>Posisi tempat tidur sudah dalam kondisi 90<sup>0</sup> atau posisi Fowler</i>	DW			A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi no. 2,4,5,6,7,9,10,11,dan 12	
1	14.21	5. Menganjurkan pasien untuk tidak terlalu sering minum	DW		2	<b>MK 2: Penurunan Curah Jantung</b> S : Pasien mengatakan sesak berkurang O: Hasil observasi jam 19.00 WIB <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tekanan darah : 180/99 mmHg</li> <li>- RR : 25 x/menit, SPO2 : 99 %</li> <li>- Nadi : 103 x/menit</li> <li>- Suhu : 36,5°C</li> <li>- Intake : 300 cc/6 jam</li> <li>- Output : 350 cc/6 jam</li> <li>- Akral : Hangat, Kering, Merah</li> <li>- CRT &lt;2 detik</li> <li>- Warna kulit pucat</li> </ul> A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi no.	DW
2	14.22	6. Melihat dan mengobservasi irama jantung, frekuensi jantung, dan EKG <i>Irama jantung pasien sinus rhythm 100 x/menit</i>	DW				
3	14.22	7. Memeriksa kelelahan fisik dan emosional yang dirasakan pasien <i>Pasien mengatakan badan sangat lemas dan lelah serta semakin sesak</i>	DW				
3	14.23	8. Mengamati dan menyediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan) untuk pasien <i>Bed roda pasien sudah dalam keadaan terkunci dan terpasang pengaman samping tempat tidur untuk mencega resiko jatuh. Lampu ruangan sebagian dimatikan untuk kenyamanan pasien dan kunjungan pasien dibatasi</i>	DW				
3	14.23	9. Melatih rentang gerak aktif/pasif selama pasien bedrest	DW				



2,3	14.24	<p><i>Pasien mampu duduk 45° – 90° di bed pasien dan miring kanan maupun miring kiri</i></p> <p>10. Menganjurkan pasien untuk melakukan aktivitas secara bertahap <i>Pasien sudah memahami bahwa perlu untuk duduk saat makan dan mengonsumsi obat, lalu miring kanan dan miring kiri</i></p>	DW		3	2,3,4,5,6,7,8,11,dan 14	DW
1,2,3	14.24	11. Membantu menyuapi pasien makan <i>Pasien mendapatkan diit jantung dan habis 1 porsi makan</i>	DW				
1,2,3	17.32	12. Memberikan obat kepada pasien <i>Pasien mendapatkan obat Candesartan 16 mg, Spironolactone 25 mg dan Alopurino 1 300 mg</i>	DW				
1,2	18.00	13. Mengukur intake dan output cairan pasien <i>Intake: px minum ± 300 cc/6 jam</i> <i>Output: 550 cc/6 jam</i>	DW				
1	18.20	14. Melaporkan kepada perawat jika haluaran urin pasien <0,5 mL/kg/jam dalam 6 jam <i>BB pasien= 95 kg</i> <i>Haluaran urin= 95x0,5 mL/kg/jam= 47,5 mL/jam.</i>	DW				
						<p><b>MK 3: Intoleransi Aktivitas</b></p> <p>S : Pasien mengungkapkan</p> <p>O : Hasil observasi jam 19.00 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tekanan darah : 180/99 mmHg</li> <li>- RR : 25 x/menit, SPO2 : 99 %</li> <li>- Nadi : 103 x/menit</li> <li>- Suhu : 36,5°C</li> <li>- Pasien mampu duduk 45°</li> <li>- ADL pasien masih dibantu perawat</li> <li>- Terpasang oksigen nasal kanul 4 lpm</li> <li>- Hasil EKG : sinus rhytm 98 x/menit</li> </ul> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi no. 1,2,3,5,6,7,8,9, dan10</p>	DW

		<i>Dalam waktu 6 jam= 47,5x6=285 ml/jam. Output pasien= 550 cc/6 jam.</i>					
1,2,3	Jumat/ 28-04-2022 14.20	1. Melakukan pengkajian keadaan umum pasien <i>KU:sedang, kesadaran: composmentis, GCS: 456, pasien terpasang folley kateter dan oksigen O2 simple mask 6 lpm</i>	<b>DW</b>	Jumat/ 28-04-2022	1	<b>MK 1: Hipervolemia</b> S: Pasien mengatakan masih sesak O: Hasil observasi jam 19.00 WIB - Tekanan darah : 187/109 mmHg - RR : 32 x/menit, SPO2 : 95 % Nadi : 101 x/menit - Suhu : 36,8 °C - Intake : 350 cc/6 jam - Output : 650 cc/6 jam A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi no. 2,4,5,6,7,9,10,11,dan 12	<b>DW</b>
1,2,3	14.20	2. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital <i>TD: 173/98 mmHg; MAP: 99 ;RR: 30x/menit; N: 104 x/menit ; S: 36,7 °C; SPO2: 95%; O2 simple mask 6 lpm</i>					
1,2,3	14.21	3. Menanyakan keluhan yang dirasakan pasien hari ini <i>Pasien mengatakan sesak memberat dan tubuh merasa lelah dan lemas</i>					
1,2	14.21	4. Memberikan posisi tempat tidur 30 <sup>0</sup> -40 <sup>0</sup> atau posisi Fowler <i>Posisi tempat tidur sudah dalam kondisi 90<sup>0</sup> atau posisi Fowler</i>			2	<b>MK 2: Penurunan Curah Jantung</b> S:	<b>DW</b>
1	14.21	5. Menganjurkan pasien untuk tidak terlalu sering minum					

