

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. A DENGAN DIAGNOSA MEDIS
CONGESTIVE HEART FAILURE (CHF) DI RUANG ICCU
RSPAL DR. RAMELAN SURABAYA**



Oleh:

ADINDA PRAYETNO WULANDARI, S.Kep
NIM. 2130009

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

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. A DENGAN DIAGNOSA MEDIS
CONGESTIVE HEART FAILURE (CHF) DI RUANG ICCU
RSPAL DR. RAMELAN SURABAYA**

**Karya Ilmiah Akhir ini diajukan sebagai salah satu syarat
untuk memperoleh gelar Ners**



Oleh:

ADINDA PRAYETNO WULANDARI, S.Kep
NIM. 2130009

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA
SURABAYA
2021**

HALAMAN PERNYATAAN

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

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Surabaya, 05 Juli 2022



Adinda Prayetno Wulandari, S.Kep
NIM. 2130009

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa.

Nama : Adinda Prayetno Wulandari, S.Kep

NIM : 2130009

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Tn. A dengan Diagnosis

Medis Congestive Heart Failure (CHF) Di Ruang

ICCU RSPAL dr. Ramelan Surabaya

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

NERS (Ns.)

Surabaya, Juni 2022

Pembimbing

Sri Anik Rustini, S.H., S.Kep., Ns., M.Kes.

NIP.03054

Mengetahui

**STIKES Hang Tuah Surabaya
Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners**

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

NIP. 03009

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari:

Nama : Adinda Prayetno Wulandari, S.Kep.

NIM : 2130009

Program Studi: Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan pada Tn. A dengan Diagnosa Medis
Congestive Heart Failure (CHF) di Ruang ICCU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji karya ilmiah akhir di STIKES Hang
Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk
memperoleh gelar “NERS” pada prodi Pendidikan Profesi Ners STIKES Hang
Tuah Surabaya

Penguji I : Dwi Priyantini, S.Kep., Ns., M. Sc. _____

03.006

Penguji II : Sri Anik Rustini, S.H., S.Kep., Ns., M.Kes. _____

03054

Penguji III : Effiana Abidin, S.Kep., Ns _____

Penata III/c NIP.197701212005012003

Mengetahui
STIKES Hang Tuah Surabaya
Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners

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

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada penulis, 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 TNI dr. Gigih Imanta J, Sp.PD., Finansim., M.M selaku Kepala RSPAL dr. Ramelan Surabaya
2. Laksamana Pertama TNI (Purn) Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes selaku Ketua STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan profesi ners di STIKES Hang Tuah Surabaya
3. Ibu Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Ibu Dwi Priyantini, S.Kep., Ns., Msc selaku Ketua Penguji terima kasih atas saran, kritik dan bimbingan demi kesempurnaan penyusunan karya tulis ilmiah ini.
5. Ibu Sri Anik Rustini, S.H., S.Kep., Ns., M.Kep selaku Pembimbing yang penuh kesabaran dan penuh perhatian memberikan saran, kritik dan bimbingan demi kesempurnaan penyusunan karya ilmiah akhir.
6. Ibu Effiana Abidin, S.Kep., Ns Pembimbing lahan yang penuh kesabaran dan penuh perhatian memberikan saran, kritik dan bimbingan demi kesempurnaan penyusunan karya ilmiah akhir.
7. Seluruh staf dan karyawan STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan bantuan dalam kelancaran proses belajar selama perkuliahan.

8. Teman-teman sealmamater Profesi Ners di STIKES Hang Tuah Surabaya yang selalu bersama-sama dan menemani dalam pembuatan karya ilmiah akhir ini.
9. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdo'a semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.

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

Surabaya 5 Juli 2022

Penulis,

(Adinda Prayetno Wulandari,
S.Kep)

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
DAFTAR SINGKATAN.....	xii
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penulisan	4
1.4 Manfaat Penulisan	5
1.5 Metode Penulisan	6
1.6 Sistematika Penulisan.....	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Dasar CHF	9
2.1.1 Pengertian CHF	9
2.1.2 Anatomi dan Fisiologi Jantung	9
2.1.3 Etiologi CHF	10
2.1.4 Patofisiologi CHF.....	24
2.1.5 Klasifikasi dan Tanda Gejala CHF	24
2.1.6 Penatalaksanaan CHF.....	26
2.1.7 Komplikasi CHF	26
2.1.8 Pemeriksaan Penunjang CHF.....	27
2.1.9 Penatalaksanaan CHF.....	31
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan	22
2.2.1 Pengkajian Keperawatan.....	22
2.2.2 Diagnosa Keperawatan	24
2.2.3 Intervensi Keperawatan	26
2.2.4 Implementasi Keperawatan.....	29
2.2.5 Evaluasi Keperawatan.....	29
2.3 Konsep Masalah.....	30
BAB 3 TINJAUAN KASUS	
3.1 Pengkajian.....	31
3.1.1 Data Umum	31
3.1.2 Riwayat Sakit dan Kesehatan	31
3.1.3 Pemeriksaan Fisik.....	32
3.1.4 Pemeriksaan Penunjang.....	35

3.1.5 Terapi Obat.....	37
3.1.6 Lembar Observasi Pasien	38
3.2 Diagnosa Keperawatan	38
3.2.1 Analisa Data	39
3.2.2 Daftar Masalah Keperawatan.....	41
3.2.3 Prioritas Masalah Keperawatan.....	42
3.3 Intervensi Keperawatan	43
3.4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan.....	46
3.5 Evaluasi Keperawatan	55
BAB 4 PEMBAHASAN	
4.1 Pengkajian Keperawatan.....	57
4.2 Diagnosa Keperawatan	62
4.3 Intervensi Keperawatan.....	65
4.4 Implementasi Keperawatan.....	66
4.5 Evaluasi Keperawatan.....	67
BAB 5 PENUTUP	
5.1 Simpulan	69
5.2 Saran.....	70
DAFTAR PUSTAKA	72
Lampiran	74

DAFTAR TABEL

2.1 Klasifikasi CHF.....	14
2.2 Tanda dan Gejala.....	15
2.3 Intervensi Keperawatan.....	26
3.1 Pemeriksaan Laboratorium Patologi Tanggal 1/6/22.....	35
3.2 Pemeriksaan Laboratorium patologi Tanggal 2/6/22.....	36
3.3 Pemeriksaan EKG	36
3.4 Terapi Obat Tanggal 2/6/22	37
3.5 Lembar Observasi Pada Tn. A Tanggal 2/6/22 Dengan Diagnosa CHF di Ruang ICCU RSPAL dr. Ramelan Surabaya.....	38
3.6 Lembar Observasi Pada Tn. A Tanggal 3/6/22 Dengan Diagnosa CHF di Ruang ICCU RSPAL dr. Ramelan Surabaya.....	38
3.7 Lembar Observasi Pada Tn. A Tanggal 4/6/22 Dengan Diagnosa CHF di Ruang ICCU RSPAL dr. Ramelan Surabaya.....	39
3.8 Analisa Data Pada Tn. A Dengan Diagnosa Medis CHF di Ruang ICCU RSPAL dr. Ramelan Surabaya.....	39
3.9 Daftar Masalah Keperawatan.....	41
3.10 Prioritas Masalah keperawatan	42
3.11 Intervensi Keperawatan.....	43
3.12 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan	46
3.13 Evaluasi Keperawatan.....	55

DAFTAR GAMBAR

2.1 Anatomi Jantung	9
2.2 Ruang Jantung	10
2.3 Ventricular Assist Devices	17
2.4 Cardiac Resynchroni Zation Therapy	18
2.5 Konsep Masalah CHF	32

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Curriculum Vitae	74
Lampiran 2 Motto & Persembahan.....	75
Lampiran 3 Foto Thorax	77
Lampiran 4 Foto EKG.....	78

DAFTAR SINGKATAN

CHF : Congestive Heart Failure

KIA : Karya Ilmiah Akhir

TD : Tekanan darah

N : Nadi

S : Suhu

RR : Respiration rate

CTR : Cardio Thorax Ratio

% : Persen

° : Derajat

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Congestive Heart Failure (CHF), disebut juga gagal jantung kongestif, merupakan sindrom klinis akibat kerusakan struktural dan fungsional jantung yang menyebabkan berkurangnya volume darah yang dipompa oleh jantung (Inamdar dan Inamdar, 2016). *Congestive Heart Failure* (CHF) yaitu ketidakmampuan jantung memompa darah ke seluruh tubuh sehingga jantung hanya memompa darah dalam waktu yang singkat dan dinding otot jantung yang melemah tidak mampu memompa dengan adekuat. Bila terjadi kegagalan jantung hal ini akan mengakibatkan bendungan cairan dalam beberapa organ tubuh dan menyebabkan edema (Udjianti, Wajan Juni, 2013). Perkembangan penyakit CHF pada seseorang semakin hari semakin memburuk. Pasien yang mengalami CHF akan mengalami masalah fisik dengan tanda dan gejala yang khas. Hal tersebut membuat kondisi pasien semakin buruk dan keluhan akan penyakit seringkali muncul seperti sesak nafas, intoleransi aktivitas, mudah lelah, dan pergelangan kaki yang bengkak. Semakin menurunnya curah jantung juga menyebabkan insomnia dan penurunan berat badan pada kasus gagal jantung yang berat (Nurkhalis & Adista, 2020).

Congestive Heart Failure (CHF) merupakan penyebab kematian serta disabilitas yang cukup besar dan kejadian yang terus meningkat (Agung dkk, 2016). *Congestive Heart Failure* (CHF) telah ditetapkan sebagai pandemi global karena telah menyerang 64 juta orang di dunia (Groenewegen et al., 2020). Pada tahun 2019, penyakit ini diperkirakan memakan biaya 364,17 miliar US dollar di dunia

dan 5.380 US dollar dihabiskan pada setiap kasusnya atau setara kurang lebih 77 juta rupiah (Lippi dan Sanchis-Gomar, 2020). Terdapat 915.000 kasus baru tiap tahunnya dengan insiden yang mendekati 10 per 1.000 pada usia >65 tahun di Amerika Serikat (Savarese dan Lund, 2017). Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar tahun 2018, prevalensi *Congestive Heart Failure* (CHF) di Indonesia adalah sebesar 1,5% atau sekitar 1.017.290 penduduk, untuk urutan yang kedua ada pada provinsi Jawa Timur yaitu dengan jumlah 151.878 orang (Kementerian Kesehatan RI, 2018). Prevalensi kejadian CHF di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya dihitung dari jumlah pasien rawat inap sejak bulan Januari 2021 sampai dengan Juni 2022 sebanyak 363 pasien. Di ruang ICCU sendiri, selama bulan Januari sampai Maret 2022 jumlah pasien yang pernah dirawat atas indikasi CHF sebanyak 8 orang.

Congestive Heart Failure (CHF) terjadi akibat ketidakmampuan otot jantung dalam memompa darah keseluruh tubuh, sehingga mengakibatkan terjadinya penurunan kontraktilitas jantung. Kondisi yang mendasari penyebab kelainan fungsi otot jantung antara lain aterosklerosis koroner, hipertensi arterial, dan penyakit degeneratif atau inflamasi (Karson, 2017 dalam Aritonang, 2019). Sesak nafas adalah suatu ketidaknyamanan atau kesulitan bernafas yang disebabkan oleh penyakit paru-paru, penyakit jantung, anemia dan kurangnya berolahraga (American Thoracic Society, 2013; 3-4). Pasien CHF yang mengalami tiba – tiba sesak nafas yang berat saat bangun dari tidur (Paroxysmal nocturnal Dyspnea), dapat berefek kearah eksaserbasi/perburukan akut kongesti jantung, edema paru dan akhirnya kematian (Black & Hawks, 2014; 110:112 dalam Purwowiyoto, 2018).

Pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) perencanaan dan tindakan asuhan keperawatan yang dapat dilakukan diantaranya yaitu memperbaiki kontraktilitas atau perfusi sistemik, istirahat total dalam posisi semi fowler, memberikan terapi oksigen sesuai dengan kebutuhan, menurunkan volume cairan yang berlebih dengan mencatat asupan dan haluaran. Prognosis pada CHF akan buruk bila penyebabnya tidak dapat diperbaiki. Setengah dari populasi pasien penderita CHF akan meninggal dalam empat tahun sejak diagnosis ditegakkan, dan lebih dari 50% akan meninggal dalam tahun pertama pada pasien yang mengalami gagal jantung berat. Rehabilitasi medik merupakan kegiatan untuk meningkatkan kemampuan fungsional seseorang sesuai dengan potensi yang dimiliki untuk mempertahankan dan atau meningkatkan kualitas hidup dengan cara mencegah atau mengurangi impairment, disabilitas, dan handicapt semaksimal mungkin (Kemenkes RI 2018). Adapun peran perawat yaitu care giver merupakan peran dalam memberikan asuhan keperawatan dengan pendekatan pemecahan masalah sesuai dengan metode dan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi sampai evaluasi (Gledis & Gobel, 2016). Selain itu perawat berperan melakukan pendidikan kepada pasien dan keluarga untuk mempersiapkan pemulangan dan kebutuhan untuk perawatan tindak lanjut di rumah (Pertiwati & Rizany, 2017).

1.2 Rumusan Masalah

Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan ini, maka penulis akan melakukan kajian lebih lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan *congestive heart failure* (CHF) dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut

“Bagaimana pelaksanaan asuhan keperawatan dengan diagnosa medis CHF (*Congestive Heart Failure*) pada Tn. A di Ruang ICCU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya?”

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa medis gagal jantung *Congestive haerth failure* (CHF) di Ruang ICCU RSPAL Dr.Ramelan Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengkaji klien dengan diagnosa medis *Congestive Haerth Failure* (CHF) di ruang ICCU RSPAL Dr.Ramelan Surabaya.
2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada klien dengan diagnosa *Congestive Haerth Failure* (CHF) di ruang ICCU RSPAL Dr.Ramelan Surabaya.
3. Merencanakan asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa *Congestive Haerth Failure* (CHF) di ruang ICCU RSPAL Dr.Ramelan Surabaya.
4. Melaksanakan asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa *Congestive Haerth Failure* (CHF) di ruang ICCU RSPAL Dr.Ramelan Surabaya.
5. Mengevaluasi klien dengan diagnosa medis *Congestive Haerth Failure* (CHF) di ruang ICCU RSPAL Dr.Ramelan Surabaya.
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan klien dengan diagnosa *Congestive Haerth Failure* (CHF) di ruang ICCU RSPAL Dr.Ramelan Surabaya.

1.4 Manfaat

1. Akademis hasil studi kasus ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis *Congestive Heart Failure* (CHF) di ICCU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

2. Secara praktis, tugas akhir ini akan bermanfaat bagi :

a. Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit

Hasil studi kasus ini, dapat menjadi masukan bagi pelayan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis *Congestive Heart Failure* (CHF).

b. Bagi peneliti

Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis *Congestive Heart Failure* (CHF) di ICCU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

c. Bagi profesi kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis *Congestive Heart Failure* (CHF) di ICCU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1.5 Metode Penulisan

1.5.1 Metode

Metode yang digunakan penulis dalam pembuatan karya ilmiah akhir ini adalah deskriptif, dimana penulis menggambarkan asuhan keperawatan pada pasien

Congestive Heart Failure (CHF) dengan pendekatan proses keperawatan dengan langkah – langkah pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

1.5.2 Tehnik Pengumpulan Data

Dalam pembuatan karya ilmiah akhir ini, penulis melakukan pengumpulan data dengan melakukan beberapa cara berikut :

1. Wawancara

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

2. Observasi

Data yang diambil melalui pengamatan secara langsung terhadap keadaan, reaksi, sikap dan perilaku pasien yang dapat diamati.

3. Pemeriksaan

Pemeriksaan meliputi pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang laboratorium yang dapat menunjang menegakkan diagnose dan penanganan selanjutnya.

1.5.3 Sumber Data

Dalam pengumpulan data, sumber data yang membantu penulis dalam pelayanan karya akhir ilmiah ini adalah sebagai berikut :

1. Data primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari pasien

2. Data sekunder

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

1.6 Sistematika Penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul studi kasus ini menjadi tiga bagian, yaitu :

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

BAB 1 : Pendahuluan, berisi tentang latar belakang masalah perumusan masalah, tujuan, manfaat penulisan dan sistematika penulisan karya ilmiah akhir.

BAB 2 : Tinjauan Pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari segi medis dan asuhan keperawatan pasien dengan *Congestive Heart Failure* serta kerangka masalah.

BAB 3 Tinjauan Kasus, berisi tentang deskripsi data hasil pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi asuhan keperawatan pasien.

BAB 4 : Pembahasan, berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan.

BAB 5 : Penutup, berisi kesimpulan dan saran.

Bagian akhir, terdiri dari dari daftar pustaka dan lampiran

BAB 2

TINJAUAN TEORI

Bab ini membahas mengenai konsep, landasan teori dan berbagai aspek, meliputi: 1) Konsep Penyakit *Congestive Heart Failure* (CHF), 2) Konsep Asuhan Keperawatan *Congestive Heart Failure* (CHF), Konsep Masalah Pada *Congestive Heart Failure* (CHF).

2.1 Konsep Penyakit *Congestive Heart Failure* (CHF)

2.1.1 Pengertian *Congestive Heart Failure* (CHF)

Menurut Nurkhalis and Adista, (2020) gagal jantung merupakan keadaan dimana jantung tidak mampu memompa darah ke seluruh tubuh dalam jumlah yang memadai ke jaringan untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh (*forward failure*) atau kemampuan tersebut hanya dapat terjadi dengan tekanan pengisian jantung yang tinggi (*backward failure*) atau dapat pula keduanya.

Gagal jantung adalah suatu kondisi di mana terdapat kegagalan jantung memompa darah yang sesuai dengan kebutuhan jaringan (Lumi, Joseph, and Polii, 2021).

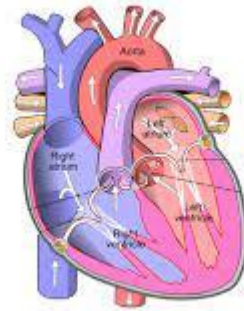
Congestive Heart Failure (CHF) merupakan kondisi dimana jantung tidak dapat memompa darah ke seluruh tubuh sesuai dengan kebutuhan jaringan untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh.

2.1.2 Anatomi Fisiologi *Congestive Heart Failure* (CHF)

1. Anatomi Jantung

Sistem peredaran darah terdiri atas jantung, pembuluh darah, dan saluran limfe. Jantung merupakan organ pemompa besar yang memelihara

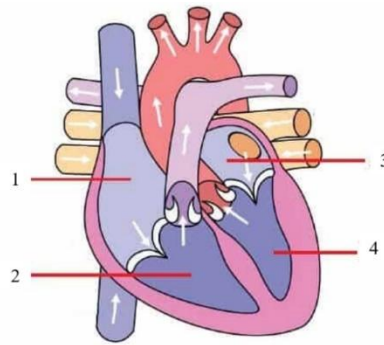
peredaran melalui seluruh tubuh. Arteri membawa darah dari jantung. Vena membawa darah ke jantung. Kapiler menggabungkan arteri dan vena, terentang diantaranya dan merupakan jalan lalu lintas antara makanan dan bahan buangan. Disini juga terjadi pertukaran gas dalam cairan ekstraseluler dan interstisial.



Gambar 2.1 Anatomi Jantung

Jantung adalah organ berupa otot, berbentuk kerucut, berongga, basisnya diatas, dan puncaknya dibawah. Apeksnya (puncaknya) miring kesebelah kiri. Berat jantung kira-kira 300 gram. Jantung berada didalam toraks, antara kedua paru-paru dan dibelakang sternum, dan lebih menghadap ke kiri daripada ke kanan. Jantung memiliki lapisan, terdiri dari 3 lapisan yaitu :

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



Gambar 2.2 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

Menurut Kasron (2016) terdapat mekanisme fisiologis yang menyebabkan gagal jantung meliputi keadaan-keadaan:

a. *Preload* (beban awal)

Jumlah darah yang mengisi jantung berbanding langsung dengan tekanan yang ditimbulkan oleh panjangnya regangan serabut jantung.

b. Kontraktilitas

Perubahan kekuatan kontriksi berkaitan dengan panjangnya regangan serabut jantung.

c. *Afterload* (beban akhir)

Besarnya tekanan ventrikel yang harus dihasilkan untuk memompa darah melawan tekanan yang diperlukan oleh tekanan arteri.

Pada keadaan gagal jantung, bila salah satu/lebih dari keadaan diatas terganggu, menyebabkan curah jantung menurun, meliputi keadaa yang menyebabkan *prelood*meningkat contoh regurgitasi aorta, cacat septum ventrikel. Menyebabkan *afterlood* meningkat yaitu pada keadaan stenosis aorta dan hipertensi sistemik. Kontraktilitas miokardium dapat menurun pada Infark miokardium dan kelainan otot jantung.

Adapun mekanisme yang mendasari gagal jantung meliputi menurunnya kemampuan kontraktilitas jantung, sehingga darah yang dipompa pada setiap kontriksi menurun dan menyebabkan penurunan darah keseluruh tubuh. Apabila suplai darah kurang ke ginjal akan mempengaruhi mekanisme pelepasan renin-angiotensin dan akhirnya terbentuk angiotensin II mengakibatkan terangsangnya sekresi aldosteron dan menyebabkan retensi natrium dan air, perubahan tersebut meningkatkan cairan ekstra-intravaskuler sehingga terjadi ketidakseimbangan volume cairan dan tekanan selanjutnya terjadi *edema*. Edema perifer terjadi akibat penimbunan cairan dalam ruang interstial. Proses ini timbul masalah seperti *nokturia* dimana berkurangnya vasokonstriksi ginjal pada waktu istirahat dan juga redistribusi cairan dan absorpsi pada waktu berbaring. Gagal jantung berlanjut dapat menimbulkan asites, dimana asites dapat menimbulkan gejala-gejala gastrointestinal seperti mual, muntah, anoreksia.

Apabila suplai darah tidak lancar di paru-paru (darah tidak masuk ke jantung), menyebabkan penimbunan cairan di paru-paru yang dapat menurunkan pertukaran O₂ dan CO₂ antara udara dan darah di paru-paru. Sehingga oksigenasi arteri berkurang dan terjadi peningkatan CO₂, yang

akan membentuk asam di dalam tubuh. Situasi ini akan memberikan suatu gejala sesak napas (*dyspenea*), *ortopnea* (*dyspenea* saat berbaring) terjadi apabila aliran darah dari ekstremitas meningkatkan aliran balik vena ke jantung dan paru-paru.

