

**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN.M DENGAN  
DIAGNOSA MEDIS *CONGESTIVE HEART FAILURE* (CHF)  
DI RUANG CPU RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA**



**OLEH:**

**Bainatul Rochmah, S.Kep**  
**NIM.2130011**

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

**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN M DENGAN DIAGNOSA  
MEDIS CONGESTIVE HEART FAILURE (CHF) DI RUANG CPU  
RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA**

**Karya ilmiah akhir ini diajukan sebagai satu syarat  
untuk memperoleh gelar Ners (Ns)**



**OLEH:**

**Bainatul Rochmah, S.Kep**  
**NIM.2130011**

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

## **HALAMAN PERNYATAAN**

Saya bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ilmiah 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 plagiasi, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya menerima sanksi yang dijatuhkan oleh STIKES Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 07 Juli 2022  
Penulis

**Bainatul Rochmah, S. Kep.**  
**NIM. 2130011**

## HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

Nama : Bainatul Rochmah, S.Kep

NIM : 2130011

Program studi : Pendidikan profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan pada pasien Tn M dengan diagnosa medis  
Congestive Heart Failure (CHF) di ruang CPU RSPAL Dr.  
Ramelan Surabaya

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa karya tulis ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar:

**NERS (Ns)**

**Surabaya, 07 Juli 2022**

**Pembimbing STIKES**

**Pembimbing Lahan**

**Dwi Priyantini, S.Kep.Ns.,MSc**  
NIP 03006

**Irma Zuhalfa S.K**  
NIP. 196807030199032001

**Mengetahui,**  
**KA PRODI PENDIDIKANPROFESI NERS**  
**STIKES HANG TUAH SURABAYA**

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

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya  
Tanggal : 07 Juli 2022

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini dari :

Nama : Bainatul Rochmah, S.Kep

NIM : 2130011

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan pada pasien Tn M dengan diagnosa medis  
Congestive Heart Failure (CHF) di ruang CPU 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” pada Prodi Pendidikan Profesi Ners Stikes  
Hang Tuah Surabaya.

Penguji I : Nuh Huda, S. Kep., Ns., M.Kep., Sp. Kep.MB. \_\_\_\_\_  
NIP. 03020

Penguji II : Dwi Priyantini, S. Kep., Ns., M. Sc. \_\_\_\_\_  
NIP 03006

Penguji III : Irma Zuhailifa, S.Kep.Ns. \_\_\_\_\_  
NIP 196807030199032001

**Mengetahui,**  
**KA PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS**  
**STIKES HANG TUAH SURABAYA**

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

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya  
Tanggal : 7 Juli 2022

## KATA PENGANTAR

Puji syukur atas kehadiran Allah SWT atas limpahan Rahmat dan Hidayah Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir 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 akhir ini bukan hanya karena kemampuan penulis saja, tetapi banyak bantuan dari berbagai pihak yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesaikannya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada:

1. Laksamana Pertama TNI dr Gigih Imanta, J., Sp.PD.,FINASIM.,MM selaku kepala RSAL Dr. Ramelan Surabaya, yang telah memberi izin dan lahan praktik untuk penyusunan karya ilmiah akhir pendidikan Profesi Ners.
2. Laksamana Pertama (Purn) Dr AV Sri Suhardiningsih, S.Kep., M.Kes selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada penulis dalam menyelesaikan pendidikan profesi ners di STIKES Hang Tuah Surabaya.
3. Puket 1, Puket 2 STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada penulis dalam menyelesaikan pendidikan profesi ners di STIKES Hang Tuah Surabaya.
4. Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners yang selalu memberikan support dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.

5. Ibu Dwi Priyantini, S.Kep.Ns.,MSc selaku pembimbing pendidikan dan penguji 1 yang penuh kesabaran dan penuh perhatian memberikan saran, kritik dan bimbingan demi kesempurnaan penyusunan karya ilmiah akhir ini.
6. Bu Irma Zuhailifa, S.Kep.Ns selaku pembimbing lahan dan penguji 2 Karya Ilmiah Akhir yang memberikan saran, kritik dan bimbingan demi kesempurnaan penyusunan karya ilmiah akhir ini.
7. Seluruh staf dan karyawan STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan bantuan dalam kelancaran proses belajar di perkuliahan.
8. Teman-teman satu angkatan profesi Ners di STIKES Hang Tuah Surabaya yang selalu bersama-sama dan menemani dalam pembuatan karya tulis ini.
9. Suami, Orang Tua, Anak serta saudara-saudara kami yang telah memberikan support dan Doa nya
10. Mbak Nisa Arfi Serta Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya.

Semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini. Selanjutnya penulis menyadari bahwa Karya Ilmiah Akhir ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan, maka saran dan kritik senantiasa penulis harapkan. Semoga Karya Ilmiah Akhir ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama Civitas akademika STIKES Hang Tuah Surabaya

Surabaya, Juli 2022

Penulis

## DAFTAR ISI

<b>COVER</b> .....	<b>i</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN</b> .....	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN</b> .....	<b>iii</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	<b>iv</b>
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>v</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>vii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>ix</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>x</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</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 .....	3
1.3 Tujuan Penelitian .....	4
1.3.1 Tujuan Umum .....	4
1.3.2 Tujuan Khusus .....	4
1.4 Manfaat Penelitian .....	5
1.4.1 Manfaat Teoritis .....	5
1.4.2 Manfaat praktis .....	5
1.5 Metode Penulisan .....	5
1.5.1 Metoda.....	5
1.5.2 Teknik Pengumpulan Data .....	5
1.5.3 Sumber Data .....	6
1.5.4 Sistematika Penulisan.....	6
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>8</b>
2.1 Konsep Penyakit .....	8
2.1.1 Definisi <i>Congestive Heart Failure</i> (CHF).....	8
2.1.2 Anatomi dan Fisiologi Jantung .....	9
2.1.3 Etiologi <i>Congestive Heart Failure</i> (CHF).....	14
2.1.4 Manifestasi Klinis <i>Congestive Heart Failure</i> (CHF).....	16
2.1.5 Klasifikasi <i>Congestive Heart Failure</i> (CHF) .....	18
2.1.6 Patofisiologi <i>Congestive Heart Failure</i> (CHF) .....	18
2.1.7 Patway <i>Congestive Heart Failure</i> (CHF).....	21
2.1.8 Pemeriksaan Penunjang.....	22
2.1.9 Penatalaksanaan <i>Congestive Heart Failure</i> (CHF).....	23
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan <i>Congestive Heart Failure</i> (CHF).....	23
2.2.1 Pengkajian.....	23
2.2.2 Diagnosa Keperawatan .....	27
2.2.3 Intervensi Keperawatan .....	32
2.2.4 Implementasi Keperawatan .....	37
2.2.5 Evaluasi Keperawatan .....	37
<b>BAB 3 TINJAUAN KASUS</b> .....	<b>39</b>
3.1 Pengkajian.....	39
3.1.1 Identitas .....	39
3.1.2 Riwayat Sakit dan Kesehatan .....	39

3.1.3	Pemeriksaan Fisik .....	41
3.1.4	Pemeriksaan Penunjang.....	44
3.1.5	Lembar Pemberian Terapi .....	45
3.2	Diagnosa Keperawatan.....	46
3.2.1	Analisa Data.....	46
3.2.2	Prioritas Masalah Keperawatan .....	49
3.3	Rencana Asuhan Keperawatan .....	50
3.4	Implementasi & Evaluasi.....	57
<b>BAB 4</b>	<b>PEMBAHASAN .....</b>	<b>67</b>
4.1	Pengkajian.....	67
4.1.1	Riwayat Kesehatan.....	67
4.1.2	Pemeriksaan Fisik Persistem .....	68
4.2	Diagnosa Keperawatan.....	72
4.3	Perencanaan Keperawatan.....	75
4.4	Pelaksanaan Keperawatan .....	78
4.5	Evaluasi Keperawatan .....	80
<b>BAB 5</b>	<b>PENUTUP .....</b>	<b>83</b>
5.1	Simpulan.....	83
5.2	Saran.....	84
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	<b>.....</b>	<b>88</b>

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Anatomi jantung.....	9
Gambar 2.2	Kedudukan jantung dalam perbandingan terhadap sternum, Iga-iga, dan tulang rawan konstal.....	10
Gambar 2.3	Katup-katup jantung.....	11
Gambar 2.4	Pathway CHF.....	21

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Klasifikasi Fungsional CHF.....	18
Tabel 2.2	Intervensi keperawatan CHF.....	33
Tabel 3.1	Pemeriksaan penunjang.....	44
Tabel 3.2	Lembar pemberian terapi.....	45
Tabel 3.3	Diagnosa Keperawatan.....	46
Tabel 3.4	Prioritas Masalah.....	47
Tabel 3.5	Rencana Asuhan Keperawatan.....	48
Tabel 3.6	Implementasi dan Evaluasi.....	51

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 <i>Curriculum Vitae</i> .....	90
Lampiran 2 Motto dan Persembahan .....	91
Lampiran 3 Lembar Observasi Perawatan Intensif .....	92

## DAFTAR SINGKATAN

CHF	: <i>Congestive Heart Failure</i>
AHA	: <i>American Heart Association</i>
KTE	: Kejadian Tromboemboli
NYHA	: <i>New York Heart Association</i>
EKG	: Ekokardiografi
BUN	: <i>Blood Ureum Nitrogen</i>
ACEI	: <i>Angiotensin Converting Enzym Inhibitor</i>
ARB	: <i>Angiotensin Receptor Blocker</i>
PAWP	: <i>Pulmonary Artery Wedge Pressure</i>

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

*Congestive Heart Failure* (CHF) atau gagal jantung kongestif yakni suatu kondisi jantung mengalami kegagalan dalam memompa darah untuk mencukupi kebutuhan sel-sel tubuh akan nutrisi dan oksigen secara adekuat (Adli & Wullur, 2019). Hal itu menyebabkan peregangan ruang jantung yang digunakan untuk menampung darah lebih banyak untuk dipompa keseluruh tubuh atau mengakibatkan otot jantung kaku dan menebal. Sehingga, jantung dapat memompa dalam waktu yang singkat dan otot dinding jantung melemah. Akibatnya ginjal sering merespons untuk menahan air dan garam. Hal itu menyebabkan cairan dalam beberapa organ tubuh seperti tangan, kaki, paru atau organ lainnya terbenjeng sehingga menyebabkan bengkak (Bariyatun, 2018). *Congestive Heart Failure* (CHF) adalah ketidakmampuan jantung dalam memompa darah yang adekuat untuk memenuhi kebutuhan jaringan akan oksigen dan nutrisi yang cukup sehingga menyebabkan curah jantung yang seharusnya normal menjadi menurun dan menimbulkan hipervolemi dada (Narolita, 2018). Gagal jantung menyebabkan curah jantung menurun, menyebabkan hipertrofi ventrikel, pemendekan miokard pengisian LV menurun, aliran tidak adekuat ke jantung dan otak, menyebabkan risiko tinggi penurunan curah jantung, kemudian penurunan suplai O<sub>2</sub> ke miokard, sehingga menyebabkan peningkatan hipoksia jaringan miokardium, dan menyebabkan perubahan metabolisme miokardium sehingga menimbulkan hipervolemi dada. (Purba, 2016).

*Congestive Heart Failure* (CHF) merupakan penyakit penyebab kematian terbanyak ke dua setelah stroke, hal ini terlihat dari angka kejadian penyakit CHF yang terus mengalami peningkatan, baik di negara maju maupun negara berkembang. Menurut *American Heart Association* (AHA) tahun 2012 dilaporkan bahwa ada sekitar 5,3 juta penduduk Amerika Serikat yang menderita gagal jantung (Kementerian Kesehatan RI, 2020) (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2013) Berdasarkan diagnosis dokter prevalensi penyakit gagal jantung di Indonesia tahun 2013 sebesar 0,13% dari total penduduk berusia 18 tahun keatas atau di perkirakan sekitar 229.696 orang, sedangkan berdasarkan diagnosis dokter gejala sebesar 0,3% atau sebesar 530.068 orang. Berdasarkan diagnosis dokter estimasi jumlah gagal jantung terbanyak terdapat di propinsi Jawa Timur sebanyak 54.826 orang (0,19%) (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2013) . Untuk Kasus gagal jantung di RSPAL Dr Ramelan sendiri tahun 2021 adalah sebanyak 55 kasus, sedangkan tahun 2022 sampai bulan Juli adalah sebanyak 20 pasien. (Rekam medis RSPAL, 2021).

Akibat penyakit gagal jantung kongestif atau *Congestive Heart Failure* pasien mengalami kelelahan dan dyspnea yang menyebabkan menurunnya kualitas hidupnya (Akhmad, 2018) sehingga banyak kasus CHF yang tanpa disadari sangat mengancam nyawa. Adapun ciri khas pasien CHF bisa kita lihat dengan adanya hipervolemi dada pada pasien CHF adanya edema pada kaki, mudah lelah hingga pada saat beraktivitas, kenaikan berat badan, dan sering BAK pada malam hari, adapun gejala jika semakin buruk yaitu denyut jantung tidak teratur, batuk-batuk karena pembengkakan paru, Napas berbunyi atau mengi, Sesak napas saat melakukan aktivitas fisik ringan atau ketika sedang berbaring, Sulit beraktivitas

karena tubuh akan cepat merasa Lelah. Apabila tidak segera di tangani akan mengakibatkan pasien mengalami gelisah, imobilisasi, menghindari penurunan rentang tentang perhatian, stress dan ketegangan yang akan menimbulkan respon fisik dan psikis (Pratintya, 2014). Komplikasi dari CHF dapat menimbulkan beberapa komplikasi seperti aritmia, kejadian tromboemboli (KTE), komplikasi saluran cerna, dan pernapasan. Jenis aritmia yang berbahaya dan sering dialami pasien dengan gagal jantung antara lain fibrilasi atrium (atrial fibrillation/AF) dan aritmia ventrikuler yang berakhir dengan kematian.

Berdasarkan penjelasan di atas bagaimana pentingnya memberikan informasi pada pasien yang mengalami CHF, dan diharapkan untuk rajin berolahraga sesuai kemampuan, berhenti atau tidak merokok, mengurangi makanan yang mengandung kadar garam dan lemak yang tinggi, dan rajin untuk selalu mengecek kesehatan di fasilitas kesehatan terdekat, dan jika merasakan apa yang ada dalam gejala pada CHF segera konsultasi ke dokter, sehingga insiden kematian bisa di cegah. Maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian/studi kasus tentang Asuhan Keperawatan pada Klien yang mengalami *Congestive Heart Failure* (CHF) dengan masalah keperawatan Hipervolemi di Ruang CPU RSPAL Dr Ramelan Surabaya.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Untuk mengetahui lebih lanjut perawatan pada pasien dengan *Congestive Heart Failure* (CHF), maka penulis akan melakukan kajian lebih lanjut dengan melakukan dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimanakah Asuhan Keperawatan pada pasien Tn. M dengan diagnosa medis *Congestive Heart Failure* (CHF) di Ruang CPU RSPAL Dr Ramelan Surabaya?”

### **1.3 Tujuan Penelitian**

#### 1.3.1 Tujuan Umum

Melaksanakan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami *Congestive Heart Failure* (CHF) dengan masalah keperawatan hipervolemia di Ruang CPU RSPAL Dr Ramelan Surabaya.

#### 1.3.2 Tujuan Khusus

- 1 Melakukan pengkajian keperawatan pada klien yang mengalami diagnosa medis *Congestive Heart Failure* (CHF) di Ruang CPU RSPAL Dr Ramelan Surabaya.
- 2 Menetapkan diagnosis keperawatan pada klien yang mengalami diagnosa medis *Congestive Heart Failure* (CHF) di Ruang CPU RSPAL Dr Ramelan Surabaya.
- 3 Menyusun rencana keperawatan pada klien yang mengalami diagnosa medis *Congestive Heart Failure* (CHF) di Ruang CPU RSPAL Dr Ramelan Surabaya.
- 4 Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien yang mengalami diagnosa medis *Congestive Heart Failure* (CHF) di Ruang CPU RSPAL Dr Ramelan Surabaya.
- 5 Melakukan evaluasi pada klien yang mengalami diagnosa medis *Congestive Heart Failure* (CHF) di Ruang CPU RSPAL Dr Ramelan Surabaya.

## **1.4 Manfaat Penelitian**

### 1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil studi kasus ini diharapkan akan berguna bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan kegawatdaruratan pada pasien Tn. M dengan diagnose medis *Congestive Heart Failure* (CHF) di Ruang CPU RSPAL Dr Ramelan Surabaya.