2	14.22	6. Melihat dan mengobservasi irama jantung, frekuensi jantung, dan EKG <i>Irama jantung pasien sinus rhytm 100 x/menit</i>				Pasien mengatakan masih sesak	
3	14.22	7. Memeriksa kelelahan fisik dan emosional yang dirasakan pasien <i>Pasien mengatakan badan sangat lemas dan lelah serta semakin sesak</i>				O: Hasil observasi jam 19.00 WIB - Tekanan darah : 187/109 mmHg - RR : 32 x/menit, SPO2 : 95 % - Nadi : 101 x/menit - Suhu : 36,8 °C - Intake 350 cc/6 jam - Output : 650 cc/6 jam - Akral : Hangat, Kering, Merah - CRT <2 detik - Warna kulit pucat	
3	14.23	8. Mengamati dan menyediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan) untuk pasien <i>Bed roda pasien sudah dalam keadaan terkunci dan terpasang pengaman samping tempat tidur untuk mencegah resiko jatuh. Lampu ruangan sebagian dimatikan untuk kenyamanan pasien dan kunjungan pasien dibatasi</i>				A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi no. 2,3,4,5,6,7,8,11,dan 14	
3	14.23	9. Melatih rentang gerak aktif/pasif selama pasien bedrest <i>Pasien mampu duduk 45° – 90° di bed pasien dan miring kanan maupun miring kiri</i>			3	<b>MK 3: Intoleransi Aktivitas</b>	<b>DW</b>
2,3	14.24	10. Menganjurkan pasien untuk melakukan aktivitas secara bertahap				S: Pasien mengungkapkan masih sesak dan lemas O: Hasil observasi jam 19.00 WIB	

1,2,3	17.32	<p>Pasien sudah memahami bahwa perlu untuk duduk saat makan dan mengonsumsi obat, lalu miring kanan dan miring kiri</p> <p>11. Membantu menyuapi pasien makan Pasien mendapatkan diit jantung dan habis 1 porsi makan</p>				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tekanan darah : 187/109 mmHg</li> <li>- RR : 32 x/menit, SPO2 : 95 %</li> <li>- Nadi : 101 x/menit</li> <li>- Suhu : 36,8 °C</li> <li>- Pasien mampu duduk 45°</li> <li>- ADL pasien masih dibantu perawat</li> <li>- Terpasang oksigen simple mask 6 lpm</li> <li>- Hasil EKG : sinus rhytm 98 x/menit</li> </ul> <p>A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi no. 1,2,3,5,6,7,8,9, dan 10</p>
1,2,3	18.00	12. Memberikan obat kepada pasien Pasien mendapatkan obat Candesartan				
1,2	18.20	16mg dan Spironolactone 25 mg				
1	18.20	<p>13. Mengukur intake dan output cairan pasien Intake: px minum <math>\pm</math> 350 cc/6 jam Output: 650 cc/6 jam</p> <p>14. Melaporkan kepada perawat jika haluaran urin pasien <math>&lt;0,5</math> mL/kg/jam dalam 6 jam BB pasien = 95 kg Haluaran urin = <math>95 \times 0,5</math> mL/kg/jam = 47,5 mL/jam. Dalam waktu 6 jam = <math>47,5 \times 6 = 285</math> ml/jam. Output pasien = 350 cc/6 jam.</p>				

### 3.6 Evaluasi

**Tabel 3.6 Evaluasi**

Hari/Tgl	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi Sumatif
Jumat/ 28-04-2022 19.00	Hipervolemia b.d. Gangguan mekanisme regulasi (SDKI, D.0022, Hal.: 62)	S: Pasien mengatakan masih sesak O: Hasil observasi jam 19.00 WIB <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tekanan darah : 187/109 mmHg</li> <li>- RR : 32 x/menit, SPO2 : 95 % Nadi : 101 x/menit</li> <li>- Suhu : 36,8 °C</li> <li>- Intake : 350 cc/6 jam</li> <li>- Output : 650 cc/6 jam</li> </ul> A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi no. 2,4,5,6,7,9,10,11, dan 12
	Penurunan Curah Jantung b.d. Perubahan afterload (SDKI, D.0008, Hal.: 34)	S: Pasien mengatakan masih sesak O: Hasil observasi jam 19.00 WIB <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tekanan darah : 187/109 mmHg</li> <li>- RR : 32 x/menit, SPO2 : 95 %</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nadi : 101 x/menit</li> <li>- Suhu : 36,8 °C</li> <li>- Intake 350 cc/6 jam</li> <li>- Output : 650 cc/6 jam</li> <li>- Akral : Hangat, Kering, Merah</li> <li>- CRT &lt;2 detik</li> <li>- Warna kulit pucat</li> </ul> <p>A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi no. 2,3,4,5,6,7,8,11,dan 14</p>
	<p>Intoleransi Aktivitas b.d. Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (SDKI, D.0056, Hal.: 128)</p>	<p>S: Pasien mengungkapkan masih sesak danlemas</p> <p>O: Hasil observasi jam 19.00 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tekanan darah : 187/109 mmHg</li> <li>- RR : 32 x/menit, SPO2 : 95 %</li> <li>- Nadi : 101 x/menit</li> <li>- Suhu : 36,8 °C</li> <li>- Pasien mampu duduk 45°</li> <li>- ADL pasien masih dibantu perawat</li> <li>- Terpasang oksigen simple mask 6 lpm</li> <li>- Hasil EKG : sinus rhytm 98 x/menit</li> </ul> <p>A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi no. 1,2,3,5,6,7,8,9, dan10</p>