Apabila terjadi pembesaran vena dihepar mengakibatkan *hepatomegali* dan nyeri tekan pada kuadran kanan. Suplai darah yang kurang di daerah otot dan kulit, menyebabkan kulit menjadi pucat dan dingin serta timbul gejala letih, lemah, lesu (Kasron, 2016).

2.1.3 Etiologi *Congestive Heart Failure* (CHF)

Menurut Lumi, Joseph, and Polii, (2021) gagal jantung disebabkan oleh 4 faktor, diantaranya :

1. Faktor penyebab terjadinya gagal jantung yang sering terjadi pada pasien gagal jantung diantaranya seperti cedera iskemik, hipertensi, sindrom metabolik (diabetes mellitus, obesitas, hiperlipidemia).
2. Faktor kedua yaitu genetik. berasal dari mutasi autosom dominan atau kelompok keluarga dengan frekuensi alel yang jarang
3. Faktor yang ketiga yaitu mekanik yang disebabkan karena disfungsi katup yang biasanya menyebabkan tekanan berlebih di ventrikel kiri pada lansia yaitu stenosis aorta
4. Serta faktor yang ke empat yaitu imunitas yang mencakup autoimun dan infeksi baik virus ataupun bakteri.

2.1.4 Patofisiologi *Congestive Heart Failure* (CHF)

Menurut Purwowiyoto (2018), terjadinya gagal jantung diawali dengan adanya kerusakan pada jantung atau miokardium. Hal tersebut akan menyebabkan

menurunnya curah jantung. Bila curah jantung tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme, maka jantung akan memberikan respon mekanisme kompensasi untuk mempertahankan fungsi jantung agar tetap dapat memompa darah secara adekuat. Bila mekanisme tersebut telah secara maksimal digunakan dan curah jantung normal tetap tidak terpenuhi, maka setelah akan itu timbul gejala gagal jantung.

Terdapat tiga mekanisme primer yang dapat dilihat dalam respon kompensatorik, yaitu meningkatnya aktivitas adrenergik simpatis, meningkatnya beban awal akibat aktivasi Sistem Renin Angiotensin Aldosteron (RAAS), dan hipertrofi ventrikel. Menurunnya volume sekuncup pada gagal jantung akan membangkitkan respon simpatis kompensatorik. Hal ini akan merangsang pengeluaran katekolamin dari saraf-saraf adrenergik jantung dan medula adrenal. Denyut jantung dan kekuatan kontraksi akan meningkat untuk menambah curah jantung. Selain itu juga terjadi vasokonstriksi arteri perifer untuk menstabilkan tekanan arteri dan redistribusi volume darah untuk mengutamakan perfusi ke organ vital seperti jantung dan otak.

Aktivasi sistem renin angiotensin aldosteron akan menyebabkan retensi natrium dan air oleh ginjal, meningkatkan volume ventrikel dan regangan serabut. Peningkatan beban awal ini akan menambah kontraktilitas miokardium sesuai dengan mekanisme Frank Starling. Respon kompensatorik yang terakhir pada gagal jantung adalah hipertrofi miokardium atau bertambahnya ketebalan otot jantung.

Hipertrofi akan meningkatkan jumlah sarkomer dalam sel-sel miokardium. Sarkomer dapat bertambah secara paralel atau serial bergantung pada jenis beban

hemodinamik yang mengakibatkan gagal jantung. Awalnya, respon kompensatorik sirkulasi ini memiliki efek yang menguntungkan. Namun, pada akhirnya mekanisme kompensatorik dapat menimbulkan gejala dan meningkatkan kerja jantung yang mengakibatkan meningkatnya beban miokardium dan terus berlangsungnya gagal jantung.

2.1.5 Klasifikasi dan Tanda Gejala *Congestive Heart Failure* (CHF)

Tabel 2.1 Klasifikasi Gagal Jantung (Nurkhalis and Adista, 2020)

Klasifikasi berdasarkan kelainan struktural jantung (AHA)	Klasifikasi berdasarkan kapasitas fungsional (NYHA)
Stadium A Memiliki risiko tinggi untuk berkembang menjadi gagal jantung. Tidak terdapat gangguan struktural atau fungsional jantung, tidak terdapat tanda atau gejala	Kelas I Tidak terdapat batasan dalam melakukan aktifitas fisik. Aktifitas fisik sehari-hari tidak menimbulkan kelelahan, palpitasi atau sesak nafas
Stadium B Telah terbentuk penyakit struktur jantung yang berhubungan dengan perkembangan gagal jantung, tidak terdapat tanda atau gejala.	Kelas II Terdapat batasan aktifitas ringan. Tidak terdapat keluhan saat istirahat, namun aktifitas fisik sehari-hari menimbulkan kelelahan, palpitasi atau sesak nafas
Stadium C Gagal jantung yang simptomatik berhubungan dengan penyakit struktural jantung yang mendasari.	Kelas III Terdapat batasan aktifitas bermakna. Tidak terdapat keluhan saat istirahat, tetapi aktifitas fisik ringan menyebabkan kelelahan, palpitasi atau sesak
Stadium D Penyakit jantung struktural lanjut serta gejala gagal jantung yang sangat bermakna saat istirahat walaupun sudah mendapat terapi medis maksimal (refrakter)	Kelas IV Tidak dapat melakukan aktifitas fisik tanpa keluhan. Terdapat gejala saat istirahat. Keluhan meningkat saat melakukan aktifitas.

Tanda dan gejala gagal jantung dapat diperhatikan secara relatif dari derajat latihan fisik yang diberikan. Pada pasien gagal jantung, toleransi terhadap latihan fisik akan semakin menurun dan gejala gagal jantung akan muncul lebih awal dengan aktivitas yang ringan. Gejala awal yang umumnya terjadi pada penderita

gagal jantung yakni dyspnea (sesak napas), mudah lelah dan adanya retensi cairan. *Paroxysmal Nocturnal Dyspnea* (PND) yaitu kondisi mendadak bangun karena dyspnea yang dipicu oleh timbulnya edema paru interstisial. PND merupakan salah satu manifestasi yang spesifik dari gagal jantung kiri. *Backward failure* pada sisi kanan jantung dapat meningkatkan tekanan vena jugularis. Penimbunan cairan dalam ruang interstisial dapat menyebabkan edema dan jika berlanjut akan menimbulkan edema anasarka. *Forward failure* pada ventrikel kiri menimbulkan tanda-tanda berkurangnya perfusi ke organ tubuh seperti kulit pucat dan kelemahan otot rangka. Semakin menurunnya curah jantung dapat disertai gejala insomnia, kegelisahan, bahkan kebingungan. Bahkan pada gagal jantung kronis yang berat, dapat terjadi kehilangan berat badan yang progresif.

Tabel 2.2 Tanda dan Gejala CHF (Nurkhalis and Adista, 2020).

Gejala Tipikal	Tanda Spesifik
Sesak napas <i>Ortopneu</i> <i>Paroxymal Nocturnal Dispnoe</i> (PND) Toleransi aktifitas yang berkurang Mudah lelah Bengkak di pergelangan kaki	Peningkatan JVP Refleks hepatojugular Suara jantung S3 (<i>gallop</i>) Apex jantung bergeser ke lateral Bising jantung
Kurang Tipikal	Kurang Tipikal
Batuk di malam / dini hari Mengi Berat badan bertambah > 2kg/mgg Berat badan turun Perasaan kembung / begah Nafsu makan menurun Perasaan bingung (pada pasien lanjut) Depresi Berdebar Pingsan	Edema perifer Krepitasi pulmonal Suara pekak di basal paru pada perkusi Takikardia Nadi <i>irreguler</i> Nafas cepat Hepatomegali Asites Kaheksia

2.1.6 Penatalaksanaan *Congestive Heart Failure* (CHF)

Terapi bagi penderita gagal jantung berupa terapi non-farmakologis, terapi farmakologis, prosedur pembedahan, dan pemasangan alat medis. Terapi yang diberikan berguna untuk merelaksasikan, nyaman saat melakukan aktivitas fisik dan bisa memperbaiki kualitas hidup serta meningkatkan harapan hidup pada pasien dengan gagal jantung. Tujuan dari adanya terapi diantaranya untuk meredakan gejala, memperlambat perburukan penyakit, dan memperbaiki harapan.

1. Terapi non-farmakologis

Terapi non-farmakologi pada penderita gagal jantung berbentuk manajemen perawatan mandiri yang artinya sebagai tindakan yang bertujuan untuk menjaga kestabilan fisik serta menghindari perilaku yang mungkin dapat memperburuk kondisi dan juga mendeteksi gejala awal saat perburukan gagal jantung. Manajemen perawatan mandiri ini ada beberapa terapi seperti kepatuhan minum obat, pemantauan berat badan, pemantauan asupan nutrisi, dan latihan fisik.

2. Terapi farmakologis

Sedangkan terapi farmakologis memiliki tujuan untuk mengatasi gejala akibat penyakit gagal jantung, seperti kongesti dan mengurangi kompensasi. Selain untuk mengurangi gejala akibat gagal jantung, terapi farmakologis juga digunakan untuk memperlambat perburukan kondisi jantung dan mengatasi terjadinya kejadian akut akibat respon kompensasi jantung.

3. Prosedur pembedahan

a. Penggantian atau perbaikan katup jantung

Valvuloplasti (perbaikan katup) ataupun penggantian katup dengan katup prostetik apabila valvuloplasti tidak memungkinkan untuk dilakukan. Tindakan bedah ini dapat meningkatkan kualitas hidup penderita.

b. Transplantasi jantung

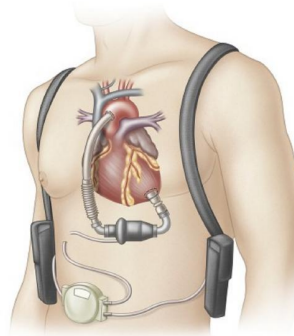
c. Myectomy

Ahli bedah akan mengeluarkan otot septal yang berkembang dengan cepat di jantung untuk menurunkan sumbatan yang terjadi karena gagal jantung akibat dari hipertrofikardiomiopati

4. Pemasangan alat medis

a. VAD (*Ventricular Assisting Devices*)

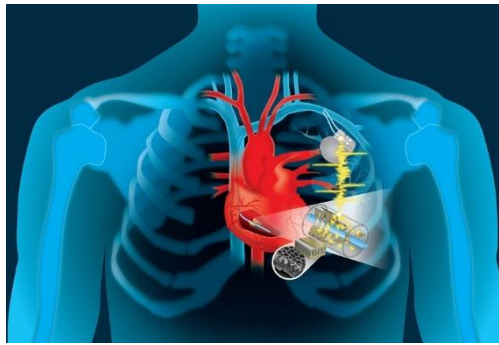
Digunakan sebagai pompa yang dapat digunakan untuk memompa darah. Pasien yang menggunakan alat ini biasanya adalah pasien yang sedang menunggu untuk transplantasi jantung atau untuk terapi permanen bagi orang yang tidak ingin transplantasi jantung.



Gambar 2.3 *Ventricular Assist Devices*

b. CRT (*Cardiac Resynchronization Therapy*)

Alat ini berguna untuk mengirimkan impuls listrik ke ruang jantung. CRT cocok digunakan oleh orang yang menderita gagal jantung kongestif dan konduksi kelistrikan jantung yang abnormal.