### 1.4.2 Manfaat praktis

1. Bagi perawat hasil peneliti ini dapat digunakan sebagai pedoman untuk memberikan asuhan keperawatan pada pasien *Congestive Heart Failure*
2. Bagi management diharapkan hasil penelitian dapat dijadikan pegangan kepala ruangan dalam melakukan monitoring atau supervisi tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien *Congestive Heart Failure*

## **1.5 Metode Penulisan**

### 1.5.1 Metoda

Penulis menggunakan metoda studi kasus yakni metoda yang memusatkan perhatian pada satu obyek tertentu yang diangkat sebagai sebuah kasus untuk dikaji secara mendalam sehingga mampu membongkar realitas dibalik fenomena.

### 1.5.2 Teknik Pengumpulan Data

#### 1. Wawancara

Data diambil atau diperoleh melalui pengkajian baik dengan pasien, keluarga, maupun tim kesehatan lain.

#### 2. Observasi

3. Data yang diambil melalui pengamatan secara langsung terhadap keadaan,

reaksi, sikap dan perilaku pasien yang dapat diamati Pemeriksaan baik pemeriksaan fisik, laboratorium serta pemeriksaan penunjang lainnya yang dapat menegakkan diagnose dan penanganan selanjutnya.

### 1.5.3 Sumber Data

1. Data Primer, adalah data yang diperoleh dari pasien
2. Data Sekunder, adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat dengan pasien, catatan medis perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.
3. Studi Kepustakaan, yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis dan masalah yang dibahas.

### 1.5.4 Sistematika Penulisan

Dalam studi kasus secara keseluruhan dibagi dalam 3 bagian, yaitu:

1. Bagian awal memuat halaman judul, surat pernyataan keaslian, halaman persetujuan, halaman pengesahan, kata pengantar, daftar isi, daftar gambar, daftar tabel dan daftar lampiran.
2. Bagian inti meliputi lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini:

BAB 1: Pendahuluan yang berisi tentang latar belakang masalah, perumusan masalah, tujuan penelitian, manfaat penelitian, metode penulisan dan sistematika penulisan.

BAB 2: Tinjauan pustaka yang berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pada lansia dengan CHF

BAB 3: Hasil yang berisi tentang data hasil pengkajian, diagnose keperawatan, dan evaluasi dari pelaksanaan.

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

BAB 5: Simpulan dan saran

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

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Pada bab ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan *Congestive Heart Failure* (CHF). Konsep penyakit akan diuraikan definisi, etiologi, dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul pada penyakit *Congestive Heart Failure* (CHF) dengan melakukan asuhan keperawatan yang terdiri dari Pengkajian, Diagnosa, Perencanaan, Penatalaksanaan dan Evaluasi.

#### **2.1 Konsep Penyakit**

##### 2.1.1 Definisi *Congestive Heart Failure* (CHF)

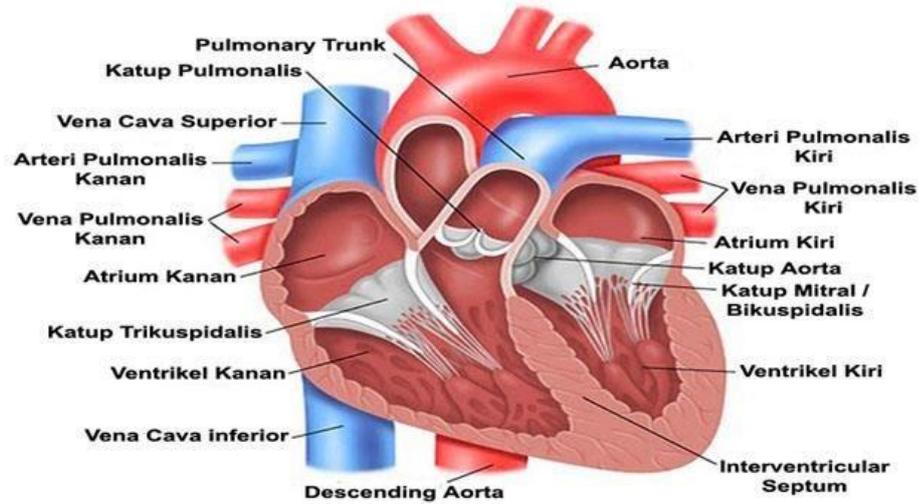
Gagal jantung adalah suatu keadaan patofisiologi dimana jantung gagal mempertahankan sirkulasi adekuat untuk kebutuhan tubuh meskipun tekanan pengisian cukup (Ongkowitz & Wantania, 2016).

Gagal jantung adalah sindrome klinis (sekumpulan tanda dan gejala), ditandai oleh sesak napas dan fatigue (saat istirahat atau saat aktivitas) yang disebabkan oleh kelainan struktur atau fungsi jantung. Gagal jantung disebabkan oleh gangguan yang menghabiskan terjadinya pengurangan pengisian ventrikel (disfungsi diastolik) dan atau kontraktilitas miokardial (disfungsi sistolik) (Sudoyo Aru,dkk 2009) dalam (Nurarif & Kusuma, 2015).

Gagal jantung kongestif adalah keadaan ketika jantung tidak mampu lagi memompakan darah secukupnya dalam memenuhi kebutuhan sirkulasi tubuh untuk keperluan metabolisme jaringan tubuh pada kondisi tertentu, sedangkan tekanan pengisian kedalam jantung masih cukup tinggi (Aspani, 2016).

## 2.1.2 Anatomi dan Fisiologi Jantung

### 1 Anatomi Jantung



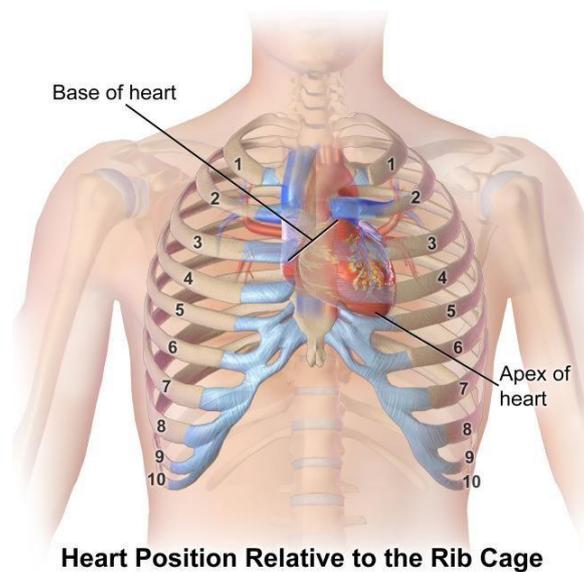
**Gambar 2.1** Anatomi Jantung

Sumber : (Narolita, 2018)

Sistem peredaran darah terdiri atas jantung, pembuluh darah, dan saluran limfe. Jantung merupakan organ pemompa besar yang memelihara peredaran melalui seluruh tubuh. Arteri membawa darah dari jantung. Vena membawa darah ke jantung. kapiler menggabungkan arteri dan vena, terentang diantaranya dan merupakan jalan lalu lintas antara makanan dan bahan buangan. Disini juga terjadi pertukaran gas dalam cairan ekstraseluler dan interstisial (Rahmadhani, 2020).

Jantung adalah organ berupa otot, berbentuk kerucut, berongga, basisnya diatas, dan puncaknya dibawah. Apeksnya (puncaknya) miring kesebelah kiri. Berat jantung kira-kira 300 gram.

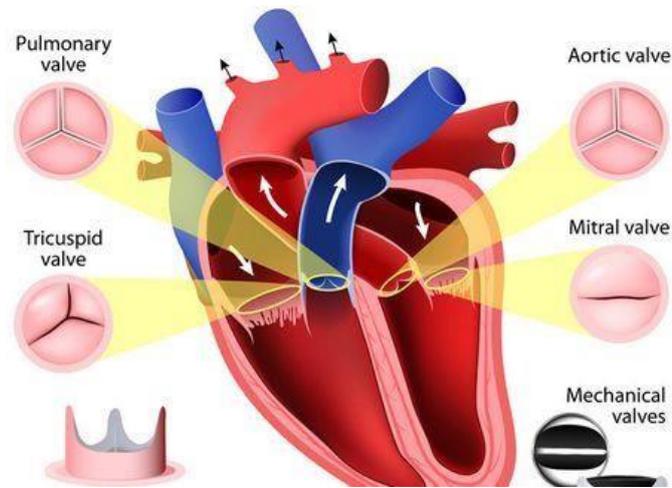
- a. Kedudukan jantung : jantung berada didalam toraks, antara kedua paru-paru dan dibelakang sternum, dan lebih menghadap ke kiri daripada ke kanan. (*lihat Gambar 2.2*).



**Gambar 2.2** Kedudukan Jantung dalam Perbandingan Terhadap Sternum, Iga-Iga, dan Tulang Rawan Konstal.

Sumber : (<https://www.nerslicious.com/anatomi-fisiologi-darah/>, n.d.)

- b. Lapisan Jantung terdiri atas 3 lapisan yaitu :
- 1) Epikardium merupakan lapisan terluar, memiliki struktur yang sama dengan perikardium viseral.
  - 2) Miokardium, merupakan lapisan tengah yang terdiri atas otot yang berperan dalam menentukan kekuatan kontraksi.
  - 3) Endokardium, merupakan lapisan terdalam terdiri atas jaringan endotel yang melapisi bagian dalam jantung dan menutupi katup jantung.
- c. Katup jantung : berfungsi untuk mempertahankan aliran darah searah melalui bilik jantung. ada dua jenis katup, yaitu katup atrioventrikular dan katup semilunar. (*lihat Gambar 2.3*)



**Gambar 2.3** Katup-Katup Jantung

Sumber : (<https://www.nerslicious.com/anatomi-fisiologi-darah/>, n.d.)

- 1) 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.
- 2) 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 masing-masing ventrikel ke arteri pulmonalis atau aorta selama sistole ventrikel dan mencegah aliran balik ke ventrikel sewaktu diastole ventrikel

- d. Ruang 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. 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 (Rahmadhani, 2020).

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 ber kontraksi. 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 :

a. Beban awal (pre-load)

- 1) 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.
- 2) 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.
- 3) Isi ventrikel ini menyebabkan peregangan pada serabut miokardium.
- 4) 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.
- 5) 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.
- 6) 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.

b. Daya kontraksi

- 1) Kekuatan kontraksi otot jantung sangat berpengaruh terhadap curah jantung, makin kuat kontraksi otot jantung dan tekanan ventrikel.

- 2) Daya kontraksi dipengaruhi oleh keadaan miokardium, keseimbangan elektrolit terutama kalium, natrium, kalsium, dan keadaan konduksi jantung.
- c. Beban akhir (After-load)
- 1) After load adalah jumlah tegangan yang harus dikeluarkan ventrikel selama kontraksi untuk mengeluarkan darah dari ventrikel melalui katup semilunar aorta.
  - 2) 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.
  - 3) Kondisi yang menyebabkan beban akhir meningkat akan mengakibatkan penurunan isi sekuncup.
  - 4) 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.
  - 5) Curah jantung meningkat pada waktu melakukan kerja otot, stress, peningkatan suhu lingkungan, kehamilan, setelah makan, sedangkan saat tidur curah jantung akan menurun.

### 2.1.3 Etiologi *Congestive Heart Failure* (CHF)

Secara umum penyebab gagal jantung dikelompokkan sebagai berikut :

(Aspani, 2016)

- a. Disfungsi miokard
- b. Beban tekanan berlebihan-pembebanan sistolik (*sistolic over load*).
  - a. Volume : defek septum atrial, defek septum ventrikel,duktus

arteriosus paten

- b. Tekanan : stenosis aorta, stenosis pulmonal, koarktasiaorta
- c. Disaritmia
- c. Beban volume berlebihan-pembebanan diastolik (*diastolic over load*)
- d. Peningkatan kebutuhan metabolik (*demand oveload*)

Menurut Smeltzer (2013) dalam Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah, gagal jantung disebabkan dengan berbagai keadaan seperti :

- a. Kelainan otot jantung

Gagal jantung sering terjadi pada penderita kelainan otot jantung, disebabkan menurunnya kontraktilitas jantung. Kondisi yang mendasari penyebab kelainan fungsi otot jantung mencakup aterosklerosis koroner, hipertensi arterial dan penyakit degeneratif atau inflamasi misalnya kardiomiopati. Peradangan dan penyakit miocardium degeneratif, berhubungan dengan gagal jantung karena kondisi ini secara langsung merusak serabut jantung, menyebabkan kontraktilitas menurun.

- b. Aterosklerosis koroner

Aterosklerosis koroner mengakibatkan disfungsi miokardium karena terganggunya aliran darah ke otot jantung. Terjadi hipoksia dan asidosis (akibat penumpukan asam laktat). Infark miokardium (kematian sel jantung) biasanya mendahului terjadinya gagal jantung. Infark miokardium menyebabkan pengurangan kontraktilitas, menimbulkan gerakan dinding yang abnormal dan mengubah daya kembang ruang jantung .

- c. Hipertensi Sistemik atau pulmonal (peningkatan after load)

Meningkatkan beban kerja jantung dan pada gilirannya mengakibatkan

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

d. Penyakit jantung lain

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

e. Faktor sistemik

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

#### 2.1.4 Manifestasi Klinis *Congestive Heart Failure* (CHF)

##### 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 dideteksi melalui auskultasi.

- b. Dispnea saat beraktifitas (DOE), ortopnea, dispnea nocturnal paroksismal (PND).
- 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 di malam 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, keletihan.

## 2. Gagal Jantung Kanan

Kongestif jaringan perifer dan viscelar menonjol, karena sisi kanan jantung tidak mampu mengosongkan volume darah dengan adekuat sehingga tidak dapat mengakomodasikan semua darah yang secara normal kembali dari sirkulasi vena.

- a. Edema ekstremitas bawah
- b. Distensi vena leher dan escites
- c. Hepatomegali dan hipervolemi tekan pada kuadran kanan atas abdomen terjadi akibat pembesaran vena dihepar.
- d. Anorexia dan mual
- e. Kelemahan

### 2.1.5 Klasifikasi Congestive Heart Failure (CHF)

Klasifikasi Fungsional gagal jantung menurut *New York Heart Association* (NYHA), sebagai berikut :

**Tabel 2.1** Klasifikasi Fungsional *Congestive Heart Failure* (CHF)

Kelas 1	Tidak ada batasan : aktivitas fisik yang biasa tidak menyebabkan dispnea napas, palpitasi atau kelelahan berlebihan
Kelas 2	Gangguan aktivitas ringan : merasa nyaman ketika beristirahat, tetapi aktivitas biasa menimbulkan kelelahan dan palpitasi.
Kelas 3	Keterbatasan aktifitas fisik yang nyata : merasa nyaman ketika beristirahat, tetapi aktivitas yang kurang dari biasa dapat menimbulkan gejala.
Kelas 4	Tidak dapat melakukan aktifitas fisik apapun tanpa merasa tidak nyaman : gejala gagal jantung kongestif ditemukan bahkan pada saat istirahat dan ketidaknyamanan semakin bertambah ketika melakukan aktifitas fisik apapun.

Sumber : (Aspiani,2016)

### 2.1.6 Patofisiologi Congestive Heart Failure (CHF)

Kekuatan jantung untuk merespon stress tidak mencukupi dalam memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh. Jantung akan gagal melakukan tugasnya sebagai organ pemompa, sehingga terjadi yang namanya gagal jantung. Pada tingkat awal disfungsi komponen pompa dapat mengakibatkan kegagalan jika cadangan jantung normal mengalami payah dan kegagalan respon fisiologis tertentu pada penurunan curah jantung. Semua respon ini menunjukkan upaya tubuh untuk mempertahankan perfusi organ vital normal. (Aspiani,2016)

Sebagai respon terhadap gagal jantung ada tiga mekanisme respon primer yaitu meningkatnya aktivitas adrenergik simpatis, meningkatnya beban awal akibat aktifitas neurohormon, dan hipertrofi ventrikel. Ketiga respon ini mencerminkan usaha untuk mempertahankan curah jantung. Mekanisme-

mekanisme ini mungkin memadai untuk mempertahankan curah jantung pada tingkat normal atau hampir normal pada gagal jantung dini pada keadaan normal.

Mekanisme dasar dari gagal jantung adalah gangguan kontraktilitas jantung yang menyebabkan curah jantung lebih rendah dari curah jantung normal. Bila curah jantung berkurang, sistem saraf simpatis akan mempercepat frekuensi jantung untuk mempertahankan curah jantung. Bila mekanisme ini gagal, maka volume sekuncup yang harus menyesuaikan. Volume sekuncup adalah jumlah darah yang dipompa pada setiap kontraksi, yang dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu preload (jumlah darah yang mengisi jantung), kontraktilitas (perubahan kekuatan kontraksi yang terjadi pada tingkat sel yang berhubungan dengan perubahan panjang serabut jantung dan kadar kalsium), dan afterload (besarnya tekanan ventrikel yang harus dihasilkan untuk memompa darah melawan perbedaan tekanan yang ditimbulkan oleh tekanan arteri). Apabila salah satu komponen itu terganggu maka curah jantung akan menurun.