## **BAB 4**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab 4 akan dilakukan pembahasan mengenai asuhan keperawatan pada Tn, M dengan diagnosis Congestive Heart Failure di ruang ICCU RSPAL dr. Ramelan Surabaya yang dilaksanakan pada tanggal tanggal 26 April 2022. Melalui pendekatan studi kasus untuk mendapatkan kesenjangan antara teori serta praktek di lapangan dan opini dari penulis. Pembahasan terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan dari tahap pengkajian, diagnosis, perencanaan asuhan keperawatan, pelaksanaan dan evaluasi.

#### **4.1 Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian merupakan proses keperawatan dengan mengumpulkan data-data dari pasien yang akurat sehingga kan diketahui masalah yang ada pada pasien. Tahap pengkajian keperawatan meliputi pengumpulan data, validasi data, dan identifikasi pola masalah (Hidayat, 2009). Dalam pengumpulan data, penulis melakukan pengkajian secara komprehensif yang mengacu pada tinjauan teoritis yaitu bio, psiko, sosial, spritual dan melihat dari kondisi pasien. Data hasil pengkajian didapatkan dari hasil wawancara, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, status kesehatan pasien, catatan keperawatan, catatan medis serta bekerjasama dengan perawat ruangan, dan tim kesehatan lain untuk mendukung pengkajian.

Pembahasan yang pertama kita awali dari proses pengkajian. Pada tahap pengkajian didapatkan data yaitu Pasien Tn.M usia 56 tahun, suku

Jawa/Indonesia. Pekerjaan pensiunan, beragama islam, status menikah. Pasien di rawat dengan diagnosa medis *Congestive Heart Failure*. Dari data usia dan jenis kelamin pasien, dapat dilihat bahwa usia dan jenis kelamin merupakan salah satu faktor risiko penyakit gagal jantung kongestive hal ini sesuai dengan jurnal AHA (2020), yang menyebutkan bahwa Gagal jantung mempengaruhi sekitar 1% orang berusia 50 tahun dan meningkat seiring bertambahnya usia dan Pria lebih mendominasi tingkat kejadian gagal jantung.

Keluhan utama yang didapatkan saat pengkajian pada pasien Tn.M adalah sesak nafas. Keluhan sesak memang merupakan keluhan yang paling sering dirasakan oleh pasien dengan gagal jantung kongestif. Pada tinjauan teori pasien dengan *Congestive Heart Failure* secara teoritis manifestasi klinis yang dapat ditemukan yaitu pusing, sesak saat beraktifitas maupun istirahat, kelelahan, edema, jantung berdebar-debar dan oliguria. Rasa sesak saat beraktifitas maupun istirahat merupakan gejala dari pasien CHF dimana gejala ini disebabkan oleh adanya gangguan pengisian ventrikel. Pada gagal ventrikel kiri menyebabkan kongesti pulmonal dan gangguan mekanisme pengendalian pernafasan sehingga menyebabkan distress pernafasan.

Pasien juga di ketahui mempunyai penyakit jantung koroner selama 2 tahun. Pasien rutin kontrol setiap bulan di poli Jantung RSPAL dr. Ramelan Surabaya. Secara teori penyakit jantung koroner juga merupakan salah satu penyebab terjadinya gagal jantung. Menurut opini penulis hal ini terjadi karena adanya sumbatan yang menghambat pembuluh darah jantung, sehingga aliran darah tidak lancar. Akibatnya otot jantung akan rusak akibat kekurangan pasokan oksigen, sehingga jantung tidak bisa memompa darah dengan baik.



Pada pemeriksaan fisik pasien didapatkan T: 177/91 mmHg nadi 91 x/menit RR:22 x/menit, suhu 36,3° C, kesadaran compos mentis SpO2 98 % terpasang O2 3 lpm, BB 63 Kg, Tinggi badan 165 cm. Keadaan umum pasien tampak lemah dan lemas, konjungtiva anemi, sklera putih, mata bersih tidak ada sekret, reflek pupil cahaya (+), isokor, bibir kering. Pada pemeriksaan dada didapatkan bentuk dada normochest.