Gambar 2.4 *Cardiac Resynchronization Therapy*

2.1.7 **Komplikasi *Congestive Heart Failure* (CHF)**

Komplikasi *Congestive Heart Failure* (CHF) menurut Kasron (2016)

1. Syok kardiogenik
2. Episode tromboemboli karena pembentukan bekuan vena karena statis darah
3. Efusi dan tamponade jantung
4. Toksisitas digitalis akibat pemakaian obat – obatan digitalis.

2.1.8 **Pemeriksaan Penunjang *Congestive Heart Failure* (CHF)**

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada pasien dengan kasus gagal jantung kongestive diantaranya:

1. Elektrokardiogram

Pada pemeriksaan EKG untuk klien dengan gagal jantung dapat ditemukan kelainan EKG seperti berikut ini.

- a. Left bundle branch block, kelainan segmen ST/T menunjukkan disfungsi ventrikel kiri kronis.
- b. Gelombang Q menunjukkan infark sebelumnya dan kelainan segmen ST menunjukkan penyakit jantung iskemik.
- c. Hipertrofi ventrikel kiri dan gelombang terbalik, menunjukkan stenosis aorta dan penyakit jantung hipertensi.

- d. Aritmia
 - e. Deviasi aksis ke kanan, right bundle branch block, dan hipertrofi ventrikel kanan menunjukkan disfungsi ventrikel kanan.
2. Pemeriksaan Laboratorium: meliputi pemeriksaan elektrolit serum yang mengungkapkan kadar natrium yang rendah.
 3. Ekokardiografi

Gambaran yang paling sering ditemukan pada gagal jantung akibat penyakit jantung iskemik, kardiomiopati dilatasi, dan beberapa kelainan katup adalah dilatasi ventrikel kiri yang disertai hipokinesis seluruh dinding ventrikel.
 4. Analisa gas darah: Gagal ventrikel kiri ditandai dengan alkalosis respiratory ringan (dini) atau hipoksemia dengan peningkatan PCO₂ (akhir).
 5. Blood ureum nitrogen (BUN) dan kreatinin: Peningkatan BUN menunjukkan penurunan fungsi ginjal.
 6. Pemeriksaan tiroid: Peningkatan aktifitas tiroid menunjukkan hiperaktifitas tiroid sebagai pencetus gagal jantung (Rahmadhani, 2020).

2.1.9 Penatalaksanaan *Congestive Heart Failure* (CHF)

Penatalaksanaan berdasarkan kelas *New York Heart Assosiation* (NYHA) dalam Kasron (2016), sebagai berikut :

1. Kelas 1: non farmakologi, meliputi diet rendah garam, batasi cairan, menurunkan berat badan, menghindari alcohol dan rokok, aktifitas fisik, dan manajemen stress.
2. Kelas 2 dan 3: terapi pengobatan meliputi: diuretic, vasodilator, ace inhibitor, digitalis, dopamineroik, oksigen.
3. Kelas 4: kombinasi diuretic, digitalis, ACE inhibitor, seumur hidup.

Penatalaksanaan *Congestive Heart Failure* (CHF) meliputi:

1. Non farmakologis

a. *Congestive Heart Failure* (CHF) kronik

- 1) Meningkatkan oksigenasi dengan pemberian oksigen dan menurunkan konsumsi oksigen melalui istirahat atau pembatasan aktivitas.
- 2) Diet pembatasan natrium (<4 gr/hari) untuk menurunkan edema
- 3) Menghentikan obat-obatan yang memperparah seperti NSAID karena efek prostaglandin pada ginjal menyebabkan retensi air dan natrium.
- 4) Pembatasan cairan (kurang lebih 1200-1500 cc/hari)
- 5) Olahraga secara teratur

b. *Congestive Heart Failure* (CHF) akut

- 1) Oksigenasi (ventilasi mekanik)
- 2) Pembatasan cairan (<1,5 liter/hari)

2. Farmakologis

Tujuan: untuk mengurangi afterload dan preelood.

a. First line drugs: diuretik

Tujuan: mengurangi afterload pada disfungsi sistolik dan mengurangi kongesti pulmonal pada disfungsi diastolic. Obatnya adalah: thiazide diuretik untuk *Congestive Heart Failure* (CHF) sedang, loop diuretic, metolazone (kombinasi dari loop diuretic untuk meningkatkan pengeluaran cairan), kalium sparing diuretik.

b. Second line drugs: ACE inhibitor

Tujuan: membantu meningkatkan *Cardiac Out Put* (COP) dan menurunkan kerja jantung. Obatnya adalah:

- 1) Digoxin: meningkatkan kontraktilitas. Obat ini tidak digunakan untuk kegagalan diastolic yang mana dibutuhkan pengembangan ventrikel untuk relaksasi.
- 2) Hedralizine: menurunkan after load pada disfungsi sistolik.
- 3) Isobarbide dinitrat: mengurangi preload dan afterload untuk disfungsi sistolik, hindari vasodilator pada disfungsi sitolik.
- 4) Calcium channel blocker: untuk kegagalan diastolik, meningkatkan relaksasi dan pengisian ventrikel (jangan dipakai pada CHF kronik).
- 5) Beta blocker: sering dikontra indikasikan karena menekan respon miokard. Digunakan pada disfungsi diastolic untuk mengurangi HR, mencegah iskemi miokard, menurunkan TD, hipertrofi ventrikel kiri.

c. Pendidikan kesehatan

- 1) Informasikan pada klien, keluarga dan pemberi perawatan tentang penyakit dan penanganannya.
- 2) Informasi difokuskan pada: monitoring BB setiap hari dan intake natrium
- 3) Diet yang sesuai untuk lansiai *Congestive Heart Failure* (CHF): pemberian makanan tambahan yang banyak mengandung kalium, seperti: pisang, jeruk, dll.
- 4) Teknik konservasi energi dan latihan aktivitas yang dapat ditoleransi dengan bantuan terapis.

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

2.2.1 Pengkajian Keperawatan

1. Primary Survey

a. Airway

Penderita CHF, terkadang mengalami sumbatan atau terjadi penumpukan secret. Pasien juga biasanya batuk dengan atau tanpa sputum (Carvalho, 2019).

b. Breathing

Biasanya pada pasien CHF ditemukan sesak nafas dengan aktivitas ringan atau istirahat, respirasi meningkat (lebih dari 24 x/menit), irama ireguler dangkal, terdapat suara napas tambahan: ronchi & krekles, ekspansi dada tidak penuh dan terdapat penggunaan otot bantu nafas (Minartin, 2018).

c. Circulation

Biasanya pada pasien CHF ditemukan nadi lemah, tidak teratur, takikardi, tekanan darah meningkat/menurun, adanya edema, pitting edema, CRT > 3 detik, akral dingin, kulit pucat, bunyi jantung S3, gallop, sianosis dan output urine menurun (Minartin, 2018).

d. Disability

Biasanya pasien CHF pusing, disorientasi dan penurunan kesadaran apabila mengalami gangguan perfusi yang berat (Sari, 2018).

e. Exposure

Seluruh pakaian harus dibuka untuk memudahkan pengkajian menyeluruh (Sari, 2018).

2. Sekundari Survey

a. Data umum

Berdasarkan penelitian Maulidta (2015), menunjukkan penderita jantung paling banyak berada pada usia 55-65 tahun.

b. Keluhan utama

Keluhan klien dengan CHF adalah sesak napas.

c. Riwayat penyakit sekarang

Menggambarkan kejadian sampai terjadi penyakit saat ini, dengan mengajukan serangkaian pertanyaan mengenai kelemahan fisik secara PQRST. Tanyakan juga gejala-gejala lain yang mengganggu pasien seperti munculnya dispnea/sesak saat bekerja, ortopnea, batuk, nyeri dada, lelah, pusing, edema pulmonal akut, edema ekstremitas bawah, nafsu makan menurun, mual, distensi abdomen, dan urine menurun (Rahmadhani, 2020).

d. Riwayat penyakit dahulu

Pengkajian RPD yang mendukung dengan mengkaji apakah sebelumnya klien pernah menderita nyeri dada, hipertensi, anemia, iskemia miokardium, diabetes mellitus, dan hiperlipidemia.

e. Riwayat penyakit keluarga

Tanyakan tentang penyakit yang pernah dialami oleh keluarga, anggota keluarga yang meninggal terutama pada usia produktif, dan penyebab kematiannya.

f. Pemeriksaan fisik

1) Breath (B1)

Biasanya muncul gejala-gejala kongesti vascular pulmonal seperti dispnea, takipnea, ortopnea, dispnea nokturnal paroksimal, batuk, dan edema pulmonal akut.

2) Blood (B2)

- a) Inspeksi: tampak pucat, sianosis, ada jaringan parut pada dada, keluhan kelemahan fisik
- b) Palpasi: Denyut nadi perifer melemah
- c) Perkusi: Batas jantung mengalami pergeseran
- d) Auskultasi: Tekanan darah biasanya menurun

3) Brain (B3)

Pasien dengan CHF, bisa mengalami pusing, disorientasi, penurunan kesadaran

4) Bladder (B4)

Penderita CHF umumnya akan terjadi penurunan volume urine, urine berwarna pekat, dan nokturia.

5) Bowel (B5)

Penderita CHF biasanya mengalami kehilangan nafsu makan, mual, muntah, penambahan berat badan signifikan.

6) Bone (B6)

Penderita CHF, biasanya mengalami kelemahan serta penurunan aktivitas (Sari, 2018).

2.2.2 Diagnosa Keperawatan *Congestive Heart Failure* (CHF)

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan (SDKI, 2019). Diagnosa berdasarkan SDKI adalah:

1. Gangguan pertukaran gas b.d perubahan membran alveolus – kapiler (SDKI D. 0003, Hal 22)
2. Pola napas tidak efektif b.d kelemahan otot napas (SDKI D. 0005, Hal 26)
3. Penurunan curah jantung b.d perubahan kontraktilitas (SDKI D. 0008, Hal 34)
4. Hipervolemia b.d kelebihan asupan cairan (SDKI D.0022, Hal 62)
5. Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (SDKI D.0056, Hal 128)

2.2.3 Intervensi Keperawatan *Congestive Heart Failure* (CHF)

Tabel 2.3 Intervensi Keperawatan CHF

No.	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1.	Gangguan pertukaran gas b/d perubahan membran alveolus – kapiler (SDKI, D. 0003, Hal 22)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pertukaran gas meningkat dengan kriteria hasil:</p> <p>Luaran Utama: Pertukaran gas (L.01003 Hal. 94)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Disnea menurun 2. Bunyi napas tambahan menurun 3. PCO2 membaik 4. PO2 membaik 5. Takikardi membaik 	<p>Terapi Oksigen (SIKI 1.01026 Hal. 430)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kecepatan aliran oksigen 2. Monitor posisi alat terapi oksigen 3. Monitor aliran oksigen secara periodic dan pastikan fraksi yang diberikan cukup 4. Monitor efektifitas terapi oksigen (mis. oksimetri, analisa gas darah), jika perlu 5. Monitor tingkat kecemasan akibat terapi oksigen 6. Monitor integritas mukosa hidung akibat pemasangan oksigen <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Bersihkan secret pada mulut, hidung dan trachea, jika perlu 8. Pertahankan kepatenan jalan nafas 9. Berikan oksigen tambahan, jika perlu 10. Tetap berikan oksigen saat pasien ditransportasi 11. Gunakan perangkat oksigen yang sesuai dengat tingkat mobilisasi pasie <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 12. Ajarkan pasien dan keluarga dan cara