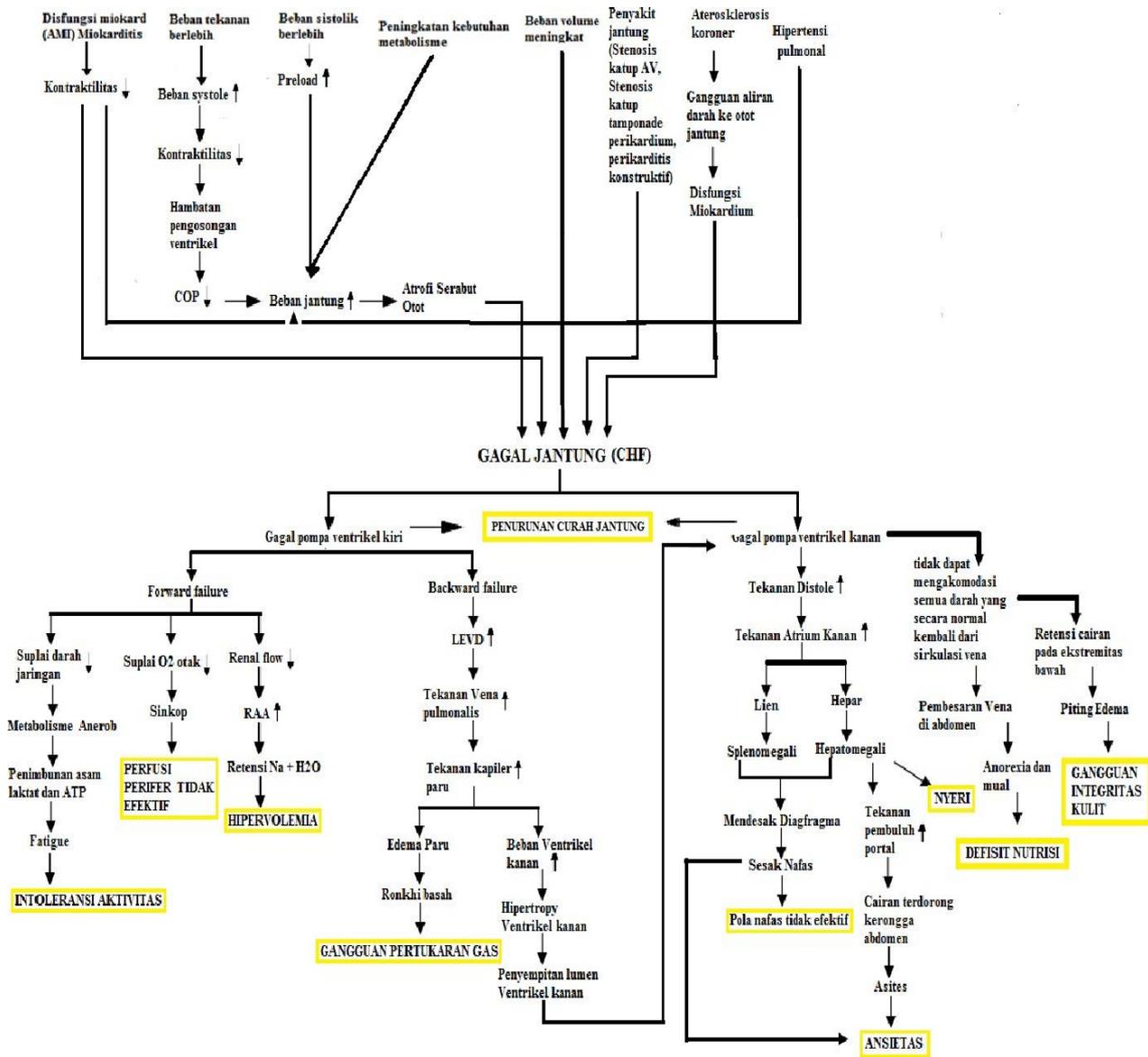
Kelainan fungsi otot jantung disebabkan karena aterosklerosis koroner, hipertensi arterial dan penyakit otot degeneratif atau inflamasi. Aterosklerosis koroner mengakibatkan disfungsi miokardium karena terganggu alirannya darah ke otot jantung. Terjadi hipoksia dan asidosis (akibat penumpukan asam laktat). Infark miokardium biasanya mendahului terjadinya gagal jantung. Hipertensi sistemik atau pulmonal (peningkatan afterload) meningkatkan beban kerja jantung pada gilirannya mengakibatkan hipertrofi serabut otot jantung. Efek (hipertrofi miokard) dapat dianggap sebagai mekanisme kompensasi karena akan meningkatkan kontraktilitas jantung.

Peradangan dan penyakit miokardium degeneratif berhubungan dengan

gagal jantung karena kondisi ini secara langsung merusak serabut jantung, menyebabkan kontraktilitas menurun. Ventrikel kanan dan kiri dapat mengalami kegagalan secara terpisah. Gagal ventrikel kiri paling sering mendahului gagal jantung ventrikel kanan. Gagal ventrikel kiri murni sinonim dengan edema paru akut. Karena curah ventrikel berpasangan atau sinkron, maka kegagalan salah satu ventrikel dapat mengakibatkan penurunan perfusi jaringan (Rosyid & Marhana, 2018).

2.1.7 Patway Congestive Heart Failure (CHF)

Gambar 2.4 Patway Congestive Heart Failure (CHF)



Sumber : (WOC) dengan menggunakan Standar Diganosa Keperawatan Indonesia dalam (PPNI,2017)

### 2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan Penunjang yang dapat dilakukan pada pasien dengan kasus gagal jantung kongestive di antaranya sebagai berikut :

- a. Elektrokardiogram : Hiperatropi atrial atau ventrikuler, penyimpangan aksis, iskemia, disaritmia, takikardia, fibrilasi atrial.
- b. Uji stress : Merupakan pemeriksaan non-invasif yang bertujuan untuk menentukan kemungkinan iskemia atau infeksi yang terjadi sebelumnya.
- c. Ekokardiografi
  1. Ekokardiografi model M (berguna untuk mengevaluasi volume balik dan kelainan regional, model M paling sering dipakai dan ditanyakan bersama EKG)
  2. Ekokardiografi dua dimensi (CT scan)
  3. Ekokardiografi dopler (memberikan pencitraan dan pendekatan transesofageal terhadap jantung)
- d. Katerisasi jantung : Tekanan abnormal merupakan indikasi dan membantu membedakan gagal jantung kanan dan kiri dan stenosis katup atau insufisiensi
- e. Radiografi dada : Dapat menunjukkan pembesaran jantung. Bayangan mencerminkan dilatasi atau hipertropi bilik, atau perubahan dalam pembuluh darah abnormal
- f. Elektrolit : Mungkin berubah karena perpindahan cairan/penurunan fungsi ginjal terapi diuretik
- g. Oksimetri nadi : Saturasi oksigen mungkin rendah terutama jika gagal jantung kongestif akut menjadi kronis.

- h. Analisa gas darah : Gagal ventrikel kiri ditandai dengan alkalosis respiratory ringan (dini) atau hipoksemia dengan peningkatan PCO<sub>2</sub> (akhir)
- i. Blood ureum nitrogen (BUN) dan kreatinin : Peningkatan BUN menunjukkan penurunan fungsi ginjal. Kenaikan baik BUN dan kreatinin merupakan indikasi
- j. Pemeriksaan tiroid : Peningkatan aktifitas tiroid menunjukkan hiperaktifitas tiroid sebagai pencetus gagal jantung.

#### 2.1.9 Penatalaksanaan *Congestive Heart Failure* (CHF)

Penatalaksanaan gagal jantung dibagi menjadi 2 terapi yaitu sebagai berikut:

##### a. Terapi farmakologi :

Terapi yang dapat diberikan 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.

##### b. Terapi non farmakologi :

Terapi non farmakologi yaitu antara lain tirah baring, perubahan gaya hidup, pendidikan kesehatan mengenai penyakit, prognosis, obat-obatan serta pencegahan kekambuhan, monitoring dan kontrol faktor resiko.

## 2.2 Konsep Asuhan Keperawatan *Congestive Heart Failure* (CHF)

### 2.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses dimana kegiatan yang dilakukan yaitu: mengumpulkan data, mengelompokkan data dan menganalisa data. Data fokus pengkajian keperawatan pada pasien dengan *Congestive Heart*

*Failure* (CHF) meliputi mendapatkan riwayat kesehatan, melakukan pemeriksaan fisik, dan memantau hasil tes hematologi, pemenuhan kebutuhan cairan dan elektrolit serta kebutuhan nutrisi. (Rahmadhani, 2020)

1. Identitas :

- 1) Identitas pasien : Nama, umur, tempat tanggal lahir, jenis kelamin, alamat, pekerjaan, suku/bangsa, agama, status perkawinan, tanggal masuk rumah sakit (MRS), nomor register, dan diagnosa medik.
- 2) Identitas Penanggung Jawab: Nama, umur, jenis kelamin, alamat, pekerjaan, serta status hubungan dengan pasien.

2. Keluhan utama

- 1) Sesak saat bekerja, dipsnea nokturnal paroksimal, ortopnea
- 2) Lelah, pusing
- 3) Hipervolemi dada
- 4) Edema ekstremitas bawah
- 5) Nafsu makan menurun, nausea, distensi abdomen
- 6) Urine menurun

3. Riwayat penyakit sekarang

Pengkajian yang mendukung keluhan utama dengan 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.

4. Riwayat penyakit dahulu

Untuk mengetahui riwayat penyakit dahulu tanyakan kepada pasien apakah

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

Riwayat penyakit keluarga

Apakah ada keluarga pasien yang menderita penyakit jantung, dan penyakit keturunan lain seperti DM, Hipertensi.

Pengkajian data

Aktifitas dan istirahat : adanya kelelahan, insomnia, letargi, kurang istirahat, sakit dada, dispnea pada saat istirahat atau saat beraktifitas.

Sirkulasi : riwayat hipertensi, anemia, syok septik, asites, disaritmia, fibrilasi atrial, kontraksi ventrikel prematur, peningkatan JVP, sianosis, pucat.

Respirasi : dispnea pada waktu aktifitas, takipnea, riwayat penyakit paru.

Pola makan dan cairan : hilang nafsu makan, mual dan muntah.

Eliminasi : penurunan volume urine, urin yang pekat, nokturia, diare atau konstipasi.

Neurologi : pusing, penurunan kesadaran, disorientasi.

Interaksi sosial : aktifitas sosial berkurang

Rasa aman : perubahan status mental, gangguan pada kulit/dermatitis

Pemeriksaan fisik

Keadaan Umum : Kesadaran dan keadaan emosi, kenyamanan, distress, sikap dan tingkah laku pasien.

Tanda-tanda Vital :

Tekanan Darah, Nilai normalnya : Nilai rata-rata sistolik : 110-140 mmHg Nilai

rata-rata diastolik : 80-90 mmHg

Nadi, Nilai normalnya : Frekuensi : 60-100x/menit (bradikardi atau takikardi)

Pernapasan, Nilai normalnya : Frekuensi : 16-20 x/menit. Pada pasien : respirasi meningkat, dispnea pada saat istirahat / aktivitas

Suhu Badan, Metabolisme menurun, suhu menurun

Head to toe examination :

Kepala : bentuk , kesimetrisan

Mata: konjungtiva: anemis, ikterik atau tidak ?

Mulut: apakah ada tanda infeksi?

Telinga : kotor atau tidak, ada serumen atau tidak, kesimetrisan

Muka; ekspresi, pucat

Leher: apakah ada pembesaran kelenjar tiroid dan limfe

- a. Dada: gerakan dada, deformitas
- b. Abdomen : Terdapat asites, hati teraba dibawah arkuskosta kanan
- c. Ekstremitas: lengan-tangan:reflex, warna dan tekstur kulit, edema, clubbing, bandingkan arteri radialis kiri dan kanan.
- d. Pemeriksaan khusus jantung :
  1. Inspeksi : vena leher dengan JVP meningkat, letak ictus cordis (normal : ICS ke5)
  2. Palpasi : PMI bergeser kekiri, inferior karena dilatasi atau hipertrofi ventrikel
  3. Perkusi : batas jantung normal pada orang dewasa  
Kanan atas : SIC II Linea Para Sternalis Dextra  
Kanan bawah : SIC IV Linea Para Sternalis Dextra  
Kiri atas : SIC II Linea Para Sternalis sinistra

Kiri bawah : SIC IV Linea Medio Clavicularis Sinistra(4) Auskulatsi :

bunyi jantung I dan II

BJ I : terjadi karena getaran menutupnya katup atrioventrikular, yang terjadi pada saat kontraksi isimetris dari bilik pada permulaan systole

BJ II : terjadi akibat getaran menutupnya katup aorta dan arteri pulmonalis pada dinding toraks. Ini terjadi kira-kira pada permulaan diastole.

(BJ II normal selalu lebih lemah daripada BJ I)

5. Pemeriksaan penunjang
  - a. Foto thorax dapat mengungkapkan adanya pembesaran jantung, edema atau efusi pleura yang menegaskan diagnosa CHF
  - b. EKG dapat mengungkapkan adanya tachicardi, hipertrofi bilik jantung dan iskemi (jika disebabkan AMI), ekokardiogram
  - c. Pemeriksaan laboratorium : Hiponatremia, hiperkalemia pada tahap lanjut dari gagal jantung, Blood Urea Nitrogen (BUN) dan kreatinin meningkat, peningkatan bilirubin dan enzim hati.

#### 2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Diagnosa berdasarkan SDKI adalah :

1. Gangguan pertukaran gas (D.0003)

Definisi : kelebihan atau kekurangan oksigenasi dan atau eliminasi karbondioksida pada membran alveolus kapiler. Penyebab : Perubahan

membran alveolus-kapiler. Batasan karakteristik :

Kriteria mayor :

- a. Subjektif : Dispnea
- b. Objektif : PCO<sub>2</sub> meningkat/menurun, PO<sub>2</sub> menurun, takikardia, pH arteri meningkat/menurun, bunyi nafas tambahan

Kriteria minor :

- a. Subjektif : Pusing, penglihatan kabur
- b. Objektif : Sianosis, diaforesis, gelisah, nafas cuping hidung, pola nafas abnormal, warna kulit abnormal, kesadaran menurun.

Kondisi klinis terkait : Gagal Jantung Kongestif

2. Pola nafas tidak efektif (D.0005)

Definisi : inspirasi dan/atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat. Penyebab : hambatan upaya nafas (mis: Hipervolemi saat bernafas)

Batasan karakteristik :

Kriteria mayor :

- a. Subjektif : Dispnea
- b. Objektif : Penggunaan otot bantu pernafasan, fase ekspirasi memanjang, pola nafas abnormal

Kriteria minor :

- a. Subjektif : Ortopnea
- b. Objektif : Pernafasan pursed, pernafasan cuping hidung, diameter thoraks anterior-posterior meningkat, ventilasi semenit menurun, kapasitas vital menurun, tekanan ekpirasi dan inspirasi menurun, ekskresi dada berubah.

Kondisi klinis terkait : Trauma Thorax

3. Penurunan curah jantung (D.0008)

Definisi: ketidakadekuatan jantung memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh. Penyebab: perubahan preload, perubahan afterload dan/atau perubahan kontraktilitas. Batasan karakteristik :

Kriteria mayor :

- a. Subjektif : Lelah
- b. Objektif : Edema, distensi vena jugularis, central venous pressure (CVP) meningkat/,menurun

Kriteria minor :

- a. Subjektif : -
- b. Objektif : Murmur jantung, berat badan bertambah, pulmonary artery wedge pressure (PAWP) menurun

Kondisi klinis terkait : Gagal Jantung Kongestif

4. Hipervolemia (D.0022)

Definisi : peningkatan volume cairan intravaskuler, interstisiel, dan/atau intraseluler. Penyebab : gangguan mekanisme regulasi. Batasan karakteristik :

Kriteria mayor :

- a. Subjektif : Ortopnea, dispnea, paroxymal nocturnal dyspnea (PND)
- b. Objektif : Edema anasarka dan/atau edema perifer, berat badan meningkat dalam waktu singkat, JVP dan/atau CVP meningkat , refleks hepatojugular (+)

Kriteria minor:

- a. Subjektif : -

- b. Objektif : Distensi vena jugularis, suara nafas tambahan, hepatomegali, kadar Hb/Ht turun, oliguria, intake lebih banyak dari output, kongesti paru.

Kondisi klinis terkait : Gagal Jantung Kongestif

5. Perfusi perifer tidak efektif (D.0009)

Definisi : penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh. Penyebab : penurunan aliran arteri dan/atau vena. Batasan karakteristik :

Kriteria mayor :

- a. Subjektif : -
- b. Objektif : Pengisian kapiler >3 detik, nadi perifer menurun atau tidak teraba, akral teraba dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun.

Kriteria minor :

- a. Subjektif : Parastesia, hipervolemi ekstremitas (klaudikasi intermiten)
- b. Objektif : Edema, penyembuhan luka lambat, indeks ankle-brakial <0,90, bruit femoralis

Kondisi klinis terkait : Gagal Jantung Kongestif

6. Intoleransi aktivitas (D.0056)

Definisi : ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari.