Pasien mengatakan sesak, pada pemeriksaan RR 22 x/menit, suara nafas vesikuler, irama nafas regular, tidak ada retraksi dinding dada, terdapat suara nafas tambahan ronchi (+), tidak ada wheezing (+/+), saturasi oksigen 98 % terpasang O2 3 lpm, pasien lebih nyaman posisi tidur fowler. Irama jantung regular S1 S2 tunggal. Hasil pemeriksaan foto thorax AP tanggal 26 april 2022 kesan kardiomegaly.terpasang infus NS 7 tts/mnt di tangan kanan, akral dingin, lembab, merah, CRT < 3 detik, turgor kulit baik dan tidak ditemukan oedem pada daerah ekstremitas.

Pada pemeriksaan neurologi didapatkan pasien sadar baik, GCS 456 kekuatan otot normal pasien bisa menggerakkan tangan dan kaki secara bebas. Hanya saja pasien mengeluh jika beraktivitas seperti berjalan dan naik turun tangga pasien mudah lelah dan terkadang nafas menjadi sesak. Keadaan umum lemah, aktivitas dilakukan hanya di tempat tidur saja, seluruh activity daily living dibantu oleh perawat, advis dokter pasien bed rest total. Untuk sistem perkemihan dan pencernaan pasien tidak ada masalah keperawatan karena pasien BAK lancar, warna kuning jernih frekwensi 4-5 x/hr, produksi urin tampung + 400 cc/6 jam. Pasien makan 3 x/hari satu porsi habis. Untuk istirahat tidur pasien mengatakan saat dirumah sakit pasien sulit tidur dikarenakan kadang-kadang masih sesak

napas dan terganggu dengan bunyi alat-alat medis yang ada diruangan. Hasil Laboratorium GDS: 118 mg/dL, Leukosit  $10.46 \times 10^3/\mu\text{L}$ , Hemoglobin 9.00 g/dl, Hematokrit 26.80, Eritrosit  $4.37 \times 10^6/\mu\text{L}$ , Trombosit  $204.00 \times 10^3/\mu\text{L}$ , BUN: 36 mg/dL, Troponin Kuantitatif 6.79 ng/mL.

Adapun faktor pendukung yang penulis temukan dalam melakukan pengkajian yaitu tersedianya alat pemeriksaan fisik yang memadai, status yang lengkap sehingga memudahkan penulis untuk mengumpulkan data dan kerjasama antara penulis dan perawat ruangan. Selain dari itu tersedianya format pengkajian dari institusi yang lengkap dan sistematis sehingga data yang terkumpul dapat dikelompokkan dengan baik. Pada tahap pengajian penulis tidak menemukan hambatan yang berarti karena pasien dan keluarga cukup kooperatif.

#### **4.2 Diagnosa Keperawatan**

Diagnosis keperawatan adalah tahap kedua dalam proses keperawatan yaitu suatu penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Tujuan diagnosis keperawatan adalah untuk mengidentifikasi respon pasien individu, keluarga, komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Berdasarkan data pada pengkajian pada tahap diagnosa keperawatan yang muncul tidak jauh berbeda dengan yang ada pada tinjauan teori. Penulis hanya merumuskan diagnosa sesuai dengan keluhan dan data objektif dari hasil pengkajian yang sudah dilakukan. Diagnosa yang muncul pada kasus Tn.M yang sesuai dengan tinjauan teori, adalah sebagai berikut:

1. Hipervolemi berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi

Diagnosa ini muncul karena pasien mengeluh sesak saat beraktivitas. Berdasarkan data objektif kesadaran composmentis, GCS 15, RR 22 x/mnt, Ronkhi (+), wheezing (+), Kadar Hb rendah= 9.00 g/dl, Kadar Ht rendah= 26.80, Intake 100 cc/jam, Output 400 cc/6 jam, Hasil foto thorax= cardiomegaly.

2. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload

Diagnosa ini muncul karena pasien mengeluh sesak saat beraktivitas. Berdasarkan data objektif kesadaran composmentis, GCS 15, RR 22 x/mnt, RR=22 x/mnt, Akral dingin, Gambaran EKG, N: 91 x/mnt, TD: 171/91 mmHg, CRT <2 detik.

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

Diagnosa ini muncul karena pasien mengeluh mudah lelah saat beraktivitas. Berdasarkan data objektif kesadaran composmentis, GCS 15, RR 22 x/mnt, RR=22 x/mnt, N: 91 x/mnt, TD: 171/91 mmHg kadang berubah saat istirahat, dibantu oleh perawat, pasien bedrest, makan dan minum dibantu perawat. Pasien dianjurkan untuk bedrest karena pada pasien gagal jantung mempunyai sedikit cadangan oksigen sehingga tidak dapat memenuhi kebutuhan apabila terjadi peningkatan kebutuhan oksigen.

Diagnosa Keperawatan yang terdapat pada tinjauan teoritis, tetapi tidak muncul dikasus adalah :

1. Pola nafas tidak efektif b.d hambatan upaya nafas

Alasan penulis tidak menegakkan diagnosa ini dikarenakan Tn.M pada hanya terdapat satu tanda dan gejala yaitu sesak, jika hanya terdapat satu gejala saja maka tidak bisa digunakan untuk menegakkan diagnosa karena tidak spesifik sehingga kita memerlukan tanda dan gejala lain seperti adanya pernafasan cuping hidung, adanya penggunaan otot bantu pernafasan dan pola nafas yang abnormal.