			<p>menggunakan oksigen di rumah</p> <p>Kolaborasi</p> <p>13. Kolaborasi oenentuan dosis oksigen</p> <p>14. Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas dan/atau tidur</p>
2.	<p>Pola napas tidak efektif b/d kelemahan otot napas (SDKI, D. 0005, Hal 24)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pola napas membaik. Kriteria hasil : (pola napas L.01004)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi napas dalam rentang normal 2. Tidak ada penggunaan otot bantu pernafasan 3. Pasien tidak menunjukkan tanda dipsnea 	<p>Manajemen jalan nafas (SIKI, I.01011, Hal 186)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas) 2. Monitor bunyi nafas tambahan (mis: gagling, mengi, Wheezing, ronkhi) 3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Posisikan semi fowler atau fowler 5. Berikan minuman hangat 6. Lakukan fisioterapi dada, jika perlu 7. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik 8. Berikan oksigenasi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Ajarkan teknik batuk efektif 10. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak ada kontraindikasi <p>Kolaborasi</p> <p>Kolaborasi pemberian bronkodilato, ekspetoran, mukolitik, jika perlu</p>
3.	<p>Penurunan curah jantung b/d perubahan kontraktilitas</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan curah jantung meningkat. Kriteria hasil : (curah jantung L.02008)</p>	<p>Perawatan Jantung (SIKI I.020077, hal 317)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tekanan darah 2. Monitor intake dan output cairan

	(SDKI, D. 0008, Hal 34)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tanda vital dalam rentang normal 2. Kekuatan nadi perifer meningkat 3. Tidak ada edema 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Monitor saturasi oksigen 4. Monitor keluhan dada <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Posisikan pasien semifowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman 6. Berikan terpai relaksasi untuk mengurangi stress, jika perlu 7. Berikan dukungan emosional dan spiritual 8. Berikan O2 untuk mempertahankan saturasi O2 >94% <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Anjurkan berhenti merokok 10. Ajarkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan harian <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 11. Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu
4.	Hipervolemi berhubungan dengan Kelebihan asupan cairan (SDKI hal 62, D.0022)	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3 x 24 jam, maka keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil (SLKI, hal 41):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Edema menurun 2. Haluaran urin meningkat 3. Tekanan darah membaik 4. Denyut nadi membaik 5. Berat badan membaik 	<p>Perawatan Jantung (SIKI I.020077, hal 317)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tekanan darah 2. Monitor intake dan output cairan 3. Monitor saturasi oksigen 4. Monitor keluhan dada <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Posisikan pasien semifowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman 6. Berikan terpai relaksasi untuk mengurangi stress, jika perlu 7. Berikan dukungan emosional dan spiritual 8. Berikan O2 untuk mempertahankan saturasi O2 >94% <p>Edukasi</p>

			<p>9. Anjurkan berhenti merokok</p> <p>10. Ajarkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan harian</p> <p>Kolaborasi</p> <p>11. Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu</p>
--	--	--	---

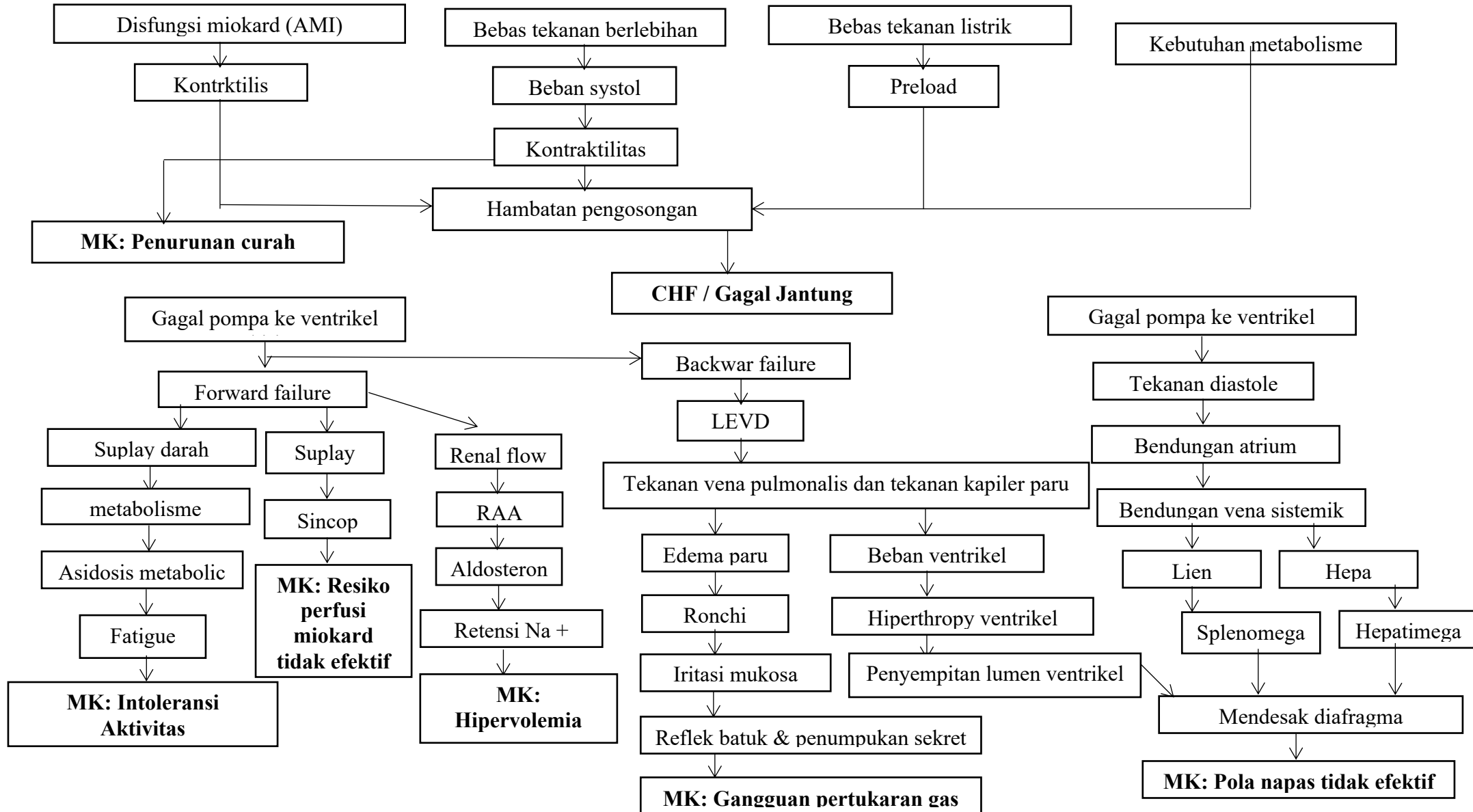
2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan suatu penerapan atau sebuah tindakan yang dilakukan dengan berdasarkan suatu rencana yang telah/sudah disusun atau dibuat dengan cermat serta juga terperinci sebelumnya. Implementasi keperawatan adalah perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan (Aspiani, 2016).

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan suatu proses identifikasi untuk menilai apakah suatu kegiatan yang dilaksanakan sesuai dengan perencanaan atau tujuan yang ingin dicapai. Evaluasi dilakukan berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan sebelumnya dalam perencanaan. Evaluasi keperawatan merupakan suatu proses identifikasi dalam membandingkan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan dengan tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya (Aspiani, 2016).

2.3 Konsep Masalah *Congestive Heart Failure (CHF)*



BAB 3

TINJAUAN KASUS

Bab ini membahas mengenai asuhan keperawatan pada Tn. A dengan diagnosis medis *Congestive Heart Failure* (CHF) meliputi: 1) Pengkajian, 2) Diagnosis Keperawatan, 3) Intervensi Keperawatan, 4) Implementasi dan Evaluasi Keperawatan.

3.1 Pengkajian

3.1.1 Data Umum

Pasien bernama Tn. A, dengan rekam medis 55XXX, berjenis kelamin laki – laki, berusia 46 tahun, berasal dari suku Jawa/ Indonesia, beragama islam, pendidikan terakhir SMA, bekerja sebagai pegawai swasta dan sudah menikah serta memiliki 3 anak, penanggung jawab biaya rumah sakit BPJS. Pengkajian dilakukan pada tanggal 2 Juni 2022 pukul 08.00 WIB dengan diagnosis medis *Congestive Heart Failure* (CHF).

3.1.2 Riwayat Sakit dan Kesehatan

1. Keluhan Utama

Pada saat pengkajian tanggal 2 Juni 2022 pukul 08.00, pasien mengatakan merasa sesak nafas seperti ngos-ngos an

2. Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien mengatakan 1 minggu yang lalu, pasien rawat inap di RS William Boot. Saat kontrol di poli Rs William booth, pasien di rujuk ke poli jantung RSAL atas indikasi Pro catheterisasi + pemasangan Ring. Malam sebelum ke poli jantung RSAL, pasien mengeluh sesak dan mengeluarkan banyak

keringat dingin. Lalu di bawa ke IGD RSAL pada tanggal 1 Juni 2022 pukul 20.20 WIB dan mendapatkan terapi injeksi furosemide 2 amp, pemasangan infus (Nacl 0.9%), pemasangan kateter, Cek DL + KK, kapsul garam 3x1, acarbose, metformin 3x500mg, injeksi novorapid 3x8 ui (SC), diit DM cardiovascular 1900 kalori, lalu pasien rawap inap di ICCU.

Saat pengkajian pada tanggal 2 Juni 2022 pukul 08.00 WIB pasien mengatakan merasa sesak napas seperti ngos – ngosan, dengan TD: 110/76 mmHg, Nadi: 97x/menit, Suhu: 36.9°C, RR: 32-40x/menit, SpO2: 98%, terpasang nasal kanul 4lpm.

3. Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien mengatakan bahwa mempunyai riwayat penyakit dahulu yaitu CHF + DM sejak 5 tahun yang lalu (Obat yang dikonsumsi: metformin, glukos, acarbose 100mg, furosemide, Nitrocaf, Clopidogrel 75/platogrix, B.Concore 2.5mg). Pada tahun 2018 pasien MRS di ICCU RSPAL selama 4 hari karena ada pembengkakan pada jantung (CHF) dan katarak pasien disarankan untuk melakukan operasi katarak, tetapi belum terlaksana karena masih ada tanggungan pekerjaan.

3.1.3 Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan Umum

Saat penhajian keadaan umum pasien lemah, kesadaran composmentis dengan GCS E4V5M6. Pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan hasil: tekanan darah 110/76 mmHg, Nadi 97x/menit, frekuensi nafas 32-40 x/menit, suhu 36,9°C, SpO2 97%. Berat badan terakhir pasien 66 Kg dengan tinggi

badan 169 Cm, dari hasil pemeriksaan indeks masa tubuh didapatkan skor 23.11 (N: 18.5-25) masuk ke dalam kategori normal.