Penyebab : kelemahan. Batasan karakteristik :

Kriteria mayor :

- a. Subjektif : Mengeluh lelah
- b. Objektif : Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat

Kriteria minor :

- a. Subjektif : Dispnea saat/setelah beraktifitas, merasa tidak nyaman setelah beraktifitas, merasa lemah
- b. Objektif : Tekanan darah berubah  $>20\%$  dari kondisi istirahat, gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktifitas, gambaran EKG menunjukkan iskemia, sianosis

Kondisi klinis terkait : Gagal Jantung Kongestif

7. Ansietas (D.0080)

Definisi : kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman. Penyebab : kurang terpapar informasi, Batasan karakteristik :

Kriteria mayor :

- a. Subjektif : Merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, sulit berkonsentrasi
- b. Objektif : Tampak gelisah, tampak tegang, sulit tidur

Kriteria minor :

- a. Subjektif : Mengeluh pusing, anorexia, palpitasi, merasa tidak berdaya
- b. Objektif : Frekuensi napas dan nadi meningkat, tekanan darah meningkat, diaforesis, tremor, muka tampak pucat, suara bergetar, kontak mata buruk, sering berkemih, berorientasi pada masa lalu

Kondisi klinis terkait : Penyakit Akut

8. Defisit nutrisi (D.0019)

Definisi : asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme. Penyebab: ketidakmampuan mencerna makanan, faktor

psikologis(mis: stress, keengganan untuk makan). Batasan karakteristik :

Kriteria mayor :

- a. Subjektif : -
- b. Objektif : Berat badan menurun minimal 10 % dibawahrentang ideal

Kriteria minor :

- a. Subjektif : Cepat kenyang setelah makan, kram/hipervolemi abdomen, nafsu makan menurun.
- b. Objektif : Bising usus hiperaktif, otot pengunyah lemah, ototmenelan lemah, membran mukosa pucat, sariawan, serum albumin turun, rambut rontok berlebihan, diare.

#### 9. Resiko Gangguan integritas kulit (D.0139)

Definisi : beresiko mengalami kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi, dan/atau ligamen)

Faktor resiko : kekurangan/kelebihan cairan, kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/ melindungi integritas jaringan

Kondisi klinis terkait : Gagal Jantung Kongestif

#### 2.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala bentuk treatment yang dikerjakan oleh perawat didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai tujuan luaran yang diharapkan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Diagnosa berdasarkan SIKI adalah :

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan *Congestive Heart Failure* (CHF)

Dx. keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi
1. Gangguan pertukaran gas b.d perubahan membran alveolus-kapiler	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pertukaran gas meningkat. Kriteria hasil : (Pertukaran gas L.01003) 1. Dipsnea menurun 2. bunyi nafas tambahan menurun 3. pola nafas membaik 4. PCO <sub>2</sub> dan O <sub>2</sub> membaik	(Pemantauan Respirasi I.01014) 1. Monitor frekuensi irama, kedalaman upaya nafas 2. Monitor pola nafas 3. Monitor kemampuan batuk efektif 4. Monitor nilai AGD 5. Monitor saturasi oksigen 6. Auskultasi bunyi nafas 7. Dokumentasikan hasil pemantauan 8. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 9. Informasikan hasil pemantauan, <i>jika perlu</i> 10. Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktifitas dan/atau tidur
2. Pola nafas tidak efektif b.d hambatan upaya nafas (mis: hipervolemi saat bernafas)	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pola nafas membaik. Kriteria hasil : (pola nafas L.01004) 1. Frekuensi nafas dalam rentang normal 2. Tidak ada penggunaan otot bantu pernafasan 3. Pasien tidak menunjukkan tanda dipsnea	(Manajemen jalan nafas I.01011) 1. Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas) 2. Monitor bunyi nafas tambahan (mis: gagling, mengi, Wheezing, ronkhi) 3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) 4. Posisikan semi fowler atau fowler 5. Ajarkan teknik batuk efektif 6. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, <i>jika perlu</i> .

<p>3. Penurunan curah jantung b.d perubahan preload / perubahan afterload / perubahan perubahan kontraktilitas</p>	<p>Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatandiharapkan curah jantung meningkat. Kriteria hasil : (curah jantung L.02008) 1. Tanda vital dalam rentang normal 2. Kekuatan nadi perifer meningkat 3. Tidak ada edema</p>	<p>(Perawatan jantung I.02075) 1. Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung 2. Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung 3. Monitor intake dan output cairan 4. Monitor keluhan hipervolemi dada 5. Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress, <i>jika perlu</i> 6. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi 7. Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap 8. Kolaborasi pemberian antiaritmia, <i>jika perlu</i></p>
<p>4. Hipervolemi akut b.d pencedera fisiologis (Mis: Iskemia)</p>	<p>Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat hipervolemi menurun. Kriteria hasil : Tingkat hipervolemi (L.08066) 1. Pasien mengatakan hipervolemi berkurang dari skala 7 menjadi 2 2. Pasien menunjukkan ekspresi wajah tenang 3. Pasien dapat beristirahat dengan nyaman</p>	<p>(Manajemen hipervolemi I.08238) 1. Identifikasi lokasi, karakteristik hipervolemi, durasi, frekuensi, intensitas hipervolemi 2. Identifikasi skala hipervolemi 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan hipervolemi 4. Berikan terapi non farmakologis untuk mengurangi rasa hipervolemi 5. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa hipervolemi (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 6. Anjurkan memonitor hipervolemi secara mandiri 7. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi hipervolemi 8. Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i></p>
<p>5. Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi</p>	<p>Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatandiharapkan keseimbangan cairan meningkat. Kriteria hasil : (keseimbangan cairan L.03020) 1. Terbebas dari edema 2. Haluaran urin meningkat 3. Mampu mengontrol asupan cairan</p>	<p>(Manajemen hipervolemia I.03114) 1. Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis: ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat, suara nafas tambahan) 2. Monitor intake dan output cairan 3. Monitor efek samping diuretik (mis : hipotensi ortostatik, hipovolemia, hipokalemia, hiponatremia) 4. Batasi asupan cairan dan garam 5. Anjurkan melapor haluaran urin &lt;0,5 mL/kg/jam dalam 6 jam 6. Ajarkan cara membatasi cairan 7. Kolaborasi pemberian diuretik</p>

6.Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan aliran arteri dan/atau vena	Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatandiharapkan perfusi perifer meningkat. Kriteria hasil : perfusi perifer (L.02011) 1.Nadi perifer teraba kuat 2. Akral teraba hangat 3.Warna kulit tidak pucat	(Perawatan sirkulasi I.02079) 1. Periksa sirkulasi perifer(mis:nadi perifer,edema,pengisian kapiler, warna,suhu) 2. Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi 3. Lakukan hidrasi 4. Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolestrol, jika perlu 5. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur 6. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan.
7.Intoleransi aktifitas b.d kelemahan	Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan toleransi aktifitas meningkat. Kriteria hasil : Toleransi aktivitas (L.05047) 1. kemampuan melakukan aktifitas sehari-hari meningkat 2.Pasien Mampu berpindah dengan atau tanpa bantuan 3.Pasien mengatakan dipsnea saat dan/atau setelah aktifitas menurun	(Manajemen energi I.050178) 1. Monitor kelelahan fisik dan emosional 2. Monitor pola dan jam tidur 3. Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan) 4. Berikan aktifitas distraksi yang menenangkan 5. Anjurkan tirah baring 6. Anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap 7. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
8. Ansietas b.d kurang terpapar informasi	Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat ansietas menurun. Kriterian hasil : (Tingkat ansietasL.09093) 1.Pasien mengatakan telah memahami penyakitnya 2.Pasien tampak tenang 3.Pasien dapat beristirahat dengan nyaman	(Terapi reduksi I.09314) 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah 2. Pahami situasi yang membuat ansietas 3. Dengarkan dengan penuh perhatian 4. Gunakan pendekatan yang teang danmeyakinkan 5. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis 6. Anjurkan keluarga untuk tetap menemani pasien, <i>jika perlu</i> 7. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi

<p>9. Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan mencerna makanan, faktor psikologis (mis: stress, keengganan untuk makan)</p>	<p>Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status nutrisi membaik.</p> <p>Kriteria hasil : (status nutrisi L.03030)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat</li> <li>2. Perasaan cepat kenyang menurun</li> <li>3. Nafsu makan membaik</li> </ol>	<p>(Manajemen gangguan makan I.03111)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor asupan dan keluarannya makanan dan cairan serta kebutuhankalori</li> <li>2. Timbang berat badan secara rutin</li> <li>3. Anjurkan membuat catatan harian tentang perasaan dan situasi pemicu pengeluaran makanan (mis: pengeluaran yang disengaja, muntah, aktivitas berlebihan)</li> <li>4. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang target berat badan, kebutuhan kalori dan pilihan makanan</li> </ol>
<p>10. Resiko gangguan integritas kulit d.d kelebihan volume cairan</p>	<p>Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat.</p> <p>Kriteria hasil : (integritas kulit dan jaringan L.14125)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Resiko kerusakan jaringan integritas kulit meningkat</li> <li>2. Tidak ada tanda kemerahan</li> <li>3. Tidak ada keluhan hipervolemi pada daerah edema</li> </ol>	<p>(Edukasi Edema I.12370)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kemampuan pasien dan keluarga menerima informasi</li> <li>2. Persiapkan materi dan media edukasi (mis: formulir balance cairan)</li> <li>3. Berikan kesempatan pasien dan keluarga bertanya</li> <li>4. Jelaskan tentang defenisi, tanda, dan gejala edema</li> <li>5. Jelaskan cara penanganan dan pencegahan edema</li> <li>6. Intruksikan pasien dan keluarga untuk menjelaskan kembali definisi, penyebab, gejala dan tanda, penanganan dan pencegahan edema.</li> </ol>

Sumber : Standar Intervensi Keperawatan Indonesia dalam (PPNI, 2018)

#### 2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tahap ke empat dari proses keperawatan yang dimulai setelah perawat menyusun rencana keperawatan (Potter & Perry, 2010).

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi kestatus kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan pasien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Dinarti & Muryanti, 2017)

#### 2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan langkah akhir dari proses keperawatan. Evaluasi adalah kegiatan yang disengaja dan terus menerus dengan melibatkan pasien, perawat dan anggota tim kesehatan lainnya (Padila, 2012). Menurut Setiadi (2012) dalam buku Konsep & penulisan Asuhan Keperawatan, Tahap evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan pasien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan lainnya.

Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan pasien dalam mencapai tujuan yang disesuaikan dengan kriteria hasil pada tahap perencanaan (Setiadi, 2012).

Menurut (Asmadi, 2008) Terdapat 2 jenis evaluasi :

1. Evaluasi formatif (Proses)

Evaluasi formatif berfokus pada aktifitas proses keperawatan dan hasil tindakan keperawatan. Evaluasi ini dilakukan segera setelah perawat mengimplementasikan rencana keperawatan guna menilai keefektifan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Evaluasi ini meliputi 4 komponen yang dikenal dengan istilah SOPA, yakni subjektif (data keluhan pasien), objektif (data hasil pemeriksaan), analisis data (perbandingan data dengan teori), dan perencanaan.

2. Evaluasi sumatif (hasil)

Evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah semua aktifitas proses keperawatan selesai dilakukan. Evaluasi sumatif ini bertujuan menilai dan memonitor kualitas asuhan keperawatan yang telah diberikan. Metode yang dapat digunakan pada evaluasi jenis ini adalah melakukan wawancara pada akhir pelayanan, menanyakan respon pasien dan keluarga terkait pelayanan keperawatan, mengadakan pertemuan pada akhir layanan.

Ada tiga kemungkinan hasil evaluasi dalam pencapaian tujuan keperawatan, yaitu :

- 1) Tujuan tercapai/masalah teratasi
- 2) Tujuan tercapai sebagian/masalah teratasi sebagian
- 3) Tujuan tidak tercapai/masalah belum teratasi

## **BAB 3**

### **TINJAUAN KASUS**

Pada bab 3 untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan kegawatdaruratan pada Tn. M dengan *Congestive Heart Failure* (CHF), maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 01 Juni 2022 data diperoleh dari anamnesa pasien dan data dokumenter dari file No. Register 69-xx-xx. Data yang didapat sebagai berikut :

#### **3.1 Pengkajian**

##### **3.1.1 Identitas**

Pasien bernama Tn. M berjenis kelamin laki - laki berusia 57 tahun dan beragama beragama islam. Pasien tinggal di daerah Surabaya. Pasien MRS pada tanggal 01 Juni 2022 pukul 17.00 WIB dan langsung pindah keruangan CPU dengan diagnosis medis *Congestive Heart Failure* (CHF) + kongestive liver+OMI+ abnormality of albumin + Hipoosmolarity and Hiponatremia. Pasien adalah seorang kepala keluarga dengan 3 orang anak, istri sudah meninggal dunia. Bekerja sebagai pegawai swasta.

##### **3.1.2 Riwayat Sakit dan Kesehatan**

###### **1. Keluhan Utama**

Keluhan utama pasien mengeluh sesak nafas sejak sejak semalam dan memberat hari ini, badan lemes, kesadaran composmentis dan GCS 456.

###### **2. Riwayat Penyakit Sekarang**

Pasien datang ke IGD tanggal 01 Juli 2022 pukul 17.00 Pasien post rawat inap 1 minggu yang lalu di RS Bhayangkara Surabaya dengan keluhan yang sama. Berdasarkan anamnesa yang diperoleh dari keluarga pasien

didapatkan bahwa pasien sudah demam sejak dua hari yang lalu, dan pasien tiba-tiba sesak, badan lemas sejak 2 hari lalu, perut tampak asites, dan disertai dengan mual, BAB sulit, kulit kuning pucat, BAK seperti teh sejak 4 hari yang lalu. Mata kuning tidak tahu sejak kapan. Di IGD di dapatkan kesadaran pasien composmentis dengan GCS pasien E4V5M6 dan terdiagnosa *Congestive Heart Failure* (CHF) + kongestive liver+OMI+ abnormality of albumin + Hipoosmolarity and Hiponatremia. Lalu tindakan yang diberikan selama di IGD sesuai advis Sp,JP antara lain oksigen masker non rebreathing 10 lpm, pemberian infus NS dan monitol 250 cc, cek laboratorium : DL, GDA, KK, SE, Pemasangan foley kateter no. 16, Injeksi furosemide 2 amp lanjut pump 3 mg/jam, Pasang dobutamin 3-10 mcq/kgbb/m, Spironolactone 25 mg 1-0-0, Miniaspi 80 mg 0-1-0, Atorvastatin 0-0-20mg, Bisoprolol 2,5mg 0-0-1, Uperio 2x25 mg, Cairan maksimal 1000cc/24 jam, Tampung urine 24 jam -> di catat, Pro MRS CPU. Pemeriksaan tanda-tanda vital saat di IGD didapatkan tekanan darah 87/56 mmHg, nadi 69 x/menit ,suhu 35,5 C, RR 22-28x/menit. Pukul 20.00 keluarga memberikan persetujuan untuk pemindahan ke ruang CPU kemudian pasien di bawa ke ruang CPU untuk mendapatkan perawatan intensive. Konsul dokter Sp. PD dengan diagnosa medis congestive liver mendapatkan advis Pemasangan infus (Nacl 3%) 1000cc/24 jam, P.O Curcuma 3x1, Besok USG abdomen, Cek Sero marker Hepatitis.

### 3. Riwayat Penyakit Dahulu

Keluarga mengatakan Tn. M mempunyai riwayat CHF+ penyumbatan jantung. Kontrol di RS Bhayangkara dan Rs Siloam, Pasien biasa minum:

ISDN, Miniaspi, Atorvastatin

Hasil echo Januari 2022 Fungsi jantung tinggal 20%, All chamber dilated, MR/TR/AR ringan, EF 20%, Diastolic LV menurun, Akinetik anteroseptal (B-M) septal (A) anterior (BM-A) segmen lain hipokinetik, LV thrombus, LVH eccentric. Kes: ICM+LV trombus

4. Riwayat Alergi

Keluarga mengatakan pasien Tidak memiliki alergi obat maupun makanan

5. Keadaan Umum

Pada pasien didapatkan Keadaan umum pasien lemah GCS 4-5-6 dengan kesadaran composmentis, dimana mata pasien terbuka secara spontan. Vital Sign : TD : 87/56 mmHg, Nadi 69 x/menit, RR 22-28 x/menit , Suhu 36,2°C

### 3.1.3 Pemeriksaan Fisik

1. B1 (Breath)

Bentuk dada pasien normochest, pergerakan dada simetris, tidak ada otot bantu nafas, tidak terpasang alat bantu pernafasan, RR : 24-28 x/ menit, Pasien nafas takipnea, suara nafas vesikuler, ada tarikan dinding dada, ada ronkhi (+/+), wheezing (-/-), tidak ada batuk, tidak ada sputum, terdengar suara sonor saat diperkusi, vocal fremitus tidak dapat terkaji karena pasien terbaring. Terdapat nafas cuping hidung. Terpasang oksigen nassal canul 4 Lpm, SpO<sub>2</sub> 98%

Masalah Keperawatan : Gangguan Pertukaran gas

2. B2 (Blood)

Pada pemeriksaan sirkulasi didapatkan hasil sebagai berikut : Perfusi kaki dingin sampai batas paha, kering, pucat. tangan kanan kiri hangat, kering,

merah. Tensi 87/56. Map 66. HR 88x/m sinus ritme. Nadi perifer teraba lemah, irreguler. Ada PVC Occasional kadang kuplet. CRT>3 detik, Suhu 36,2. Infus nacl 3 % life line, terpasang furosemide 3 mg/ jam. Vascon jalan 150 nano/kgbb/menit.