2. Gangguan pertukaran gas b.d Perubahan membran alveolus-kapiler

Alasan penulis tidak menegakkan diagnosa ini dikarenakan pada Tn.M tidak ditemukan adanya tanda dan gejala yang bisa menegakkan diagnosis ini seperti warna kulit pucat, sianosis, pernafasan cuping hidung, serta tidak dilakukannya pemeriksaan analisa gas darah untuk mendukung penulis menegakkan diagnosa ini.

3. Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan aliran arteri dan/atau vena

Alasan penulis tidak menegakkan diagnosa ini dikarenakan pasien tidak ada tanda dan gejala seperti perubahan fungsi motorik, perubahan karakteristik kulit, waktu pengisian kapiler >3 detik, dan edema.

### **4.3 Intervensi Keperawatan**

Intervensi merupakan tahap ketiga proses keperawatan yang meliputi perumusan tujuan, tindakan dan penilaian rangkaian asuhan keperawatan pada pasien. Dan berdasarkan analisis pengkajian agar masalah kesehatan serta keperawatan pasien dapat diatasi (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Perencanaan yang dilakukan kepada pasien Tn.M, sesuai diagnosa yang diambil adalah:

1. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi

Tujuan setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan balance cairan seimbang dengan kriteria hasil : Haluaran urin meningkat, edema menurun, tekanan darah membaik, output urine meningkat, dispnea menurun, Kadar hb/ht membaik.

Rencana tindakan yang dilakukan pada pasien Tn.P adalah Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis. ortopnea, dispnea, edema, suara napas tambahan), identifikasi penyebab hipervolemia, monitor status hemodinamik (mis. tekanan darah, MAP), jika tersedia, monitor intake dan output cairan, tinggikan kepala tempat tidur 300- 400 anjurkan melapor jika haluaran urin  $<0,5$  mL/kg/jam dalam 6 jam, anjurkan cara membatasi cairan, kolaborasi pemberian diuretik, Monitor frekuensi nadi, monitor frekuensi napas, monitor tekanan darah, monitor hasil pemeriksaan serum (mis. hematokrit, natrium, kalium). Tindakan memonitor sesuai dengan perencanaan yang ada bertujuan untuk mengetahui perkembangan pasien sebelumnya dan saat ini, sehingga jika terjadi gejala yang abnormal dapat segera diberi tindak lanjut. Pada intervensi meninggikan kepala bertujuan untuk mempertahankan curah jantung sehingga sesak nafas berkurang.

2. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload

Tujuan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan curah jantung meningkat dengan kriteria hasil: takikardi

menurun, lelah menurun dispnea menurun, sianosis menurun, tekanan darah membaik, gambaran EKG membaik.

Rencana yang akan dilakukan pada Tn.M adalah identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, paroxysmal nocturnal dyspnea CPV). Monitor tekanan darah dan saturasi oksigen, monitor keluhan nyeri dada (misal. Intensitas, lokasi, radiasi, durasi, presivitasi yang mengurangi nyeri). Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas mPosisikan pasien semi-fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%, Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi, identifikasi karakteristik nyeri dada (meliputi faktor pemicu dan dan pereda, kualitas, lokasi, radiasi, skala, durasi dan frekuensi). Monitor EKG 12 sadapan untuk perubahan ST dan T. Pertahankan tirah baring minimal 12 jam, Pasang akses intravena. Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi ansietas dan stress, Sediakan lingkungan yang kondusif untuk beristirahat dan pemulihan. Anjurkan segera melaporkan nyeri dada, Kolaborasi pemberian antiangina (mis. Nitrogliserin, beta blocker, calcium).

3. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

Diagnosa ini muncul karena pasien mengeluh sebelumnya sering merasa sesak saat beraktivitas, badan terasa lemas dan jika aktivitas mudah lelah. Berdasarkan data objektif kesadaran composmentis, GCS 15, CRT 2 detik. Pasien di anjurkan oleh dokter untuk bedrest karena pada pasien gagal jantung mempunyai sedikit atau tidak ada cadangan jantung untuk

memenuhi peningkatan kebutuhan oksigen. Ketika penyakit memburuk dan fungsi jantung semakin terganggu, intoleransi aktivitas meningkat. Curah jantung rendah dan ketidakmampuan untuk mengikuti aktivitas dapat menghambat perawatan diri. Tujuan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan diharapkan respon fisik terhadap aktivitas meningkat dengan kriteria hasil frekuensi nadi meningkat, saturasi oksigen meningkat, keluhan lelah menurun, dispnea saat aktivitas menurun, dispnea setelah aktivitas menurun, tekanan darah membaik, frekuensi napas membaik.

Rencana yang akan dilakukan pada Tn.M adalah identifikasi gangguan fungsi tubuh yang menyebabkan kelelahan, monitor kelelahan fisik dan emosional, monitor pola tidur, sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus(mis.cahaya, suara, kunjungan), lakukan gerak rentang aktif dan pasif, anjurkan tirah baring, anjurkan aktivitas secara bertahap, ajarkan strategi coping untuk mengurangi kelelahan, identifikasi defisit tingkat aktivitas, identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu, monitor respon emosional, fisik, sosial, dan spiritual terhadap aktivitas, fasilitasi aktivitas fisik rutin (mis.ambulasi, mobilisasi, dan perawatan diri) sesuai kebutuhan, koordinasikan pemilihan aktivitas fisik sesuai usia, ajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih, anjurkan melakukan aktivitas fisik, sosial, spiritual dan kognitif dalam menjaga fungsi dan kesehatan.