2. B1 (*Breathing*)

Pada pengkajian B1 didapatkan pasien sesak dan ngos ngosan, kepatenan jalan napas: bebas, tidak ada sumbatan jalan napas, dypnea (+), batuk (+), terpasang alat bantu napas O2 nasal 4 lpm, bentuk dada: normochest, pergerakan: simetris, irama napas: reguler, pola napas: takipnea, suara napas: vesikuler, RR: 32-40x/mnt, SPO2: 98%, ada otot bantu pernapasan, taktil/vocal fremitus: teraba simetris, ada pernapasan abdomen, suara napas tambahan: ronkhi +/+ minimalis, posisi tidur pasien fowler, pasien mengatakan nafas terasa berat apabila posisi bed turun.

Masalah Keperawatan: Pola napas tidak efektif

3. B2 (*Blood*)

Pada pengkajian B2 didapatkan irama jantung: reguler, bunyi jantung: S1 - S2 tunggal, tidak ada nyeri dada, akral: hangat, kering, merah, ictus cordis: normal, CRT: < 2 detik, TD: 110/76 mmHg. Map: 87, tidak ada perdarahan, tidak ada sianosis, edema tangan kanan dan kiri, edema kaki (+), perfusi kaki dingin sampai batas paha, kering, pucat, N: 97 x/menit sinus ritme teraba kuat, teratur, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, pemeriksaan EKG sinus 90x/menit T inv V4-V6 LVH.

Masalah Keperawatan: Penurunan curah jantung, Hipervolemia

4. B3 (*Brain*)

Pada pengkajian B3 didapatkan GCS 456, kesadaran: composmentis, tidak ada jejas, tidak ada paralisis, N-I:dapat mengidentifikasi bau, N-II: mata kiri

melihat dengan baik, N-III: pergerakan pupil simetris, N-IV: pergerakan pupil kanan-kiri, N-V: dapat membuka mulut, mengunyah, N-VI: dapat menggerakkan mata ke arah lateral, N-VII: dapat mengerutkan dahi, senyum simetris, N-VIII: mendekatkan suara, N-IX: dapat menelan, N-X: ada reflek muntah, N- XI: mampu menolehkan leher tanpa menggerakkan bahu, N- XII: bicara normal, tidak ada nyeri tekan, reflek cahaya kanan: - / kiri: +, reflek pupil kanan: - / kiri: 3 mm, reflek fisiologis : biceps (+), triceps (+), patela (+), achiles (+), reflek patologis: tromner(-), babinski (-), laseque (-), kernig(-).

Masalah Keperawatan: Resiko jatuh

5. B4 (*Bladder*)

Pada pengkajian B4 didapatkan kebersihan: bersih, ekskresi: tidak ada darah, kandung kemih: tidak terdapat distensi, nyeri tekan abdomen: tidak ada, eliminasi urine SMRS frekuensi: 4-5 x/hr, jumlah: ±1500 cc/hari warna: kuning jernih, eliminasi urine MRS pasien terpasang kateter, jumlah urin pada saat pukul 09.00 WIB 150cc berwarna kuning jernih. Intake pasien pukul 07.00 – 09.00 WIB 200cc dengan balance cairan – 50cc.

Masalah Keperawatan: Hipervolemia

6. B5 (*Bowel*)

Pada pengkajian B5 didapatkan pola makan dan minum SMRS: makan: 3x/sehari, jenis: nasi, lauk ,sayur, minum: air mineral, teh hangat, pantangan: tidak ada. Pola makan dan minum di RS Diit: Diit kardiovaskuler 1.900 kalori, frekuensi: 3x/sehari, nafsu makan: menurun (hanya makan telur $\frac{3}{4}$ dan tahu $\frac{3}{4}$ porsi), mual muntah: mual jika makan terlalu banyak, peristaltik: 21 kali/menit. pemeriksaan BSN:155 mg/dL, 1JPP: 165mg/dL, BB: 66 Kg, TB: 169cm, IMT:

$\frac{66 \text{ kg}}{1,69 \times 1,69} = 23.11$ normal, bentuk perut: flat, kelainan abdomen: tidak ada distensi abdomen, hepar: tidak ada hepatomegali, asites, lien: tidak teraba, nyeri abdomen: tidak ada, rectum dan anus: tidak ada hemoroid, BAB terakhir kemarin pagi, warna kuning kecoklatan, konsistensi lembek dan tidak ada masalah.

Masalah Keperawatan: Ketidakstabilan kadar gula darah

7. B6 (*Bone*)

Pada pengkajian B5 didapatkan rambut pasien berwarna hitam sedikit beruban, kulit kepala bersih, tidak ada luka/benjolan, warna kulit sawo matang, turgor kulit elastis, tidak ada kelainan pada tulang, ROM: aktif, pasien bedrest, terpasang infus ditangan kiri, ADL pasien dibantu, kelainan jaringan/trauma: tidak ada fraktur, kontraktur, flaxid, kekuatan otot: pergerakan sendi bebas, kulit teraba dingin pada ekstremitas bawah, teraba hangat pada extremitas atas, edema tangan kanan kiri (+), edema kaki (+), terpasang infus di tangan kanan.

Masalah keperawatan: Intoleransi aktivitas

3.1.4 Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan Laboratorium

Tabel 3.1 Pemeriksaan Laboratorium Patologi Tanggal 1 Juni 2022

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
Darah Lengkap		
Hemoglobin	15.20	(13.2 – 17.3)
Hematokrit:	45.20	(40.0 – 52.0)
Eritrosit:	5.51 H	(4.40 – 5.00)
Trombosit:	222.00	(150 – 400)
PCT:	0.196 L	(1.09-1.82)
Leukosit:	9.38	(3.80 – 10.60)

Neutrofil%:	71.90 H	(50 – 70)
Limfosit%:	19.00 L	(25.00 – 40.00)
Kimia Klinik		
GDS	242 H	(74-106)
BUN	17	(10-24)
Kreatinin	1.19	(0.6-1.5)
Natrium	133.9 L	(135 – 147)
Kalium	4.89	(3.0 – 5.0)
Clorida	101.7	(95-105)

Tabel 3.2 Pemeriksaan Laboratorium Patologi Tanggal 2 Juni 2022

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
Imunologi		
HbA1C1	10.6 H	Normal:<5.7, Prediabetes: 5.7-6.4, Diabetes: >= 6.5

2. Pemeriksaan Radiologi

Foto thorax tanggal 1 Juni 2022, hasil : Cardiomegali dan Congestive Pulmonum

3. Pemeriksaan EKG

Tabel 3.3 Pemeriksaan EKG

Tanggal	Ruang	Hasil
1 Juni 2022	IGD	Sinus 95x/mnt T inv V4-V6 LVH
1 Juni 2022	ICCU	Sinus Takikardi 105x/mnt T inv V4-V6 LVH
2 Juni 2022	ICCU	Sinus 90x/mnt T inv V4-V6 LVH

4. Pemeriksaan ECHO Tanggal 2 Juni 2022

- Moderate MR with dilatation annulus MV
- Mild TR
- Mild AR
- Mild PR
- Diastatin of all cardiac chambers.
- Decreased LV Systolic Function (EF by Teich 13%, Mod A4C 18%, Mod A2C 24%, Biplane 17%)
- Decreased LV Diastolic Function gr III
- Decreased RV Systolic Function
- LV Hypertrophy eccentric
- Thrombus LV 2.2x2.0 cm, LVSEC +
- Hypokinetic inferior (B-M-A), Inferoseptal (B-M), other segments Akinetic
- Normal Pericardium
- Intact IAS and IVS

Kes:

- ICM
- LV Thrombus
- Moderate MR
- Mild AR,TR,PR

3.1.5 Terapi Obat

Nama Pasien : Tn. A
 Ruangan : ICCU bed 2
 Hari/Tanggal : Rabu/ 2 Juni 2022

Tabel 3.4 Terapi Obat Tanggal 2 Juni 2022

Medikasi	Dosis	Indikasi
Inj. Novorapid	3x8ui	Untuk menurunkan gula darah 10-20 menit setelah disuntikkan kedalam tubuh.
Metformin	3x500mg	Menurunkan kadar gula darah pada penderita diabetes
Aspilet	80mg 0-1-0	Analgesik, antipiretik, antiinflamasi dan anti-platelet.
Laxadin Syrup	3x1	Untuk mengatasi susah buang air besar (konstipasi)
Simarc	2mg 0-0-1	Menghambat koagulasi dengan jalan mencegah reduksi vitamin K secara enzimatik di dalam hati sehingga aktivasi faktor pembekuan darah terganggu atau tidak terjadi
ISDN tab	3x5mg	Untuk mencegah dan meredakan angina (nyeri dada) akibat penyakit jantung koroner

Furosemide Pump	10mg/jam	Membuang cairan berlebih di dalam tubuh
Bisoprolol	2.5mg 0-0-1	Untuk mengatasi hipertensi atau tekanan darah tinggi, angina pektoris, aritmia, dan gagal jantung.
Atrovastatin	20mg 0-0-1	Untuk menurunkan kolesterol jahat (LDL) dan trigliserida, serta meningkatkan kadar kolesterol baik (HDL) di dalam darah.
Infus NS lifeline	500cc	Untuk mengganti elektrolit dan cairan yang hilang di intravaskuler.

3.1.6 Lembar Observasi Pasien

Tabel 3.5 Lembar Observasi pada Tn. A Tanggal 2 Juni 2022 dengan Diagnosa Medis CHF di Ruang ICCU RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

Jam	TD	RR	HR	S	MAP	SPO2	FIO2	Input	Output
08.00	110/76	32-40	97	36.9	188	97	4lpm	200cc	-
09.00	115/80	30	97	36.9	198	97	4lpm	-	150cc
10.00	110/70	30	100	36.9	177	97	4lpm	-	-
11.00	105/65	28	98	36.5	165	97	4lpm	-	-
12.00	106/70	28	97	36.5	175	98	4lpm	200cc	-
13.00	106/70	26	94	36.5	175	98	4lpm	-	150cc

Tabel 3.6 Lembar Observasi pada Tn. A Tanggal 3 Juni 2022 dengan Diagnosa Medis CHF di Ruang ICCU RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

Jam	TD	RR	HR	S	MAP	SPO2	FIO2	Input	Output
07.00	119/80	22	97	36.2	199	98	4lpm	300cc	-
08.00	106/70	22	88	36.2	175	98	4lpm	-	-
09.00	120/70	22	90	36.2	180	97	4lpm	-	200cc
10.00	114/75	22	87	36.2	188	98	4lpm	-	-
11.00	110/65	22	94	36.2	171	98	4lpm	-	200cc
12.00	110/68	22	90	36.5	172	98	4lpm	200cc	-
13.00	100/71	22	97	36.5	175	98	4lpm	-	250cc

Tabel 3.7 Lembar Observasi pada Tn. A Tanggal 4 Juni 2022 dengan Diagnosa Medis CHF di Ruang ICCU RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

Jam	TD	RR	HR	S	MAP	SPO2	FIO2	Input	Output
13.00	110/69	22	98	36.2	174	98	4lpm	200cc	-
14.00	105/70	22	88	36.2	175	98	4lpm	-	300
15.00	98/65	20	86	36.2	162	98	4lpm	-	-
16.00	105/70	20	90	36.2	175	98	4lpm	-	200
17.00	111/78	20	95	36.5	193	98	4lpm	-	-
18.00	115/78	20	98	36.5	194	98	4lpm	200cc	-
19.00	120/78	18	100	36.5	196	99	4lpm	-	200