Masalah Keperawatan : Penurunan Curah Jantung

### 3. B3 (Brain)

Saat pengakajian kesadaran pasien compos mentis dengan GCS E4V5M6.

Pada kondisi pasien pemeriksaan status neurologis nervus kranialis tidak semua nervus karena kondisi pasien yang membuat pemeriksa tidak dapat mengkaji dan dapat terkaji hanya beberapa nervus saja yang dapat terkaji, yaitu :

- a. N IX (Glosofaringeal) dan XII (Hipoglosus) : tidak ada masalah
- b. N VIII (Vestibulokoklearis), VII (Fasialis), dan V (Trigesminus): tidak ada masalah, karena pasien dapat mengangkat kedua alisnya, pendengaran pasien normal, dan pasien dapat merasakan sentuhan.
- c. Sedangkan N I (Olfaktorius), II (Optikus), III (Okulomotoris, troklearis, abduksen), IV (Okulomotoris, troklearis, abduksen), VI (Okulomotoris, troklearis, abduksen), X (Vagus), dan XI (Aksesoris) tidak dapat terkaji.

Pupil isokor 3 mm/3 mm, refleks cahaya +/+, refleks patologis : refleks babinski -/-, refleks chaddock -/-, refleks Gordon -/-, refleks fisiologis : patella +/+, tidak ditemukannya hemiplegia.

Masalah Keperawatan : Tidak ada Masalah Keperawatan

### 4. B4 (Bladder)

Pada pemeriksaan perkemihan pasien Terpasang DC (+). Produksi urine 450 cc /3 jam warna kuning pekat, Intake sampai jam 09= 259 (minum 100cc,

infus 125, obat 34 cc), Output 525 (urine 450, iwl 75) Balance -266. Saat palpasi tidak teraba adanya distensi kandung kemih dan tidak ada nyeri. Selama konsumsi di rumah: minum 1000, urine 500. Balans +500

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

5. B5 (Bowel)

Pada saat inspeksi didapatkan mukosa bibir kering, mulut bersih, tidak ada perdarahan pada mulut dan gusi, pasien tidak mengeluh mual dan muntah, nafsu makan kurang, makan habis ½ porsi. Bentuk abdomen pasien cembung, dan terdapat pembesaran abdomen atau asites. Saat auskultasi didapatkan bising usus 12x/menit dan saat diperkusi terdengar suara timpani.

Masalah Keperawatan : Tidak ada Masalah Keperawatan

6. B6 (Bone)

Pada pemeriksaan muskuluskeletal didapatkan tidak ada gangguan pada kekuatan otot ekstermitas atas dan ekstermitas bawah. Pada pemeriksaan kulit tidak terdapat luka combustion, dan juga luka decubitus. Pada saat inspeksi, kulit tampak pucat, tidak terlihat adanya benjolan dan lesi pada area kulit. Saat dilakukan palpasi didapatkan turgor kulit menurun, adanya edema anasarka. Pasien terbaring di tempat tidur. Terpasang infus di tangan kiri dan kanan dan kaki kiri. Jaundis (+), ikterik mata (+)

5555	5555
5555	5555

Masalah Keperawatan : Hipervolemia

## 3.1.4 Pemeriksaan Penunjang

**Tabel 3.1** Pemeriksaan Penunjang

<b>Hari/Tanggal</b>	<b>Jenis Pemeriksaan</b>	<b>Hasil</b>
Rabu, 1/6/2022	Darah lengkap	HB 14 (N: 13-17) Hematokrit 41.5 (N: 40-54) Leukosit 13.690 (N: 4-10) Trombosit 169.000 (N: 150-450) Eritrosit: 4.73 (N: 4-5.5)
	Fungsi Ginjal	BUN 17 (N: 10-24) Kreatinin 1.19 (N: 0.6-1.5) Albumin 2.87 (N: 3,5-5)
	Elektrolit	Natrium 123.6 (N: 135-147) Kalium 3.14 (N: 3.0-5.0) Klorida 84 (N: 95-105)
	Fungsi Liver	SGOT 81 (N:0-50 ) SGPT 93 (N: 0-50) Bil. Total 8.03 ( N: 0.1-1.0) Bil. Direct 6.32 (N: 0.0-0.2)
	HBSAg	Negatif (negatif)
	Enzim Jantung	Troponin Kuantitatif 0.01 (N: <0.03)
	Imunologi	Antigen sars-cov 2 Negatif
Rabu, 1/6/2022	Foto Thorax	Cardiomegali. CTR 60% Congestive Pulmonum
	EKG	Iskemik antero lateral LVH +
	BGA	PH 7.44 (N: 7.35-7.45) PCO2 46.6 (N: 35-45) PO2 131.2 (N: 80-100) HCO3 31.3 (N: 22-26) BE 6.1 (N: -2 - +2) O2 saturasi 98.7 (N: >95%) Kes: alkalosis metabolik
kamis, 2/6/2022	Elektrolit	Na: 129 kalium: 2,7

### 3.1.5 Lembar Pemberian Terapi

Nama Pasien : Tn. M

Ruangan : CPU Bed 5

**Tabel 3.2** Lembar Pemberian Terapi

Hari/ Tanggal	Medikasi	Dosis	Indikasi
Rabu, 1- 6-2022	Curcuma Uperio 50 mg Bisoprolol 2,5 mg Atorvastatin	3x1 2x1/2 tab 0-0-1 0-0-20 mg	Vitamin untuk memelihara fungsi hati Mengurangi risiko bahaya jantung Mengatasi hipertensi, aritmia, gagal jantung Menurunkan LDL dan trigliserida, meningkatkan HDL
Kamis 2-6-22	Miniaspi 80 mg Spironolactone Ranitidin inj Antrain inj Furosemide pump	0-1-0 25mg (1x1) 2x1 iv 3x1 amp 3mg/jam	Mencegah agregasi platelet Mengatasi gagal jantung PPI Mengurangi hipervolemi Mengeluarkan cairan yang menumpuk dalam tubuh
	Curcuma Uperio 50 mg Bisoprolol 2,5 mg Atorvastatin	3x1 2x1/2 tab 0-0-1 0-0-20mg	Vitamin untuk memelihara fungsi hati Mengurangi risiko bahaya jantung Mengatasi hipertensi, aritmia, gagal jantung Menurunkan LDL dan trigliserida, meningkatkan HDL
Jum'at 3-6- 2022	Miniaspi 80 mg Spironolactone Ranitidin inj Antrain inj Furosemide pump	0-1-0 25mg (1x1) 2x1 iv 3x1 amp 3mg/jam	Mencegah agregasi platelet Mengatasi gagal jantung PPI Mengurangi hipervolemi Mengeluarkan cairan yang menumpuk dalam tubuh
	NE Dobutamin Nacl 3 % Dobutamin NE	150 nano 3mikro/kgbb/m 1000cc/24 jam 3-10mcq/kgbb/m 50-200 nano tapp down	Mengatasi hipotensi Meningkatkan pompa jantung Meningkatkan natrium tubuh Meningkatkan pompa jantung Mengatasi hipotensi
	Furosemide pump	3mg/jam	Mengeluarkan cairan yang menumpuk dalam tubuh
	Spironolactone Drip KCL Miniaspi 80 mg Simarc 2mg Atorvastatin	↑50 mg 1-1-0 25 meq/24 jam 0-1-0 0-0-1 0-0-20 mg	Mengatasi gagal jantung Meningkatkan kalium tubuh Mencegah agregasi platelet Mencegah trombosis vena Menurunkan LDL dan trigliserida, meningkatkan HDL
	Bisoprolol 2,5 mg Vip albumin Uperio 50 mg minum	0-1-0 3x1 2x1/2 tab max 1000cc/24 jam	Mengatasi hipertensi, aritmia, gagal jantung Menambah kadar albumin tubuh Mengurangi risiko bahaya jantung Pembatasan cairan mencegah penumpukan cairan dalam tubuh

### 3.2 Diagnosa Keperawatan

Dari hasil pengkajian pasien maka data focus atau analisa data sebagai berikut :

#### 3.2.1 Analisa Data

**Tabel 3.3** Analisa Data

NO	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
1	DS: pasien mengatakan sesak DO: 1. TD 87/56 N 88x/m 2. Akral dingin, kering, pucat 3. Nadi perifer teraba lemah, irreguler PVC occasional kadang kuplet 4. CRT>3 detik 5. Hasil echo EF 20% (jan 22) 1. CTR 65%	Perubahan afterload	Penurunan curah jantung
2	DS: pasien mengatakan sesak DO: 2. Edema anasarka (+) 3. Ronkhii +/- minimal Hsl thorax foto: cardiomegali (+). 6. Di CPU Produksi urine 450 cc /3 jam warna kuning	Kelebihan asupan cairan	Hipervolemi

	<p>pekat, Intake sampai jam 09= 259 (minum 100cc, infus 125, obat 34 cc),</p> <p>Output 525 (urine 450, iwl 75)</p> <p>Balance -266</p> <p>Selama konsumsi di rumah: minum 1000, urine 500. Balans +500</p>		
3	<p>DS : pasien mengatakan sesak</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. PCO2 46.6 (N: 35-45)</li> <li>2. PO2 131.2 (N: 80-100)</li> <li>3. BE 6,1</li> <li>4. PH 7,44.</li> <li>5. Warna kulit pucat</li> <li>6. Takipnea RR 24-28, Ronkhi (+)</li> <li>7. PF ratio 131, spo2 98% dgn o2 nasal 4lpm</li> </ol>	<p>Ketidakseimbangan ventilasi – perfusi</p>	<p>Gangguan Pertukaran Gas</p>
4	<p>DS: Pasien mengatakan badan lemas</p> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tirah baring (+)</li> </ol>	<p>ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen</p>	<p>Intoleransi aktifitas</p>

	<p>2. Px tampak lemah, dan sebagian ADL dibantu</p> <p>3. Hasil ECHO EF 20%</p> <p>4. Bantuan nafas O2 nasal 4lpm spo2 98%</p> <p>5. TF: Cardiomegali</p> <p>6. Gambaran EKG PVC</p> <p>7. TD: 87/56mmHg</p> <p>Suhu: 36,2</p> <p>Nadi: 88x/mnt</p> <p>RR : 24-28x/mnt</p>		
--	--	--	--

### 3.2.2 Prioritas Masalah Keperawatan

**Tabel 3.4** Prioritas Masalah

NO	MASALAH KEPERAWATAN	TANGGAL		PARAF (nama)
		ditemu kan	teratasi	
1	Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload	01/06/2 022	03/06/2022	Rochmah
2	Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan	01/06/2 022	03/06/2022	Rochmah
3	Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan Ketidakseimbangan ventilasi – perfusi	01/06/2 022	03/06/2022	Rochmah
4	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	01/06/2 022	03/06/2022	Rochmah

### 3.3 Rencana Asuhan Keperawatan

**Tabel 3.5** Rencana Asuhan Keperawatan

<b>No Dx</b>	<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Tujuan dan Kriteria Hasil</b>	<b>Intervensi (Observasi , Mandiri, Edukasi, Kolaborasi)</b>	<b>Rasional</b>
1.	Penurunan curah jantung b/d perubahan afterload	setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan curah jantung meningkat.  Kriteria hasil :  (curah jantung L.02008)  1. Tanda vital dalam rentang normal  2. Kekuatan nadi	<b>Perawatan jantung</b>  Observasi  1. Identifikasi tanda dan gejala penurunan curah jantung (dipsneu, kelelahan, edema, orthopnea)  2. Monitor tekanan darah tiap jam  3. Monitor intake dan output cairan tiap 3 jam  4. Monitor saturasi oksigen tiap jam  5. Monitor EKG tiap hari	<b>Perawatan jantung</b>  Observasi  1. Agar dapat menentukan tindakan prioritas yang akan dilakukan  2. Mengetahui cardiac output pasien  3. Intake yang berlebihan dapat memperparah kerja jantung  4. Mengetahui kecukupan oksigen ke kapiler tubuh  5. Mengetahui perubahan irama jantung

		<p>perifer</p> <p>meningkat</p> <p>3. Tidak ada edema</p>	<p>6. Monitor aritmia tiap 1 jam</p> <p>Terapeutik</p> <p>7. Posisikan pasien semi fowler 30 derajat</p> <p>8. Berikan dukungan emosional dan spiritual</p> <p>9. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen 95-100%</p> <p>Edukasi</p> <p>10. Ajarkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan</p> <p>Kolaborasi</p> <p>11. Kolaborasi pemberian anti aritmia ( bisoprolol) jika perlu</p>	<p>6. Mengetahui perubahan irama jantung</p> <p>Terapeutik</p> <p>7. Mengurangi tekanan diafragma dan membuat pasien merasa nyaman</p> <p>8. Mempercepat kesembuhan secara spiritual</p> <p>9. Mempertahankan kebutuhan oksigen ke pembuluh darah</p> <p>Edukasi</p> <p>10. Dukungan keluarga mempengaruhi keberhasilan keluarga</p> <p>Kolaborasi</p> <p>11. anti aritmia mencegah perburukan irama jantung</p>
--	--	---	---	--

2.	<p>Hipervolemi b/d kelebihan asupan cairan</p>	<p>Setelah di lakukan intervensi keperawatan 3x24 jam diharapkan keseimbangan cairan meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Asupan cairan menurun</li> <li>2. Haluaran urine meningkat</li> <li>3. Edema menurun</li> <li>4. Asites menurun</li> </ol>	<p><b>Managemen hipervolemia</b></p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa tanda dan gejala hipervolemik (orthopnea, dipsnea, edema, jvp meningkat) setiap jam</li> <li>2. Identifikasi penyebab hipervolemik</li> <li>3. Monitor status hemodinamik setiap jam</li> <li>4. Monitor intake dan output cairan tiap 3 jam</li> <li>5. Monitor tanda hemokonsentrasi tiap 3 hari (peningkatan hematokrit</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tanda hipervolemik untuk memantau adanya kelebihan cairan</li> <li>2. Dengan mengetahui penyebab hipervolemik dapat menghindari faktor penyebabnya</li> <li>3. Status hemodinamik stabil menandakan pasien stabil</li> <li>4. Mengetahui status cairan pasien</li> <li>5. pengentalan darah akibat perembesan plasma</li> </ol>

			<p><math>\geq 20\%</math></p> <p>6. Monitor kecepatan infus secara tepat tiap 8 jam</p> <p>Terapeutik</p> <p>7. Batasi asupan cairan dan garam</p> <p>8. Tinggikan kepala tempat tidur 30-40 derajat</p> <p>Edukasi</p> <p>9. Ajarkan keluarga dan pasien cara membatasi cairan</p> <p>Kolaborasi</p> <p>10. Kolaborasi pemberian obat diuretik (Furosemid pump 3 mg/jam)</p> <p>11. Kolaborasi penggantian</p>	<p>6. Mencegah kelebihan cairan</p> <p>7. Mencegah kelebihan cairan</p> <p>8. Mencegah pendesakan diafragma ke paru</p> <p>Edukasi</p> <p>9. Agar pasien dan keluarga dapat memantau cairan yang masuk dan keluar</p> <p>Kolaborasi</p> <p>10. Mengeluarkan kelebihan cairan</p> <p>11. Mengganti kadar kalium dalam darah</p>
--	--	--	---	--

			kehilangan kalium akibat diuretik dengan KCL drip	
<b>3.</b>	Gangguan pertukaran gas b/d Ketidakseimbangan ventilasi – perfusi	<p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pertukaran gas meningkat.</p> <p>Kriteria hasil :</p> <p>(Pertukaran gas L.01003)</p> <p>1.Dipsnea menurun</p> <p>2.bunyi nafas tambahan menurun</p> <p>3.pola nafas</p>	<p><b>Pemantauan Respirasi</b></p> <p>1. Monitor frekuensi irama, kedalaman dan upaya nafas tiap jam</p> <p>2. Monitor pola nafas tiap jam</p> <p>3. Monitor kemampuan batuk efektif</p> <p>4. Monitor nilai AGD tiap 3 hari</p> <p>5. Monitor saturasi oksigen tiap jam</p> <p>6. Auskultasi bunyi nafas tiap 8 jam</p>	<p><b>Pemantauan Respirasi</b></p> <p>1. Mengetahui pola nafas pasien</p> <p>2. Mengetahui ada tidaknya perburukan kondisi pola nafas</p> <p>3. Mengetahui kemampuan batuk efektif</p> <p>4. Memantau nilai AGD</p> <p>5. Guna mengetahui kadar oksigen dalam tubuh</p> <p>6. Memantau apakah ada bunyi nafas tambahan</p>