#### **4.4 Implementasi Keperawatan**

Implementasi merupakan tahap proses keperawatan dimana perawat memberikan intervensi keperawatan langsung dan tidak langsung pada pasien.

Pelaksanaan adalah perwujudan atau realisasi dari perencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan rencana keperawatan dilaksanakan secara terkoordinasi dan terintegrasi.

Pada tahap pelaksanaan penulis bekerja sama dengan tim perawatan di ruangan untuk melaksanakan tindakan keperawatan yang mengacu pada rencana tindakan sampai dengan hari ketiga. Tindakan keparawatan yang telah dilakukan pada pasien Tn.M adalah mengkaji keluhan pasien, pemeriksaan fisik pada pasien, memonitor tanda-tanda vital, dan mengkaji tingkat pengetahuan pasien, memberikan obat sesuai dengan program.

Pada penatalaksanaan medis pasien mendapatkan terapi obat CPG 1x75mg, Atorvastatin 1x20 mg, Furosemid 3x1 mg, Concor 1x1,25 mg. Penatalaksanaan farmakologi yang sangat penting bagi penderita gagal jantung adalah terapi glikosida jantung. Glikosida jantung adalah alkaloid yang berasal dari tanaman yang kemudian diketahui berisi digoksin dan digitoksin. Keduanya bekerja sebagai inotropik positif pada gagal jantung. Digoksin adalah suatu obat yang diperoleh dari tumbuhan *Digitalis lanata*. Sementara digitalis berfungsi meningkatkan kekuatan kontraksi otot jantung dan memperlambat frekuensi jantung. Efek yang dihasilkan adalah peningkatan curah jantung, penurunan tekanan vena dan volume darah, peningkatan diuresis, dan mengurangi edema. Namun pasien tidak mendapatkan jenis terapi obat seperti ini, karena digoksin tidak lagi digunakan secara rutin pada gagal jantung, tetapi dapat diresepkan untuk individu yang mengalami gagal jantung stadium akhir yang bergejala pada terapi medikasi maksimal. dapat diturunkan. Pasien juga mendapatkan terapi obat furosemid.furosemid merupakan obat yang mengandung furosemid, golongan



diuretik yang dapat mencegah tubuh dari menyerap terlalu banyak garam. Furosemid diberikan untuk membantu mengobati retensi cairan (edema) dan pembengkakan yang disebabkan oleh kegagalan jantung kongestif, penyakit ginjal, atau kondisi medis lainnya. Obat ini bekerja dengan bertindak pada ginjal untuk meningkatkan aliran urin. Klien mendapatkan terapi obat antikoagulan atau pengencer darah seperti CPG dan tromboaspilet yang berfungsi untuk menurunkan kemampuan darah untuk membeku dengan cara menghambat aktivitas faktor pembekuan darah, sehingga mencegah terjadinya penggumpalan darah. Pasien juga mendapatkan terapi obat atorvastatin adalah obat untuk menurunkan kolesterol dan lemak “jahat” (seperti LDL, triglyceride) serta meningkatkan kolesterol “baik” (HDL) di dalam darah yang berfungsi mengurangi jumlah kolesterol yang dibuat oleh hati.

Dari seluruh pelaksanaan keperawatan yang dilakukan dan pelaksanaannya sesuai dengan rencana tindakan keperawatan yang sudah penulis buat. Dalam pelaksanaan kegiatan terdapat faktor-faktor yang mendukung dan menghambat dalam mengimplementasikan tindakan yang akan dilakukan. Faktor pendukung seperti pasien dapat bekerja sama dengan perawat dalam mengatasi masalah yang dihadapi, sehingga perawat dapat melakukan intervensi dengan baik. Serta tersedianya alat-alat kesehatan yang memudahkan dalam melakukan tindakan keperawatan. Sedangkan faktor yang menghambat yaitu pada diagnose hipervolemi dikarenakan pasien diharuskan untuk membatasi asupan cairan tapi pasien tidak patuh karena sering minum tanpa sepengetahuan perawat.