3.2 Diagnosa Keperawatan

3.2.1 Analisa Data

Penulis mengelompokkan data dari hasil pengkajian kemudian dianalisa sehingga dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

Tabel 3.8 Analisa Data pada Tn. A dengan Diagnosa Medis CHF di Ruang ICCU RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

NO	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
1.	<p>DS:</p> <p>Pasien mengatakan merasa sesak seperti ngos-ngosan</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - RR: 32-40 x/menit dengan nasal 4lpm, SpO2: 98% - Pola napas: dyspnea - Batuk (+) - Otot Bantu Nafas Tambahan: ada - Ronchi +/- minimal - Pasien tampak lemah - Retraksi dada + (minimal) - TD: 110/76, N: 97x/menit 	Hambatan upaya napas (kelemahan otot nafas)	<p>Pola nafas tidak efektif</p> <p>(SDKI, D.0005, Hal 26)</p>

2.	<p>DS: Pasien mengatakan sesak</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edema anasarka (+) - Hasil foto thorax: Cardiomegali dan Congestive Pulmonum - CTR: 70% - Ronkii ++ minimal - Intake sampai jam 07.00 – 09.00 200cc - Output jam 09.00 50cc - Balance Cairan: – 50 cc 	Kelebihan asupan cairan	Hipervolemi
3.	<p>DS: Pasien mengatakan badan terasa lemas</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - HbA1C 10.6 (Normal: <5.7, Prediabetes: 5.7-6.4, Diabetes: >= 6.5) H - Pemeriksaan BSN: 155 mg/dL - 1JPP: 165mg/dL 	Disfungsi pankreas	Ketidakstabilan kadar glukosa darah
4.	<p>DS: Pasien mengatakan merasa sesak, saat dikaji pasien mengatakan bahwa dirinya batuk tapi tidak berdahak</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Decreased LV Systolic Function (EF by Teich 13%, Mod A4C 18%, Mod A2C 24%, Biplane 17%) - Kesimpulan ECHO: ICM, LV Thrombus, Moderate MR, Mild AR, TR, PR - Terdapat suara nafas tambahan: ronchi minimal - Nadi: 97x/menit, RR: 32-40x/menit, Tensi: 110/76 mmHg 	Perubahan kontraktilitas	Penurunan curah jantung

5.	DS: Pasien mengatakan merasa lelah DO: - Pasien tirah baring saat berada di rumah sakit - Gambaran EKG Sinus 90x/mnt T inv V4-V6 LVH	Tirah Baring	Intoleransi Aktivitas
6.	Faktor Risiko: Gangguan Penglihatan (Katarak) - Terdapat katarak pada mata sebelah kanan - Pasien mendapatkan advice dokter untuk tirah baring - Pengukuran skala pasien jatuh menggunakan Morse Fall Scale, didapatkan hasil: pasien Resiko tinggi jatuh	-	Risiko Jatuh




3.2.2 Daftar Masalah Keperawatan

Tabel 3.9 Daftar Masalah Keperawatan pada Tn. A dengan Diagnosa Medis CHF di Ruang ICCU RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

NO	MASALAH KEPERAWATAN
1	Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (kelemahan otot nafas) (SDKI hal 05, D.0026)
2	Penurunan curah jantung berhubungan dengan Perubahan kontraktilitas (SDKI hal 34, D.0008)
3	Hipervolemi berhubungan dengan Kelebihan asupan cairan (SDKI hal 62, D.0022)
4	Ketidakstabilan kadar berhubungan dengan glukosa darah Disfungsi pancreas (SDKI hal 71, D.0027)
5	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (SDKI hal 128, D.0056)
6	Risiko Jatuh dibuktikan dengan Gangguan Penglihatan (Katarak) (SDKI hal 306, D.00143)

3.2.3 Prioritas Masalah Keperawatan

Tabel 3.10 Prioritas Masalah Keperawatan pada Tn. A dengan Diagnosa Medis CHF di Ruang ICCU RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

No	Masalah Keperawatan	Tanggal		Paraf
		Ditemukan	Teratasi	
1	Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (kelemahan otot nafas) (SDKI hal 05, D.0026)	02-06-2022		
2	Penurunan curah jantung berhubungan dengan Perubahan kontraktilitas (SDKI hal 34, D.0008)	02-06-2022		
3	Hipervolemi berhubungan dengan Kelebihan asupan cairan (SDKI hal 62, D.0022)	02-06-2022		

3.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 3.11 Intervensi Keperawatan pada Tn. A dengan Diagnosa Medis CHF di Ruang ICCU RSPAL dr. Ramelan Surabaya.


No.	Masalah Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
1.	Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (kelemahan otot nafas) (SDKI hal 05, D.0026)	Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam, maka pola napas membaik dengan kriteria hasil (SLKI, hal 95): 1. Dispnea menurun 2. Penggunaan otot bantu napas menurun 3. Pernapasan cuping hidung menurun 4. Ortopnea menurun 5. Frekuensi napas membaik 6. Kedalaman napas membaik	Pemantauan respirasi (SIKI, 1.01014, hal 247) Observasi 1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas 2. Monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, <i>kussmaul</i>) 3. Monitor tanda-tanda vital Terapeutik 4. Posisikan semi fowler atau fowler 5. Berikan oksigen, jika perlu 6. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien Kolaborasi 7. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu	Pemantauan respirasi (SIKI, 1.01014, hal 247): Observasi 1. Kecepatan dalam bernapas menunjukkan adanya upaya tubuh untuk memenuhi kebutuhan oksigen 2. Mengetahui permasalahan jalan napas yang dialami dan keefektifan pola napas klien untuk memenuhi kebutuhan oksigen tubuh 3. Untuk mengetahui keadaan umum pasien Terapeutik 4. Memudahkan pasien dalam bernapas 5. Memaksimalkan pernapasan pasien dengan meningkatkan masukan oksigen 6. Agar mengetahui perubahan kondisi pasien


				dan mencegah perburukan kondisi Kolaborasi 7. Membantu pasien dengan cara mengencerkan dahak yang sulit keluar
2.	Penurunan curah jantung berhubungan dengan Perubahan kontraktilitas (SDKI hal 34, D.0008)	Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam, maka curah jantung meningkat dengan kriteria hasil (SLKI, hal 20): 1. Kekuatan nadi perifer 2. Palpitasi menurun 3. Dispnea menurun 4. Tekanan darah membaik 5. Bradikardia/takikardia menurun 6. Gambaran EKG aritmia menurun	Perawatan Jantung (SIKI, hal 317); Observasi 1. Monitor tekanan darah 2. Monitor intake dan output cairan 3. Monitor saturasi oksigen Terapeutik 4. Pertahankan tirah baring minimal 12 jam 5. Posisikan pasien semifowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman Edukasi 6. Anjurkan segera melaporkan nyeri dada Kolaborasi 7. Kolaborasi pemberian antiplatelet	Perawatan Jantung (SIKI, hal 317); Observasi 1. Untuk mengetahui adanya peningkatan tekanan darah 2. Untuk mengetahui keseimbangan cairan klien 3. Untuk mencegah terjadinya sianosis Terapeutik 4. Untuk menurunkan seluruh kebutuhan kerja pada jantung, menurunkan beban kerja, meningkatkan tenaga cadangan jantung dan menurunkan tekanan darah. 5. Untuk mengurangi kesulitan bernapas dan mengurangi jumlah darah yang kembali ke jantung Edukasi


				<p>6. Agar segera diberikan tindakan yang tepat</p> <p>Kolaborasi</p> <p>7. Untuk mencegah terjadinya penggumpalan darah</p>
3.	<p>Hipervolemi berhubungan dengan Kelebihan asupan cairan (SDKI hal 62, D.0022)</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3 x 24 jam, maka keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil (SLKI, hal 41):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Edema menurun 2. Haluaran urin meningkat 3. Tekanan darah membaik 4. Denyut nadi membaik 5. Berat badan membaik 	<p>Manajemen Hipervolemia (SIKI, hal 181):</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi tanda dan gejala hipervolemia (misal ortopnea, dyspnea, edema, JVP meningkat, suara napas tambahan) 2. Identifikasi penyebab hipervolemia 3. Monitor status hemodinamik (misal frekuensi jantung, tekanan darah, MAP, CVP) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Batasi asupan cairan dan garam 5. Tinggikan kepala tempat tidur 30-40° <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Ajarkan cara membatasi cairan 	<p>Manajemen Hipervolemia (SIKI, hal 181):</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui tanda dan gejala yang muncul 2. Untuk mengetahui penyebab dari hipervolemia dan menentukan intervensi selanjutnya 3. Untuk mengetahui keadaan klien secara umum <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Untuk mengurangi adanya edema 5. Untuk meringankan ekspansi paru <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Agar pasien mampu membatasi cairan secara mandiri


3.4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan


Table 3.12 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Tn. A dengan Diagnosa Medis CHF di Ruang ICCU RSPAL dr. Ramelan Surabaya


Hari/ Tanggal	No. Dx	Jam	Tindakan	Tanggal/ Jam	Evaluasi Formatif SOAPIE/ Catatan Perkembangan	TTD Perawat
Kamis, 2 Juni 2022	1	08.00	- Mengkaji keluhan pasien: pasien mengatakan merasa sesak nafas seperti ngos-ngosan	Kamis 2 Juni 2022 13.00	Dx 1: Pola napas tidak efektif	
	1	08.00	- Mengobservasi keadaan umum dan TTV: keadaan umum: lemah, Nadi: 97x/menit, RR: 32-40x/menit, Tensi: 110/76 mmHg, Suhu: 36.9°C, SpO2: 97%		S: Pasien mengatakan sesak napas berkurang	
	1	08.05	- Memastikan O2 terpasang dengan benar dan memonitor aliran O2 (nasal kanul 4 lpm)		O:	
	1	08.05	- Memonitor pola nafas, monitor saturasi oksigen: pola napas dypnea		- RR: 26 x/menit dengan nasal 4lpm	
	1	08.05	- Memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya nafas: RR 32-40x/menit, otot bantu nafas tambahan: ada, batuk (+)		- SpO2: 98%	
	1	08.05	- Memonitor bunyi nafas tambahan (gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering): Ronchi +/+ minimal, Pasien tampak lemah, Retraksi dada + (minimal)		- Pola napas: dyspnea	
	1	08.10	- Memberikan posisi semi fowler		- Batuk (+)	
	1	08.10	- Mengajarkan tarik napas dalam: pasien mampu mengatur napas		- Otot Bantu Nafas Tambahan: ada	


1	09.00	- Memonitor pola nafas, monitor saturasi oksigen: pola napas dypnea, RR: 30x/menit, SPO2: 97%		P: Intervensi dilanjutkan	
1	09.05	- Memastikan O2 terpasang dengan benar dan memonitor aliran O2 (nasal kanul 4 lpm)			
1	10.00	- Memonitor pola nafas, monitor saturasi oksigen: pola napas dypnea, RR: 30x/menit, SPO2: 97%			
1	11.00	- Memonitor pola nafas, monitor saturasi oksigen: pola napas dypnea, RR: 28 x/menit, SPO2: 97%			
1	12.00	- Memastikan O2 terpasang dengan benar dan memonitor aliran O2 (nasal kanul 4 lpm)			
1	12.05	- Memonitor pola nafas, monitor saturasi oksigen: dypnea, RR: 26, SPO2: 98%			
1	13.00				
2	08.00	- Mengkaji keluhan pasien: pasien mengatakan merasa sesak nafas seperti ngos-ngosan	Kamis 2 Juni 2022 13.05	Dx 2: Penurunan curah jantung	
2	08.00	- Memonitor tekanan darah: Tensi: 110/76 mmHg		S:	
2	08.00	- Memonitor intake input: 200cc,		Pasien mengatakan sesak napas berkurang	
2	08.00	- Memonitor saturasi oksigen: 98%, nasal kanul 4 lpm		O:	
2	08.05	- Mempertahankan tirah baring minimal 12 jam			
		- Memposisikan pasien posisi nyaman: semi fowler			