		<p>membaik</p> <p>4. PCO<sub>2</sub> dan O<sub>2</sub></p> <p>membaik</p>	<p>7. Dokumentasikan hasil pemantauan</p> <p>8. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan tiap 8 jam</p> <p>9. Informasikan hasil pemantauan, <i>jika perlu</i></p> <p>10. Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktifitas dan/atau tidur</p>	<p>7. Guna mengetahui perkembangan asuhan keperawatan</p> <p>8. Guna memberikan pemahaman terkait kondisi saat ini</p> <p>9. Guna memberikan pemahaman terkait kondisi saat ini</p> <p>10. Untuk membantu dalam kenyamanan pernapasan</p>
4.	<p>Intoleransi aktifitas b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen</p>	<p>selama dilakukan intervensi keperawatan 3x24 diharapkan toleransi aktivitas meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <p>1. kemampuan</p>	<p><b>Manajemen Energi</b></p> <p>Observasi</p> <p>1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</p> <p>2. Monitor pola dan jam tidur</p>	<p><b>Manajemen Energi</b></p> <p>Observasi</p> <p>1. Mengetahui fungsi tubuh yang mengalami kelelahan</p> <p>2. Mengetahui waktu istirahat telah tercukupi apa belum</p>

		<p>melakukan aktifitas sehari-hari meningkat</p> <p>2. Pasien Mampu berpindah dengan atautanpa bantuan</p> <p>3. Pasien mangatakan dipsnea saat dan/atau setelah aktifitas menurun</p>	<p>3. Monitor kelelahan fisik</p> <p>Terapeutik</p> <p>4. Sediakan lingkungan yang nyaman</p> <p>5. Lakukan rentang gerak aktif/pasif</p> <p>6. Fasilitasi duduk disisi tempat tidur jika tidak dapat berpindah atau berjalan</p> <p>Edukasi</p> <p>7. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap yakni berdiri di samping tempat tidur, berjalan sekitar bed, berjalan agak jauh</p>	<p>3. Lingkungan yang nyaman akan membuat pasien beristirahat</p> <p>4. Dengan melakukan latihan gerak aktif dan pasien tubuh akan terlatih</p> <p>5. Melatih untuk duduk ditepi tempat tidur</p> <p>6. Jika kondisi lemah lakukan tirah baring</p> <p>7. Agar tubuh dapat beradaptasi terhadap kelemahan</p>
--	--	--	---	---



		16.00	melakukan rekam EKG. KIE pemasangan kateter ke pasien. Pasien setuju. Memasang kateter nomor 16	Rochmah	TD 87/56. N: 89x/m teraba lemah, irreguler A: masalah teratasi sebagian
		17.00	BHSP, Observasi TTV (terlampir) Pengkajian pasien. Observasi TTV (terlampir) Membuang urine 450cc / 3 jam	Rochmah	P: lanjutkan intervensi 1,2,3,4,5,6,7,9,11 <b>DX 2 Hipervolemi b/d kelebihan asupan cairan</b>
		18.00	Memberikan diet NT TKTP RG pasien hbs ½ p, Minum 150cc	Rochmah	S: px mengatakan sesak berkurang
		18.03	Memberikan terapi oral: atorvastatin 20 mg, bisoprolol 2,5 mg, uperio 25 mg, curcuma 1 tab, spironolactone 50 mg.	Rochmah	O: pasien tampak lemah, nafas dengan oksigen nasal 4 lpm RR= 24-28x/m. Rh+/+ minimal Wh -/-
		18.05	Menurunkan dosis dobutamin turun 5 mcq/kgbb/m Memasang vascon 50 nano SP	Rochmah	spo2 98% Edema ekstremitas (+) Skala pitting edema 4+

		18.30	Observasi TTV (terlampir) Oksigen di lepas pasien-> spo2 ↓88%	Rochmah	Posisi semi fowler TD 87/56. N: 89x/m.
		19.00	KIE pasien (+) tentang pentingnya menggunakan oksigen saat ini.  Memasang kembali oksigen nasal 4 lpm  Spo2↑ 95%  Balans Tgl 1/6/2022  Intake 1550, Output 1750, Balance -200	Rochmah	Balans Tgl 1/6/2022  Intake 1550, Output 1750, Balance -200.  A: masalah teratasi sebagian  P: lanjutkan intervensi  1,3,4,6,7,8,10  <b>DX 3 Gangguan pertukaran gas b/d Ketidakseimbangan ventilasi – perfusi</b>  S: px mengatakan sesak berkurang  O: pasien tampak lemah, pola nafas cepat dan dangkal, nafas

					<p>dengan oksigen nasal 4 lpm RR= 24-28x/m. Rh+/+ minimal berkurang Wh -/- spo2 98% TD 85/54. N: 89x/m . PH 7.44 (N: 7.35-7.45)</p> <p>PCO2 46.6 (N: 35-45)</p> <p>PO2 131.2 (N: 80-100)</p> <p>HCO3 31.3 (N: 22-26)</p> <p>BE 6.1 (N: -2 - +2)</p> <p>O2 saturasi 98.7 (N: &gt;95%)</p> <p>A: masalah teratasi sebagian</p> <p>P: lanjutkan intervensi 1,2,4,5,6,7,</p>
Kamis, 2/6/22	1,2,3,4,5	15.00	Pasien mengatakan sesak berkurang. KIE batasan minum. Menganjurkan pasien untuk istirahat. Observasi pola nafas membaik,	Rochmah	<p><b>DX 1 Penurunan curah jantung b/d perubahan afterload</b></p> <p>S: px mengatakan sesak berkurang</p>

			edema extremitas (+) berkurang. Skala Pitting edema 3+		O: pola nafas membaik. nafas dengan oksigen nasal 4 lpm RR=
		15.22	Observasi TTV (terlampir)	Rochmah	22x/m. Rh-/- Wh -/- spo2 98%
		16.00	Pasien terpasang oksigen nasal kanul 4 lpm. infus nacl 0,9% drip KCL 25 mcq/24 jam LL, dobutamin 5 mikro, vascon off, nacl 3% 500cc/24 jam, furosemid 3 mg/jam.	Rochmah	Edema ekstremitas (+) berkurang Posisi semi fowler (+) TD 69/46 mmhg, RR 22-24x/m Spo2 97% Suhu 36,2 °C. HR
		17.00	Buang urine 250cc/3 jam. Intake 130, output 310 balans -180. Memonitor EKG ada PVC occasional. HR 80x/m, teraba lemah, irreguler. Akral dingin di telapak tangan dan kaki. CRT > 3 detik	Rochmah	80x/m, teraba lemah, irreguler Akral dingin di telapak tangan dan kaki. CRT = 3 detik A: masalah teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi
		18.00	Mengikuti dr penyakit dalam visite Mengganti iv line No.22 kaki kanan krn iv line tangan kanan merembes. Drip KCl 25	Rochmah	1,2,3,4,5,6,7,9,11

		19.00	<p>meq dalam nacl 0,9% Lifeline. Observasi ttv (terlampir).</p> <p>Membuang urine 300cc /3 jam</p> <p>Intake 150, output 360, balans -210</p> <p>Memberikan diet NT TKTP RG pasien hbs ½ p, Minum 200cc.</p> <p>Observasi TTV (terlampir)</p> <p>Memberikan obat oral: atorvastatin 20 mg, bisoprolol 2,5 mg, uperio 25 mg, curcuma 1 tab, NAC 1 tab, simarc 2 mg, vip albumin 1 capsul.</p> <p>Memberikan nebulizer midatro 1 fls.</p> <p>Balans tgl 2/6/2022</p> <p>Intake 1000, output 2100, balans -1100</p>	<p>Rochmah</p> <p>Rochmah</p> <p>Rochmah</p>	<p><b>DX 2 Hipervolemi b/d kelebihan asupan cairan</b></p> <p>S: px mengatakan sesak berkurang</p> <p>O: pasien tampak lemah, nafas dengan oksigen nasal 4 lpm RR= 22x/m. Rh+/+ minimal Wh -/-</p> <p>spo2 98%</p> <p>Edema ekstremitas +</p> <p>Skala pitting edema 2+</p> <p>Posisi semi fowler (+).</p> <p>TD 100/63. N: 80x/m, teraba kuat, irreguler, CTR = 3 detik.</p> <p>Balans tgl 2/6/2022</p> <p>Intake 1000, output 2100, balans -1100</p>
--	--	-------	--	--	--

					<p>A: masalah teratasi sebagian</p> <p>P: lanjutkan Intervensi 1,3,4,6,7,8,10</p> <p><b>DX 3 Gangguan pertukaran gas b/d Ketidakseimbangan ventilasi – perfusi</b></p> <p>S: px mengatakan sesak berkurang</p> <p>O: pasien tampak lemah, pola nafas cepat dan dangkal, nafas dengan oksigen nasal 4 lpm RR= 24-28x/m. Rh+/+ minimal berkurang Wh -/- spo2 98%</p> <p>TD 100/63. N: 80x/m, teraba kuat, irreguler, CTR = 3 detik.</p>
--	--	--	--	--	---

					<p>A: masalah teratasi sebagian</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <p>1,3,4,6,7,8,10</p>
Jum'at, 3/6/22	1,2,3,4,5	15.00	<p>Pasien mengatakan sesak berkurang. Kondisi umum sedang, pola nafas reguler, Observasi TTV (terlampir). CTR &lt;3 detik. Pitting edema +2. Akral ujung jari tangan dan ujung jari kaki dingin, kering, pucat. RR 20-24x/m. Rh-/- wh -/-. Nadi teraba kuat, irreguler</p> <p>Membuang urine 200cc /3 jam.</p> <p>Menganjurkan pasien untuk istirahat.</p>	Rochmah	<p><b>DX 1 Penurunan curah jantung b/d perubahan afterload</b></p> <p>S: px mengatakan sesak berkurang</p> <p>O: k/u sedang, nafas dengan oksigen nasal turun 3 lpm RR= 20-24x/m. Rh-/- Wh -/- spo2 98%.</p> <p>Akral ujung jari tangan dan ujung jari kaki dingin, kering, pucat.</p>
		16.00	Observasi TTV (terlampir)	Rochmah	CRT < 3 detik
		17.00	<p>Pasien terpasang oksigen nasal kanul turun 3 lpm. infus nacl 0,9% drip KCL 25 mcq/24 jam LL di kaki kiri, dobutamin 7 mikro,</p>	Rochmah	<p>Edema ekstremitas + pitting edema 2, Posisi semi fowler (+)</p> <p>TD 100/63. N: 80x/m teraba kuat,</p>

		18.00	vascon 50 nano, nacl 3% 500cc/24 jam di taka, furosemid 3 mg/jam. Memonitor EKG ada PVC occasional. Nadi 82 x/m.  Mengikuti dr penyakit dalam visite	Rochmah	irreguler  A: masalah teratasi sebagian  P: lanjutkan intervensi  <b>DX 2 Hipervolemi b/d kelebihan asupan cairan</b>
		19.00	Mengganti iv line No.22 kaki kanan krn iv line tangan kanan merembes. Drip KCl 25 meq dalam nacl 0,9% Lifeline.  Observasi ttv (terlampir).	Rochmah	S: px mengatakan sesak berkurang  O: kondisi umum sedang, nafas dengan oksigen nasal 3 lpm RR=
		19.05	Membuang urine 100cc /3 jam	Rochmah	20-24x/m. Rh-/- Wh -/- spo2 98%
		19.10	Memberikan diet NT TKTP RG pasien hbs ½ p, Minum 200cc.	Rochmah	Edema ekstremitas +  Posisi semi fowler
		19.15	Memberikan obat oral: atorvastatin 20 mg, bisoprolol 2,5 mg, uperio 25 mg, curcuma 1 tab, NAC 1 tab, simarc 2 mg, vip albumin 1 capsul.	Rochmah	TD 100/63. N: 80x/m teraba kuat  Balans Tgl 3/6/2022  Intake 1000, Output 2500, Balance -1500. Skala pitting edema 2+

			<p>Menganjurkan pasien untuk istirahat.</p> <p>Balans Tgl 3/6/2022</p> <p>Intake 1000, Output 2500, Balance -1500</p>	Rochmah	<p>A: masalah teratasi sebagian</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <p>1,3,4,6,7,8,10</p> <p><b>DX 3 Gangguan pertukaran gas b/d Ketidakseimbangan ventilasi – perfusi</b></p> <p>S: px mengatakan sesak berkurang</p> <p>O: pasien tampak lemah, pola nafas cepat dan dangkal, nafas dengan oksigen nasal 3 lpm RR= 20-24x/m. Rh-/- Wh -/- spo2 98%</p> <p>TD 100/63. N: 80x/m</p> <p>A: masalah teratasi sebagian</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <p>1,3,4,6,7,8,10</p>
--	--	--	---	---------	---

## **BAB 4**

### **PEMBAHASAN**

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antar tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada Tn. M dengan diagnose medis *Congestive Heart Failure* (CHF) di Ruang CPU RSPAL dr. Ramelan Surabaya serta menyertakan literatur untuk memperkuat alasan tersebut. Adapun pembahasan berupa pustaka data yang diperoleh dari pelaksanaan asuhan keperawatan dan opini yang meliputi pengkajian, diagnosis, perencanaan, penatalaksanaan, dan evaluasi.

#### **4.1 Pengkajian**

Pengkajian keperawatan adalah tahap dasar dari seluruh proses keperawatan dengan tujuan mengumpulkan informasi dan data-data pasien. Supaya dapat mengidentifikasi masalah – masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan klien, Pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang pasien, agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah – masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan pasien, baik fisik, mental, sosial dan lingkungan (Dermawan, 2012). Pengkajian pada kasus didapatkan pasien seorang pria berusia 57 tahun, sedangkan menurut teori yang dikemukakan oleh (Panggabean, 2018) bahwa penyakit jantung sendiri dapat muncul dipengaruhi oleh usia, hipertensi, iskemia, stres, merokok, olahraga tidak teratur dan lain lain. Hal ini berarti sesuai antara teori dan kenyataan di lapangan.

##### **4.1.1 Riwayat Kesehatan**

Keluhan utama pada Tn. M mengeluh sesak nafas sejak sejak semalam dan memberat hari ini, badan lemas, kesadaran composmentis dan GCS 456. Data

objektif pasien terlihat pucat, akra dingin, dan adanya kulit menguning, tidak merasakan mual muntah, tampak asites perut. Menurut penulis kondisi ketika jantung tidak mampu lagi memompakan darah secukupnya dalam memenuhi kebutuhan sirkulasi tubuh untuk keperluan metabolisme jaringan tubuh pada kondisi tertentu, sedangkan tekanan pengisian kedalam jantung masih cukup tinggi.

Dari hasil pengkajian jika dikaitkan dengan teori Brunner & Suddarth (2017) bahwa pada pasien gagal jantung tanda dan gejala gagal jantung dapat berhubungan dengan ventrikel mana yang mengalami gangguan. Pada gangguan ventrikel kiri akan menimbulkan kongesti pulmonal berupa dipsnea atau sesak nafas saat beraktifitas, keletihan sedangkan pada ventrikel kanan edema dan kelemahan.

#### 4.1.2 Pemeriksaan Fisik Persistem

##### 1. B1 (*Breath*)

Bentuk dada pasien normochest, pergerakan dada simetris, ada otot bantu nafas, tidak terpasang ventilator, RR : 24-28 x/ menit, Pasien nafas takipnea, suara nafas vesikuler, ada tarikan dinding dada, ada ronkhi (+/+), wheezing (-/-), tidak ada batuk, tidak ada sputum, terdengar suara sonor saat diperkusi, vocal fremitus tidak dapat terkaji karena pasien terbaring. Terdapat nafas cuping hidung. Terpasang oksigen nassal canul 4 Lpm, SpO<sub>2</sub> 98%. Menurut penulis pada pasien CHF biasanya sering berkomplikasi dengan organ paru – paru sehingga banyak pasien CHF mengalami sesak nafas ringan hingga memberat. hal ini sejalan dengan peneliti (Rahmadhani, 2020) yang menjelaskan bahwa terjadi CHF karena jantung tidak mampu lagi

memompakan darah secukupnya dalam memenuhi kebutuhan sirkulasi tubuh untuk keperluan metabolisme jaringan tubuh pada kondisi tertentu, sedangkan tekanan pengisian kedalam jantung masih cukup tinggi. Adanya ronkhi dikarenakan adanya penumpukan cairan di paru-paru.