#### 4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir proses keperawatan dengan cara menilai sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Dalam mengevaluasi, perawat harus memiliki pengetahuan dan kemampuan untuk memahami respon terhadap intervensi keperawatan, kemampuan menggambarkan kesimpulan tentang tujuan yang dicapai serta kemampuan dalam menghubungkan tindakan keperawatan pada kriteria hasil (Hidayat, 2006). Pada evaluasi belum dapat dilaksanakan secara maksimal karena keterbatasan waktu praktek mahasiswa. Dimana setelah dilakukan tindakan keperawatan dapat dievaluasi sebagai berikut:

1. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. Evaluasi yang didapatkan adalah pasien mengatakan keluhan sesak sudah berkurang. Planning pada diagnosa ini lanjutkan intervensi observasi tanda-tanda vital, memonitor intake dan output, membatasi asupan cairan dan lanjutkan kolaborasi dalam pemberian diuretik.
2. Penurunan curah jantung berhubungan dengan Perubahan Afterload. Evaluasi yang didapatkan adalah keluhan sesak berkurang dan tidak terdapat keluhan nyeri dada. Planning pada diagnosa ini lanjutkan intervensi observasi tanda-tanda vital, saturasi oksigen, menyediakan lingkungan yang kondusif untuk beristirahat dan pemulihan, serah kolaborasi dalam pemberian antiangina
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Evaluasi yang didapatkan adalah pasien sudah mampu untuk duduk. Planning pada diagnosa ini lanjutkan intervensi

observasi tanda-tanda vital, monitor respons kardiorespiratori terhadap aktivitas : takikardia, dispnea, diaforesis, frekuensi pernapasan), bantu klien untuk mengubah posisi sesuai toleransi secara berkala (miring kanan, miring kiri), anjurkan bedrest dengan posisi semi fowler

Faktor pendukung dalam melakukan evaluasi yaitu pasien kooperatif saat diajak berdiskusi. Faktor penghambat yang penulis temukan yaitu kurang lengkapnya pendokumentasian yang dilakukan perawat ruangan terutama respon klien dari tindakan pada evaluasi proses dan untuk evaluasi akhir. Solusi yang penulis temukan adalah mengoptimalkan pendokumentasian dalam catatan keperawatan dan catatan perkembangan dalam makalah ilmiah ini.

## **BAB 5**

### **PENUTUP**

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada pasien dengan diagnosis *Congestive Heart Failure* di ruang ICCU RSPAL dr. Ramelan Surabaya, sehingga penulis dapat menarik simpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada pasien dengan

#### **5.1 Simpulan**

Mengacu pada hasil uraian tinjauan kasus dan pembahasan pada asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis *Congestive Heart Failure* maka penulis dapat menarik simpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian pada Tn.M didapatkan hasil pasien sesak, RR 22 x/menit, saturasi 98 % dengan O2 masker 3 lpm, pasien nyaman posisi fowler, adanya ronchi, foto Thorax AP 27 April 2022 kesan cardiomegaly. Irama jantung regular S1 S2 tunggal. Hasil pemeriksaan foto thorax AP tanggal 26 april 2022 kesan kardiomegaly, terpasang infus NS 7 tts/mnt di tangan kanan, akral dingin ,lembab, merah, CRT < 3 detik, turgor kulit baik dan tidak ditemukan oedem pada daerah ekstremitas. Pasien mengeluh jika beraktivitas seperti berjalan dan naik turun tangga pasien mudah lelah dan terkadang nafas menjadi sesak. Keadaan umum lemah, aktivitas dilakukan hanya di tempat tidur saja, seluruh activity daily living dibantu oleh perawat.

2. Diagnosa keperawatan yang didapatkan adalah hipervolemi berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.
3. Perencanaan keperawatan pada Tn.M disesuaikan dengan diagnosa keperawatan hipervolemia dengan tujuan keseimbangan cairan meningkat, pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan yaitu mengidentifikasi penyebab hipervolemia, memonitor status hemodinamik, memonitor nafas (frekuensi, kedalaman, penggunaan otot bantu pernapasan, suara nafas tambahan), memonitor intake dan output, Kolaborasi dalam pemberian diuretik. Diagnosa penurunan curah jantung bertujuan untuk curah jantung meningkat dengan tindakan keperawatan yang dilakukan adalah memonitor keluhan sesak, memberikan posisi fowler dan memberikan oksigen tambahan sesuai dengan kebutuhan pasien. Untuk Diagnosa Intoleransi aktivitas bertujuan agar pasien dapat melakukan aktivitas secara bertahap dan keluhan lelah menurun dengan tindakan keperawatan yang dilakukan adalah menganjurkan tirah baring, menyediakan lingkungan yang nyaman dan menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap.
4. Pada akhir evaluasi tanggal 29 April 2022, masalah keperawatan hipervolemia, penurunan curah jantung, intoleransi aktivitas dapat teratasi sebagian karena kondisi pasien masih belum stabil dikarenakan tekanan darah dan nadi masih mengalami kenaikan dan penurunan yang tiba-tiba dan memerlukan observasi ketat.

## 5.2 Saran

Berdasarkan dari simpulan diatas, penulis memberikan saran sebagai berikut:

### 1. Bagi Keluarga

Diharapkan hasil studi kasus ini dapat menjadi tambahan pengetahuan yang bermanfaat bagi keluarga pasien tentang penyakit gagal jantung sehingga keluarga paham terhadap kondisi pasien dan dapat memberikan support kepada pasien.

### 2. Bagi Perawat

Bagi perawat ruangan, sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, keterampilan yang cukup serta dapat selalu berkoordinasi dengan tim kesehatan lainnya dalam memberikan asuhan keperawatan khususnya pada pasien dengan gagal jantung kongestive.

### 3. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan hasil studi kasus ini dapat menjadi acuan bagi rumah sakit untuk dapat memberikan pelayanan kesehatan dan mempertahankan hubungan yang baik antara tim kesehatan maupun dengan klien, sehingga dapat meningkatkan mutu pelayanan asuhan keperawatan yang optimal pada umumnya dan khususnya pada pasien dengan gagal jantung kongestive.

## DAFTAR PUSTAKA

- American Heart Association. 2012. Heart Disease and Stroke Facts, 2006 Update. Dallas, Texas: AHA
- Andra Saferi dkk. 2013. KMB 2: (Keperawatan Medikal Bedah Keperawatan Dewasa Teori dan Contoh Askep).Yogyakarta: Nuha Medik
- Brunner & Suddarth. 2012. Keperawatan Medikal Bedah. Jakarta : EGC
- Dinarti, & Muryanti, Y. (2017). Bahan Ajar Keperawatan: Dokumentasi Keperawatan.1–172.Retrieved from [http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wpcontent/uploads/2017/11/praktikadokumenkeperawatan -dafis. Pdf](http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wpcontent/uploads/2017/11/praktikadokumenkeperawatan-dafis.Pdf)
- Kemenkes RI. (2018). Hasil Utama Riskesdas 2018.
- Nurdamailaila.(2017). Congestive Heart Failure (Gagal Jantung. diakses pada tanggal 24/06/2022 melalui <https://nurdamailaia.blogspot.com/2017>.
- SDKI, T. P. P. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia* (II). Dewan Pengurus Pusat.
- SIKI, T. P. P. (2017). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia* (II). Dewan Pengurus Pusat.
- SLKI, T. P. P. (2017). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia* (II).Dewan Pengurus Pusat
- Udjianti, Wajan J. 2010. Keperawatan Kardiovaskuler. Jakarta: Salemba medika

Lampiran 1

*CURRICULUM VITAE*

Nama : Dui Wijayanti  
Nim : 2030046  
Program Studi : S-1 Keperawatan  
Tempat, Tanggal Lahir : Surabaya, 25 September 1984  
Alamat : Jl. Kupang Praupan I no 34 Surabaya  
Agama : Islam

Riwayat Pendidikan

1. SD Rahmat Surabaya
2. SLTP Negeri 25 Surabaya
3. SMU Negeri 8 Surabaya
4. D3 Keperawatan Poltekkes Kemenkes Surabaya
5. S1 Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya



Lampiran 2

**MOTTO**

*Kerja keras kerja cerdas*

Karya ilmiah ini saya persembahkan kepada :

1. Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan memberikan kesehatan sehingga karya ilmiah ini telah selesai dengan waktu yang tepat.
2. Suami yang tidak pernah berhenti mendoakan dan memberikan dukungan dalam menyelesaikan karya ilmiah akhir.
3. Teman ditempat kerja yang selalu memotivasi dalam menyelesaikan karya ilmiah akhir.
4. Teman-teman Profesi Ners STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah membantu dalam penyusunan karya ilmiah akhir yang tidak dapat disebutkan satu persatu.

**HALAMAN PENGESAHAN**

Karya Ilmiah Akhir dari :

Nama : Dui Wijayanti

NIM : 2030046

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

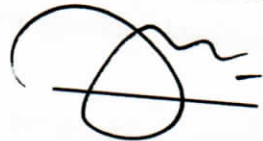
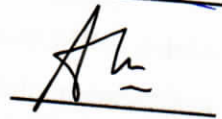
Judul : Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Tn.M Dengan  
Diagnosis Medis Congestive Heart Failure Di Ruang ICCU  
RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji karya ilmiah akhir di Stikes Hang  
Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk  
memperoleh gelar "NERS (Ns)" pada Prodi Pendidikan Profesi Ners Stikes Hang  
Tuah Surabaya.

Penguji I : Puji Hastuti, S.Kep.,Ns.,M.Kes  
NIP. 03010

Penguji II : Merina Widyastuti, S.Kep.,Ns.,M.Kep  
NIP. 03033

Penguji III : Kukuh Widodo, S.Psi.,S.Kep.,Ns  
NIP.197305181994031006



Mengetahui,  
Stikes Hang Tuah Surabaya  
Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners



Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep.,Ns., M.Kep  
NIP.03009

Ditetapkan di  
Tanggal

:STIKES Hang Tuah Surabaya

: 06 Juli 2022

## HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan kami amati, selaku pembimbing mahasiswa:

Nama : Dui Wijayanti  
NIM : 2030046  
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners  
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Tn.M Dengan Diagnosis Medis  
Congestive Heart Failure Di Ruang ICCU RSPAL dr.  
Ramelan Surabaya.

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui laporan karya ilmiah akhir ini guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar:

**NERS (Ns.)**

**Surabaya, Juli 2022**

**Pembimbing**



**Merina Widvastuti, S.Kep., Ns., M.Kep**  
NIP. 03033

**Pembimbing**



**Kukuh Widodo, S.Psi., S.Kep., Ns**  
NIP. 197305181994031006

**Mengetahui,**

**Stikes Hang Tuah Surabaya**

**Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners**



**Dr. Hidayatus Sya'diah, S.Kep., Ns., M.Kep**  
NIP. 03009