2. B2 (*Blood*)

Pada pemeriksaan sirkulasi didapatkan hasil sebagai berikut : Perfusi kaki dingin sampai batas paha, kering, pucat. tangan kanan kiri hangat, kering, merah. Tensi 87/56. Map 66. HR 88x/m sinus ritme. Nadi perifer teraba lemah, irreguler. Ada PVC Occasional kadang kuplet. CRT>3 detik, Suhu 36,2. Infus nacl 3 % life line, terpasang furosemide 3 mg/ jam. Vascon jalan 150 nano/kgbb/menit. Menurut penulis pasien dengan diagnose medis CHF biasanya terlihat pucat dan lemas, kondisi tersebut terjadi karena jantung tidak dapat memaksimalkan kondisinya untuk memompa darah sehingga suplai oksigen dalam darah terhambat. Hal ini sejalan dengan penelitian dari (Khasanah & Yudono, 2019) yang menjelaskan bahwa Munculnya tanda gejala tersebut berhubungan dengan adanya bendungan cairan pada system sirkulasi darah. Oleh karenanya dalam penanganan pasien CHF salah satunya dasarnya adalah mengurangi terjadinya bendungan cairan pada sirkulasi darah (JVP). Akan tetapi JVP tidak dapat di kerjakan karena pasien merasa sesak jika head up di kurangi.

3. B3 (*Brain*)

Saat pengakajian kesadaran pasien compos mentis dengan GCS E4V5M6. Pada kondisi pasien pemeriksaan status neurologis nervus kranialis tidak semua nervus karena kondisi pasien yang membuat pemeriksa tidak dapat

mengkaji dan dapat terkaji hanya beberapa nervus saja yang dapat terkaji, yaitu :

N IX (Glosofaringeal) dan XII (Hipoglosus) : tidak ada masalah, N VIII (Vestibulokoklearis), VII (Fasialis), dan V (Trigesminus): tidak ada masalah, karena pasien dapat mengangkat kedua alisnya, pendengaran pasien normal, dan pasien dapat merasakan sentuhan., Sedangkan N I (Olfaktorius), II (Optikus), III (Okulomotoris, troklearis, abduksen), IV (Okulomotoris, troklearis, abduksen), VI (Okulomotoris, troklearis, abduksen), X (Vagus), dan XI (Aksesoris) tidak dapat terkaji. Pupil isokor 3 mm/3 mm, refleks cahaya +/+, reflek patologis : reflek babinski -/-, reflek chaddock -/-, reflek Gordon -/-, reflek fisiologis : patella +/+, tidak ditemukannya hemiplegia. Menurut penulis kondisi pasien saat ini tidak mempengaruhi kesadarannya, namun jika tidak segera diatasi dapat mengakibatkan penurunan kesadaran yang drastis, karena pasien CHF merasakan kondisinya dengan sadar dan dapat segera diatasi sesuai keluhannya. Hal ini sejalan dengan penelitian dari (Utomo et al., 2019) yang menjelaskan Gejala yang timbul akibat perubahan struktur dan fungsi jantung akan berdampak secara langsung pada status fungsional pasien itu sendiri. Keterbatasan fungsional menjadi suatu hal yang sering terjadi pada pasien heart failure. Ketidakmampuan pasien heart failure untuk beradaptasi terhadap penyakitnya termasuk di dalamnya mengenal secara dini gejala penyakit (seperti sesak nafas, intoleransi aktivitas dan kelelahan) akan mempengaruhi kehidupan yang dijalannya setiap hari.

#### 4. B4 (*Bladder*)

Pada pemeriksaan perkemihan pasien Terpasang DC (+). Produksi urine 450 cc /3 jam warna kuning pekat, Intake sampai jam 09= 259 (minum 100cc, infus 125, obat 34 cc), Output 525 (urine 450, iwl 75) Balance -266. Saat palpasi tidak teraba adanya distensi kandung kemih dan tidak ada nyeri. Menurut penulis kondisi yang dialami pasien saat ini menunjukkan bahwa pasien sedang dalam pantauan untuk mengetahui apakah penyakitnya berdampak ke organ lainnya seperti ginjal. Hal ini sesuai dengan penelitian dari (Prihantono, 2013) yang menjelaskan bahwa pada pasien gagal jantung tanda dan gejala gagal jantung dapat berhubungan dengan ventrikel mana yang mengalami gangguan. Pada gangguan ventrikel kiri akan menimbulkan kongesti pulmonal berupa dipsnea/ sesak nafas saat beraktifitas, kelelahan sedangkan pada ventrikel kanan edema dan kelemahan. Pada

5. B5 (*Bowel*)

Pada saat inspeksi didapatkan mukosa bibir kering, mulut bersih, tidak ada perdarahan pada mulut dan gusi, pasien tidak mengeluh mual dan muntah, nafsu makan kurang, makan habis ½ porsi. Bentuk abdomen pasien cembung, dan terdapat pembesaran abdomen atau asites. Saat auskultasi didapatkan bising usus 12x/menit dan saat diperkusi terdengar suara timpani.

6. B6 (*Bone*)

Pada pemeriksaan muskuluskeletal didapatkan tidak ada gangguan pada kekuatan otot ekstermitas atas dan ekstermitas bawah. Pada pemeriksaan kulit tidak terdapat luka combustion, dan juga luka decubitus. Pada saat inspeksi, kulit tampak pucat, tidak terlihat adanya benjolan dan lesi pada

area kulit. Saat dilakukan palpasi didapatkan turgor kulit menurun, adanya edema anasarka. Pasien terbaring di tempat tidur. Terpasang infus di tangan kiri dan kanan dan kaki kiri. Jaundis (+). Ikterik sklera mata (+)

#### 4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai respon individu, keluarga, atau masyarakat yang diperoleh melalui proses pengumpulan data terhadap masalah kesehatan yang aktual maupun potensial guna menjaga status kesehatan. Diagnosa keperawatan yang diangkat pada Tn. M terdapat beberapa diagnose, namun peneliti berfokus pada kondisi pasien dan dapat mengancam nyawa jika tidak ditindaklanjuti, berikut penjelasan diagnosa keperawatan:

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload
2. Hipervolemia berhubungan dengan Kelebihan asupan cairan
3. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan Ketidakseimbangan ventilasi – perfusi
4. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

Dari ketiga diagnosa keperawatan pada tinjauan pustaka telah sesuai pada tinjauan kasus. Berikut penjabarannya :

1. Hipervolemia berhubungan dengan Kelebihan asupan cairan

Dalam pengkajian pasien sesuai data dari (SDKI, 2017) didapatkan data Ortopnea, dispnea, *Paroxymal Nocturnal Dyspnea* (PND), Edema anasarka dan/atau edema perifer, berat badan meningkat dalam waktu singkat, JVP dan/atau CVP meningkat , refleks hepatojugular (+). Menurut penulis kondisi yang dialami Tn. M mengalami sesak nafas dan ditemukan edema

anasarka, kondisi tersebut sering ditemukan pada pasien CHF dikarenakan jantung tidak dapat memompa darah dengan maksimal hal ini sejalan dengan penelitian (Aspiani,2016) bahwa gagal jantung kanan akan menimbulkan gejala edema dan edema pada pasien muncul dari penumpukan cairan akibat dari terganggunya mekanisme keseimbangan cairan sebagai tanda dari gagalnya ventrikel kanan memompa sehingga semua darah yang kembali dari vena tidak dapat terakomodasi.

2. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload

Dalam pengkajian pasien sesuai data dari (SDKI, 2017) didapatkan data Edema, dyspnea, nadi perifer teraba lemah, CRT>3 detik, mudah lelah, tekanan darah menurun atau bahkan bisa meningkat, warna kulit pucat, oliguria. Kondisi yang dialami Tn. M dari tekanan darah cenderung dibawah batas normal yaitu 87/56 mmHg, adanya edema, warna kulit pucat, pasien merasa sesak dan semakin memberat, hingga nadi teraba lemah, menurut penulis berpendapat bahwa setiap kegagalan jantung untuk memompa darah keseluruh tubuh dapat menurunkan curah jantung. Hal ini sejalan dengan penelitian dari (Bariyatun, 2018) yaitu kegagalan ventrikel kiri menyebabkan kongesti pulmonal dan gangguan mekanisme pengendalian pernapasan. Masalah ini akhirnya akan menyebabkan distress pernapasan. Derajat distress bervariasi dengan posisi, aktivitas, dan tingkat stress pasien. Mekanisme dyspnea dapat berkaitan dengan penurunan volume udara paru (kapasitas vital) saat udara digantikan oleh darah atau cairan interstitial.

3. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan Ketidakseimbangan ventilasi – perfusi

Dalam pengkajian pasien sesuai data dari (SDKI, 2017) didapatkan data :  
Objektif : PCO<sub>2</sub> meningkat, PO<sub>2</sub> meningkat, takikardia, pH arteri meningkat/menurun, bunyi nafas tambahan, Pusing, penglihatan kabur Sianosis, diaforesis, gelisah, nafas cuping hidung, pola nafas abnormal, warna kulit abnormal, kesadaran menurun. Menurut penulis berpendapat bahwa kondisi yang dialami pasien telah sesuai dengan tanda dan gejala, meskipun demikian biasanya pasien dengan CHF merasakan perama kali yaitu sesak yang semakin hari semakin berkepanjangan. Hal ini sejalan dengan penelitian dari (Narolita, 2018) yang menjelaskan Pasien dengan gagal jantung memiliki tanda dan gejala sesak nafas yang spesifik pada saat istirahat atau saat melakukan aktivitas, rasa lemah, tidak bertenaga, retensi air seperti kongestif paru, edema tungkai, dan terjadi abnormalitas dari struktur jantung dan fungsi jantung.

4. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

Dalam pengkajian pasien sesuai data dari (SDKI, 2017) didapatkan data pasien mengeluh lelah, dan sesak yang memberat jika setelah beraktivitas. Menurut penulis kondisi ini beriringan kurangnya suplai oksigen dalam darah ke seluruh tubuh terhambat akibat jantung tidak dapat memompa dengan sempurna. Sejalan dengan penelitian dari (Sinambela, 2020) *Congestive Heart Failure* (CHF) adalah suatu kondisi dimana jantung mengalami kegagalan dalam memompa darah guna mencukupi kebutuhan sel-sel tubuh akan nutrien 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.

### **4.3 Perencanaan Keperawatan**

Perencanaan merupakan suatu penyusunan tindakan keperawatan yang akan dilakukan untuk menanggulangi masalah sesuai diagnosa keperawatan (Darmawan, 2016). Pada perencanaan terdapat tujuan dan kriteria hasil diharapkan dapat sesuai dengan sasaran yang diharapkan terhadap kondisi pasien. Pada perumusan tujuan antara pustaka dan tinjauan kasus. Pada tinjauan kasus pada tinjauan pustaka perencanaan menggunakan kriteria hasil yang mengacu pada pencapaian tujuan, sedangkan pada tinjauan kasus perencanaan menggunakan sasaran, dalam intervensiya dengan rasional sesuai intervensi tindakan.

#### **1. Hipervolemia berhubungan dengan Kelebihan asupan cairan**

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat hipervolemi menurun. Kriteria hasil : Tingkat hipervolemi (L.08066), Pasien mengatakan hipervolemi berkurang dari skala 7 menjadi 2, Pasien menunjukkan ekspresi wajah tenang , Pasien dapat beristirahat dengan nyaman. Menurut penulis edema hingga asites yang ada pada pasien CHF berasal dari ketidakefektifan kerja jantung, akibatnya ginjal juga seing merespon untuk menahan air pada tubuh. Hal ini merupakan tanda gejala pasien CHF yang dapat kita ketahui, dibalik jantung yang sulit memompa darah untuk menyampaikan oksigen keseluruh tubuh, terdapat beberapa organ yang menjadi korbannya, seperti ginjal (Narolita, 2018)

Beberapa intervensi untuk mencapai tujuan ini antara lain adalah : (a) Periksa tanda dan gejala hipervolemik (orthopnea, dipsnea, edema, jvp

meningkat), (b) Identifikasi penyebab hipervolemik, (c) Monitor status hemodinamik, (d) Monitor intake dan output cairan, (e) Monitor tanda hemokonsentrasi, (f) Monitor kecepatan infus secara tepat, (g) Batasi asupan cairan dan garam, (h) Tinggikan kepala tempat tidur 30-40 derajat, (i) Ajarkan cara membatasi cairan, (j) Kolaborasi pemberian obat diuretik, (k) Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretik.

## 2. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan curah jantung meningkat. Kriteria hasil : (curah jantung L.02008) Tanda vital dalam rentang normal, Kekuatan nadi perifer meningkat, Tidak ada edema. Menurut penulis kekuatan nadi perifer pada pasien CHF sangat lemah, karena kurangnya suplai darah pada oksigen, hal ini bisa terjadi akibat jantung yang sebagai prioritas diagnosa karena penurunan curah jantung akan mengganggu sistem vaskularisasi darah, menyebabkan sel dan jaringan mengalami kekurangan suplai oksigen maupun nutrient, menyebabkan perubahan membrane kapiler alveolar, edema, peningkatan tekanan vena (Mustofa & Listiyanawati, 2020).

Beberapa intervensi untuk mencapai tujuan ini antara lain adalah : Identifikasi tanda dan gejala penurunan curah jantung (dipsneu, kelelahan, edema, orthopnea), Monitor tekanan darah, Monitor intake dan output cairan, Monitor saturasi oksigen, Monitor EKG, Monitor aritmia, Posisikan pasien semi fowler (30 derajat dengan bantal), Berikan dukungan emosional dan spiritual, Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%, Ajarkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan, Kolaborasi pemberian anti aritmia jika perlu. Kendala yang di hadapi di lapangan, keluarga pasien jarang menunggu

pasien karena harus bekerja, sehingga sampai dengan penulis selesai pengambilan data tidak pernah bertemu dengan keluarga.

3. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan Ketidakseimbangan ventilasi – perfusi

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pertukaran gas meningkat. Kriteria hasil : (Pertukaran gas L.01003), Dipsnea menurun, bunyi nafas tambahan menurun, pola nafas membaik, PCO<sub>2</sub> dan O<sub>2</sub> membaik. Menurut penulis pasien dengan *Congestive Heart Failure* (CHF) atau gagal jantung kongestif adalah suatu kondisi patofisiologis dicirikan oleh adanya bendungan (kongesti) di paru atau sirkulasi sistemik yang disebabkan karena jantung tidak mampu memompa darah yang beroksigen secara cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme jaringan (Khairul, 2019)

Beberapa intervensi untuk mencapai tujuan ini antara lain adalah : Monitor frekuensi irama, kedalaman dan upaya nafas, Monitor pola nafas, Monitor kemampuan batuk efektif, Monitor nilai AGD, Monitor saturasi oksigen, Auskultasi bunyi nafas, Dokumentasikan hasil pemantauan, Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan, Informasikan hasil pemantauan, *jika perlu*, Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktifitas dan/atau tidur.

4. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan toleransi aktifitas meningkat., Kriteria hasil : Toleransi aktivitas (L.05047), kemampuan melakukan aktifitas sehari-hari meningkat, Pasien Mampu berpindah dengan atau tanpa bantuan, Pasien mengatakan dipsnea saat dan/atau setelah aktifitas

menurun.

Beberapa intervensi untuk mencapai tujuan ini antara lain adalah : Monitor kelelahan fisik dan emosional, Monitor pola dan jam tidur, sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan) Berikan aktifitas distraksi yang menenangkan Anjurkan tirah baring, Anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap, Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan

#### **4.4 Pelaksanaan Keperawatan**

Implementasi adalah suatu kegiatan yang terencana, bukan hanya suatu aktifitas dan dilakukan secara sungguh-sungguh berdasarkan acuan norma-norma tertentu untuk mencapai tujuan kegiatan.

##### **1. Hipervolemia berhubungan dengan Kelebihan asupan cairan**

Tindakan yang dilakukan pada pasien adalah dengan manajemen hipervolemia, hal ini perlu dilakukan untuk pemantauan intake maupun output pada pasien setiap waktunya guna mengetahui balance cairan yang ada pada pasien. Menurut penulis pasien yang mengalami CHF kemungkinan besar mengalami hipervolemia dikarenakan adanya penyumbatan atau bendungan yang terjadi di jantung dan menyebabkan organ lain seperti ginjal menerima respon untuk menahan pengeluaran cairan ditubuh, itu sebabnya pasien CHF sering ditemukannya edema hingga asites. Hal ini sejalan dengan penelitian dari (Astuti et al., 2018) yang menjelaskan bahwa bahwa gagal jantung adalah suatu keadaan ketika jantung tidak mampu mempertahankan sirkulasi yang cukup bagi tubuh, meskipun tekanan pengisian vena normal

##### **2. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload**

Tindakan yang dilakukan pada pasien adalah perawatan jantung, hal ini untuk mengetahui tanda – tanda vital dan kesadaran pada pasien, sejauh ini pasien dalam tekanan darah yang cenderung dibawah batas normal namun telah mendapatkan terapi Vascon dengan dosis 50nano serta obat oral yang diberikan ke pasien. Menurut penulis tekanan darah berpotensi menurun bahkan sangat drastris mengalami peningkatan pada pasien CHF dikarenakan pada gagal jantung kiri darah dari atrium kiri ke ventrikel kiri mengalami hambatan, sehingga atrium kiri dilatasi dan hipertrofi. Aliran darah paru ke atrium kiri terbung. Akibatnya tekanan dalam vena pulmonalis, kapiler paru dan arteri pulmonalis meninggi. Bendungan terjadi juga di paru yang akan mengakibatkan edema paru, sesak saat bekerja (*dypnea d'effort*), atau waktu istirahat (*ortopnea*) (Astuti et al., 2018).

3. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan Ketidakseimbangan ventilasi – perfusi

Tindakan yang dilakukan pada pasien adalah pemantauan respirasi, pada kondisi saat ini pasien terpasang nasal canul 4lpm, dengan saturasi 98%, pasien merasa tidak nyaman sehingga saturasi sempat menurun hingga 88%, setelah mendapatkan KIE tentang pentingnya menggunakan nasal canul dan pasien memahaminya, saturasi meningkat kembali ke 95%. Menurut penulis sesak yang dirasakan oleh pasien merupakan dari banyaknya cairan yang tertahan di paru-paru, yang mengakibatkan rasa sesak yang memberat. Hal ini sejalan dengan penelitian dari (Astuti, 2020) yang menyatakan bahwa Salah satu gejala dari gagal jantung adalah sesak nafas, untuk mengurangi sesak nafas agar tidak terjadi komplikasi atau kecanduan dari obat yang

selalu di minum, maka diberikanlah terapi nonfarmakologi yaitu dengan melakukan pemberian posisi semi flower 45 derajat, pemberian O<sub>2</sub>, *Deep breathing exercise, Slow Deep Breathing*

4. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

Tindakan yang dilakukan pada pasien adalah manajemen energy yaitu dengan pemantauan aktivitas, identifikasi penyebab kelelahan atau lemas. Kondisi pasien masih terlihat lemas, makan habs ½ porsi dan terbaring lemas. Menurut penulis kondisi yang dialami pasien menjelaskan bahwa Sindrom klinis yang timbul akibat gagal jantung diantaranya adalah perfusi jaringan, dan penurunan intoleransi aktivitas sehari- hari. Gambaran tersebut menunjukkan salah satu permasalahan orang Gagal jantung adalah intoleransi aktivitas. Hal ini sejalan penelitian dari (Isnaeni & Puspitasari, 2018) bahwa tindakan keperawatan untuk mengatasi intoleransi aktivitas diperoleh hasil bahwa level toleransi klien dari hari kehari mengalami peningkatan. Keluhan sesak nafas, dan kelelahan berkurang selama maupun sesudah melakukan aktivitas, klien mampu berpartisipasi dalam kegiatan kebutuhan dasar mandiri, klien mampu melakukan latihan aktivitas secara bertahap sesuai kondisi klien.

#### **4.5 Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi keperawatan adalah kegiatan yang terus menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan

1. Hipervolemia berhubungan dengan Kelebihan asupan cairan

Evaluasi keperawatan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 keseimbangan cairan meningkat, pasien masih terlihat oedema namun sudah menurun derajat pitting edemanya. Masalah teratasi sebagian di tanggal 03 Juni 2022. Intervensi yang tetap dilanjutkan yaitu Monitor status hemodinamik, Monitor intake dan output cairan, Monitor tanda hemokonsentrasi, Kolaborasi pemberian obat diuretik.

2. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload

Evaluasi keperawatan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 curah jantung meningkat, tekanan darah pasien masih dibawah batas normal yakni 75/56, terapi farmakologi tetap diberikan, masalah belum teratasi, intervensi yang dilanjutkan Monitor takanan darah, Monitor intake dan output cairan, Monitor saturasi oksigen, Monitor EKG, Monitor aritmia.

3. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan Ketidakseimbangan ventilasi – perfusi

Evaluasi keperawatan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 pertukaran gas meningkat, pasien masih merasa sesak namun cukup berkurang, saturasi oksigen dalam batas normal (97-98 %), dengan demikian masalah teratasi sebagian di tanggal 03 Juni 2022, intervensi yang dilanjutkan Monitor nilai AGD, Monitor saturasi oksigen, Auskultasi bunyi nafas, Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktifitas dan/atau tidur

4. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

Evaluasi keperawatan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 toleransi aktivitas meningkat, pasien masih terbaring lemah, hanya bisa

mobilisasi diatas kasur, dan kemungkina juga akibat terpasang alat pemantauan sehingga membuat pergerakan tidak bebas, masalah belum teratasi, interensi dilanjutkan

## BAB 5

### PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan kasus pada pasien Tn. M dengan diagnosa medis *Congestive Heart Failure* (CHF) di Ruang CPU RSPAL dr. Ramelan Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan dengan diagnosa *Congestive Heart Failure* (CHF)

#### 6.1 Simpulan

##### 1. Pengkajian

Pengkajian Tn. M didapatkan sesak nafas sejak sejak semalam dan memberat hari ini, badan lemes, kesadaran composmentis dan GCS 456. RR 24-28 x/mnt, pasien tampak takipnea, tampak pucat, dan edema anasarca, sehingga mengangkat diagnosa keperawatan hipervolemi, penurunan curah jantung

##### 2. Masalah keperawatan

Masalah keperawatan yang muncul Hipervolemia berhubungan dengan Kelebihan asupan cairan, Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload, Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan Ketidakseimbangan ventilasi – perfusi, Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

##### 3. Intervensi

Intervensi yang terdapat dalam tinjauan pustaka tidak semua tercantum pada tinjauan kasus, tetapi disesuaikan dengan diagnosis dan etiologi dari masalah keperawatan tersebut. Rencana tindakan keperawatan yang telah

dibuat tidak semua dapat dilaksanakan. Pelaksanaan tindakan keperawatan menyesuaikan dengan kondisi pasien dan fasilitas yang menunjang.

4. Implementasi dan evaluasi

Evaluasi dan analisis tindakan keperawatan pada pasien dengan masalah keperawatan hipervolemia teratasi sebagian, sedangkan penurunan curah jantung, gangguan pertukaran gas, dan intoleransi aktivitas masih dalam pantauan.

5. Pendokumentasian

Pendokumentasian tindakan keperawatan dilakukan dalam tertulis yang diletakan pada catatan perkembangan pasien agar dapat terbaca dan dapat diketahui secara jelas perkembangan pada Tn.M

## 5.2 Saran

Sesuai dari simpulan di atas, penulis memberikan saran sebagai berikut:

1. Pasien dan keluarga hendaknya lebih memperhatikan dalam hal perawatan pasien dengan diagnosa medis *Congestive Heart Failure* (CHF) seperti memenuhi kebutuhan pasien yang dibutuhkan dan selalu mendoakan pasien supaya cepat pulih
2. Ruangan CPU hendaknya meningkatkan kualitas pelayanan yaitu dengan memberikan kesempatan perawat untuk mengikuti pendidikan berkelanjutan baik formal maupun informal. Mengadakan pelatihan internal yang diikuti oleh perawat khususnya semua perawat CPU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya mengenai perawatan pada pasien dengan diagnosa medis *Congestive Heart Failure* (CHF), dan memberikan informasi mengenai batasan cairan baik melalui leaflet ataupun lembar SOP di ruangan.

3. Perawat di ruang CPU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya hendaknya lebih meningkatkan pengetahuan serta skill dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis *Congestive Heart Failure* (CHF) misalnya dengan mengikuti seminar atau pelatihan tentang bagaimana tata laksana pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis sepsis.
4. Penulis selanjutnya dapat menggunakan karya tulis ilmiah ini sebagai salah satu sumber data dan untuk penelitian selanjutnya dan dilakukan penelitian lebih lanjut mengenai penerapan perawatan pada pasien dengan diagnosa medis *Congestive Heart Failure* (CHF).

**SKALA PENGUKURAN RESIKO DEKUBITUS  
(Modified Norton)**

<b>KOMPONEN</b>	<b>INDIKATOR</b>	<b>SKOR POIN</b>	<b>POIN PASIEN</b>
<b>Umur</b>	Lebih dari 60 tahun	1	<b>2</b>
	Kurang dari 60 tahun	2	
	Kurang dari 30 tahun	3	
	Kurang dari 10 tahun	4	
<b>Motivasi</b>	Kooperatif	1	<b>2</b>
	Kurang kooperatif	2	
	Cukup kooperatif	3	
	Sangat kooperatif	4	
<b>Kondisi kulit</b>	Terdapat luka, alergi, laserasi	1	<b>4</b>
	Basah	2	
	Kering bersisik	3	
	Normal	4	
<b>Penyakit menyertai</b>	Arteri oklusi	1	<b>3</b>
	Multiple sklerosis, adiposis	2	
	Penyakit kronik/ demam/ DM	3	
	Tidak ada	4	
<b>Keadaan umum</b>	Buruk	1	<b>2</b>
	Kurang	2	
	Cukup	3	
	Baik	4	
<b>Kondisi mental</b>	Stupor	1	<b>4</b>
	Bingung	2	
	Apatis	3	
	Sadar penuh	4	
<b>Aktivitas</b>	Stupor	1	<b>2</b>
	Berpindah di kursi roda	2	
	Berjalan dengan bantuan	3	
	Ambulasi bebas	4	
<b>Mobilitas</b>	Imobilitas	1	<b>2</b>
	Sangat terbatas	2	
	Sedikit terbatas	3	
	Bebas	4	
<b>Inkontinensia</b>	Alvi dan urin	1	<b>1</b>
	Terkadang urin	2	
	Jarang	3	
	Tidak ada inkontinensia	4	

**PENILAIAN**

Resiko rendah : 24 - 25

Resiko sedang : 19 - 23

Resiko tinggi : 14 - 18

Resiko sangat tinggi : 9 -13

### Pengukuran Skala Pasien Jatuh

(Adaptasi , Morse Fall Scale)

No	INDIKATOR	POIN		POIN PASIEN
		Iya	Tidak	
1	Ada riwayat jatuh dalam waktu 3 bulan terakhir	25	0	<b>0</b>
2	Memiliki lebih dari 1 diagnosa medis	15	0	<b>15</b>
3	Pergerakan a. Bed rest total / bantuan perawat b. Tongkat / kursi roda/ kruk c. Berpegangan benda sekitar	0 15 30	-	<b>0</b>
4	Dipasang IV line/ heparin lock	20	0	<b>20</b>
5	a. Postur tubuh dapat berdiri tegak b. Lemah / berdiri agak membungkuk/ menyeret c. Sempoyongan/ selalu menunduk	0 10 20	-	<b>20</b>
6	a. Sadar akan keterbatasannya b. Tidak sadar akan keterbatasannya	0 15	-	<b>0</b>

### Penilaian

Skor	Interpretasi	Saran
0-24	Tidak beresiko	Perawatan kebutuhan dasar manusia baik
25 – 50	Resiko rendah	Implementasi standar pencegahan jatuh
>51	Resiko tinggi	Implementasi tindakan pencegahan resiko tinggi jatuh

## DAFTAR PUSTAKA

- Ananda Putra, R. (2018). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Congestive Heart Failure (CHF) Di Bangsal Jantung RSUP Dr.Djamil Padang*. Retrieved From [Http://Pustaka.Poltekkespdg.Ac.Id/Index.Php?P=ShowDetail&Id=5245&Keywords=](http://Pustaka.Poltekkespdg.Ac.Id/Index.Php?P=ShowDetail&Id=5245&Keywords=)
- Asmadi. (2008). *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta.
- Aspaiani,R.Y. (2016). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Pada pasien Gangguan Kardiovaskuler : aplikasi nic&noc*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Dinarti, & Muryanti, Y. (2017). *Bahan Ajar Keperawatan: Dokumentasi Keperawatan*. 1–172. Retrieved from <http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wpcontent/uploads/2017/11/praktika-dokumen-keperawatan-dafis.pdf>.
- Gledis, M., & Gobel, S. (2016). Hubungan Peran Perawat Dengan Tingkat Kepuasan Pasien Di Rs Gmibm Monompia Kota Mabagu Kabupaten Bolaang Mongondow. *Elektronik Keperawatan*, 4(2), 1–6. <https://doi.org/10.22460/infinity.v2i1.22>.
- Kemenkes RI. (2018). *Hasil Utama Riskesdas 2018*.
- Mahananto, F., & Djunaidy, A. (2017). Simple Symbolic Dynamic of Heart Rate Variability Identify Patient with Congestive Heart Failure. *Procedia ComputerScience*, 124, 197–204.<https://doi.org/10.1016/j.procs.2017.12.147>
- Melanie, R. (2012). Analisis Pengaruh Sudut Posisi Tidur terhadap Kualitas Tidur dan Tanda Vital Pada Pasien Gagal Jantung Di Ruang Rawat Intensif RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung. *Analisis Pengaruh Sudut Posisi Tidur Terhadap Kualitas Tidur Dan Tanda Vital Pada Pasien Gagal Jantung Di Ruang Rawat Intensif RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung*, 15.
- Nugroho, F. A. (2018). Perancangan Sistem Pakar Diagnosa Penyakit Jantung dengan Metode Forward Chaining. *Jurnal Informatika Universitas Pamulang*, 3(2), 75. <https://doi.org/10.32493/informatika.v3i2.1431>.
- Nurdamailaila.(2017). *Congestive Heart Failure (Gagal Jantung*. diakses pada tanggal20/08/2019 melalui <https://nurdamailaia.blogspot.com/2017>
- Nurarif,a.h. (2015).*Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosis Medis Dan Nanda Nic Noc*.yogyakarta : medication publishing yogyakarta.
- Ongkowijaya, J., & Wantania, F. E. (2016). *Hubungan Hiperurisemia Dengan Kardiomegali Pada Pasien Gagal Jantung Kongestif*. 4, 0–5.
- Pertiwiwati, E., & Rizany, I. (2017). Peran Educator Perawat Dengan Pelaksanaan Discharge Planning Pada Pasien Di Ruang Tulip 1c Rsud Ulin Banjarmasin. *Dunia Keperawatan*, 4(2), 82. <https://doi.org/10.20527/dk.v4i2.2509>.

- PPNI, Tim Pokja SDKI DPP. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. DPP PPNI. Jakarta Selatan.
- PPNI, Tim Pokja SIKI DPP . (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. DPP PPNI. Jakarta Selatan.
- PPNI, Tim Pokja SLKI DPP. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. DPP PPNI. Jakarta Selatan.
- Priharjo, robert. (2013). *Pengkajian Fisik Keperawatan*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran. EGC.
- Pusat Data dan Informasi. (2014). Infodatin : Situasi Kesehatan Jantung. *Pusat Data Dan Informasi Kementerian Kesehatan RI*,1–8. Retrieved from [www.depkes.go.id/download.php?file=download/pusdatin/infodatin/infodatin-jantung.pdf](http://www.depkes.go.id/download.php?file=download/pusdatin/infodatin/infodatin-jantung.pdf).
- Russel, D. M. (2011). *6 Bebas Dari Penyakit Paling Mematikan* (Tim MedPre). Yogyakarta.
- Smeltzer,S. C., Bare, B. G.,2001, *Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah*. Brunner & suddarth. Vol.2.E/8”. Jakarta : EGC.
- Starry Homenta, R. (2014). *Buku Praktis Kardiologi*. Jakarta : Badan Penerbit FKUI.

**Lampiran 1***CURICULUM VITAE*

Nama : Bainatul Rochmah, S.Kep.  
 Tempat, Tanggal lahir : Surabaya, 03 Januari 1983  
 Alamat : Manukan Indah Gg VI blok 19F/5 Surabaya  
 Agama : Islam  
 Email : [rochmah83.br@gmail.com](mailto:rochmah83.br@gmail.com)

Riwayat pendidikan :

<b>Tahun lulus</b>	<b>Program Pendidikan</b>	<b>Institusi</b>
1995	Sekolah Dasar	SDN Tandes Lor II Sby
1998	Sekolah Menengah Pertama	SMP Negeri 25 Sby
2001	Sekolah Menengah Umum	SMUN 2 Sby
2004	Diploma III Keperawatan	Yayasan RSI Surabaya
2021	Strata I Keperawatan	STIKES Hang Tuah Surabaya

**Lampiran 2****MOTTO DAN PERSEMBAHAN**

*“bersyukur di segala kondisi. Tetap maju walau  
banyak yang meragukan keberhasilanmu”*

Karya Ilmiah Akhir ini saya persembahkan Kepada:

Bapak ku Alm.Djumadi, ibuku Satun/Bainah , suami, anak-anak dan keluarga tercinta yang telah mendukung saya untuk sekolah.

Teman -teman Ners yang sudah membantu dalam perkuliahan dan praktik .

Teman-teman ICU RS BDH atas dukungan dan doanya.