2	08.10	- Meganjurkan segera melaporkan nyeri dada		- Decreased LV Systolic Function (EF by Teich 13%, Mod A4C 18%, Mod A2C 24%, Biplane 17%)	
2	08.10	- Memonitor output urine pasien: 150cc		- Kesimpulan ECHO: ICM, LV Thrombus, Moderate MR, Mild AR, TR, PR	
2	09.00	- Memberikan terapi sesuai advis dokter: Inj. Novorapid 8ui, Metformin 500mg, Aspilet 80mg, Laxadin Syrup, ISDN tab, Furosemide Pump 10mg/jam		- Terdapat suara nafas tambahan: ronchi minimal	
2	12.20			- Nadi: 94x/menit, RR: 26x/menit, Tensi: 106/70 mmHg	
2	12.20	- Mengantarkan pasien melakukan pemeriksaan ECHO (Kesimpulaa: ICM, LV Thrombus, Moderate MR, Mild AR, TR, PR		A: Masalah teratasi sebagian	
2	12.30	- Memonitor output urine pasien: 150cc		P: Intervensi dilanjutkan	
2	13.00				
3	08.00	- Mengkaji keluhan pasien: pasien mengatakan merasa sesak nafas seperti ngos-ngos an	Kamis 2 Juni 2022 13.10	Dx 3: Hipervolemia	
3	08.00	- Mengidentifikasi tanda dan gejala hypervolemia: dyspnea, ada suara napas tambahan		S: -	
3	08.00	- Mengidentifikasi penyebab hypervolemia: input 200cc		O:	
3	08.00	- Memonitor status hemodinamik: TD: Nadi: 97x/menit, RR: 32-40x/menit, Tensi: 110/76 mmHg, Suhu: 36.9°C, SpO2: 97%		- Edema anasarka (+)	
3	08.10	- Membatasi asupan cairan dan garam: pasien mehamami untuk membatasi minum		- Hasil foto thorax: Cardiomegali dan Congestive Pulmonum	
		- Meninggikan kepala tempat tidur 30-40°		- CRT: 70%	
				- Ronkii +/- minimal	
				- Intake sampai jam 09.00-13.00: 400 cc	

	3	08.10	- Memonitor output urine 150cc		- Output 300 cc	
	3	09.00	- Memonitor input cairan 200cc		- Balance Cairan: – 100 cc	
	3	12.20	- Memberikan terapi sesuai advis dokter: Inj. Novorapid 8ui, Metformin 500mg, Aspilet 80mg, Laxadin Syrup, ISDN tab, Furosemide Pump 5mg/jam		A: Masalah belum teratasi	
	3	12.20	- Memonitor output urine 150cc		P: Intervensi dilanjutkan	
	3	13.00				
Jumat, 3 Juni 2022	1	08.00	- Mengkaji keluhan pasien: pasien mengatakan sesak napas berkurang	Jumat 3 Juni 2022 13.00	Dx 1: Pola napas tidak efektif	
	1	07.00	- Mengobservasi keadaan umum dan TTV: keadaan umum: baik, Nadi: 97x/menit, RR: 22x/menit, Tensi: 119/80 mmHg, Suhu: 36.2°C, SpO2: 98%		S:	
	1	07.05	- Memastikan O2 terpasang dengan benar dan memonitor aliran O2 (nasal kanul 4 lpm)		Pasien mengatakan sesak berkurang banyak	
	1	07.05	- Memonitor pola nafas, monitor saturasi oksigen: pola napas dypnea		O:	
	1	07.05	- Memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya nafas: RR 22/menit, batuk (+)		- RR: 22 x/menit dengan nasal 4lpm	
	1	07.08	- Memonitor bunyi nafas tambahan (gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering): Ronchi +/+ minimal, Retraksi dada + (minimal)		- SpO2: 97%	
	1	07.10	- Memberikan posisi semi fowler		- Ronchi +/+ minimal	
	1	07.13	- Mengajarkan tarik napas dalam: pasien mampu mengatur napas		- Retraksi dada + (minimal)	
			- Memonitor pola nafas, monitor saturasi oksigen: pola napas dypnea, RR: 22x/menit, SPO2: 97%		- TD: 10071	
					- N: 97x/menit	
					A: Masalah teratasi sebagian	
					P: Intervensi dilanjutkan	

1	07.15	- Memastikan O2 terpasang dengan benar dan memonitor aliran O2 (nasal kanul 4 lpm)			
1	10.00	- Memonitor pola nafas, monitor saturasi oksigen: pola napas dypnea, RR: 22x/menit, SPO2: 98%			
1	10.00	- Memastikan O2 terpasang dengan benar dan memonitor aliran O2 (nasal kanul 4 lpm)			
1	10.02	- Memonitor pola nafas, monitor saturasi oksigen: pola napas dypnea, RR: 26 x/menit, SPO2: 98%			
1	12.55				
1	12.58				
1	13.00				
2	07.00	- Mengkaji keluhan pasien: pasien mengatakan sesak napas berkurang	Jumat 3 Juni 2022 13.05	Dx 2: penurunan curah jantung S: Pasien mengatakan sesak napas berkurang O: - Decreased LV Systolic Function (EF by Teich 13%, Mod A4C 18%, Mod A2C 24%, Biplane 17%)	
2	07.00	- Memonitor tekanan darah: Tensi: 119/80 mmHg			
2	07.05	- Memonitor intake 300cc			
2	07.10	- Memonitor saturasi oksigen: 98%, nasal kanul 4 lpm			
2	07.10	- Mempertahankan tirah baring minimal 12 jam			
2	07.10	- Memberikan pasien posisi nyaman: semi folwer			
2	07.15	- Menganjurkan segera melaporkan nyeri dada			
2	09.00	- Memonitor output urine pasien: 200cc			
2	09.00	- Memonitor intake: 200cc			
2	12.00	- Memberikan terapi sesuai advis dokter: Inj. Novorapid 8ui, Metformin 500mg, Aspilet 80mg, ISDN tab 5mg, sirup laxadin 1 sdm,			

	2	12.03	- Memonitor output urine pasien: 450cc		- Kesimpulan ECHO: ICM, LV Thrombus, Moderate MR, Mild AR, TR, PR	
	2	13.00			- Hasil foto thorax: Cardiomegali dan Congestive Pulmonum	
					- Terdapat suara nafas tambahan: ronchi minimal	
					- Nadi: 97x/menit, RR: 22x/menit, Tensi: 100/71 mmHg	
					A: Masalah teratasi teratasi	
					P: Intervensi dilanjutkan	
	3	07.00	- Mengkaji keluhan pasien: pasien mengatakan merasa sesak nafas seperti ngos-ngosan	Jumat 3 Juni 2022	Dx 3:	
	3	07.00	- Mengidentifikasi tanda dan gejala hypervolemia: dyspnea, ada suara napas tambahan		S: -	
	3	07.00	- Mengidentifikasi penyebab hypervolemia: input 300cc		O:	
	3	07.10	- Memonitor status hemodinamik: TD: Nadi: 97x/menit, RR: 32-40x/menit, Tensi: 110/76 mmHg, Suhu: 36.9°C, SpO2: 97%		- Edema anasarka (+)	
	3	07.10	- Membatasi asupan cairan dan garam		- Hasil foto thorax: Cardiomegali dan Congestive Pulmonum	
	3	09.00	- Meninggikan kepala tempat tidur 30-40°		- CRT: 70%	
	3	12.00	- Memonitor output urine 150cc		- Ronkii +/- minimal	
	3	12.00	- Memonitor input cairan 200cc		- Intake sampai jam 07.00-13.00: 500 cc	
			- Memberikan terapi sesuai advis dokter: Inj. Novorapid 8ui, Metformin 500mg, Aspilet	- Output 650 cc		
				- Balance Cairan: +150 cc		
				A: Masalah teratasi sebagian		



	3	12.05	80mg, Laxadin Syrup, ISDN tab, Furosemide Pump 10mg/jam - Memonitor output urine 150cc		P: Intervensi dilanjutkan	
	3	13.00				
Sabtu, 4 Juni 2022	1	13.00	- Mengkaji keluhan pasien: pasien mengatakan sesak napas berkurang banyak	Sabtu 4 Juni 2022 19.00	Dx 1: Pola napas tidak efektif S: Pasien mengatakan sudah tidak sesak napas O: - RR: 18 x/menit dengan nasal 4lpm - SpO2: 98%	
	1	13.00	- Mengobservasi keadaan umum dan TTV: keadaan umum: baik, Nadi: 98x/menit, RR: 22x/menit, Tensi: 110/69 mmHg, Suhu: 36.4°C, SpO2: 98%			
	1	13.03	- Memastikan O2 terpasang dengan benar dan memonitor aliran O2 (nasal kanul 4 lpm) - Memonitor pola nafas, monitor saturasi oksigen: pola napas takipnea			
	1	13.05	- Memonitor bunyi nafas tambahan (gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering): Ronchi +/+ minimal, Retraksi dada + (minimal)			
	1	13.07	- Memberikan posisi semi fowler - Mengajarkan tarik napas dalam: pasien mampu mengatur napas			
	1	13.10	- Memastikan O2 terpasang dengan benar dan memonitor aliran O2 (nasal kanul 4 lpm)			
	1	13.15	- Memonitor pola nafas, monitor saturasi oksigen: pola napas takipnea, RR: 18x/menit, SPO2: 99%			
	1	16.58				
	1	18.55				


	2	13.00	- Mengkaji keluhan pasien: pasien mengatakan sesak napas berkurang banyak	Sabtu 4 Juni 2022 19.05	Dx 2: Penurunan curah jantung S: Pasien mengatakan sudah tidak sesak O: Decreased LV Systolic Function (EF by Teich 13%, Mod A4C 18%, Mod A2C 24%, Biplane 17%) - Kesimpulan ECHO: ICM, LV Thrombus, Moderate MR, Mild AR, TR, PR - Terdapat suara nafas tambahan: ronchi minimal - Nadi: 100x/menit, RR: 18x/menit, Tensi: 120/78 mmHg A: Masalah teratasi teratasi P: Intervensi dilanjutkan	
	2	13.00	- Memonitor tekanan darah: 110/69 mmHg			
	2	13.03	- Memonitor intake cairan 200cc			
	2	13.05	- Memonitor saturasi O2 98% nasal 4lpm			
	2	13.07	- Mempertahankan tirah baring minimal 12 jam			
	2	13.09	- Mempertahankan tirah baring minimal 12 jam			
	2	13.09	- Mempertahankan tirah baring minimal 12 jam			
	2	13.10	- Memonitor output urine pasien: 300cc			
	2	13.10	- Memonitor output urine: 200cc,			
	2	14.20	- Memberikan terapi sesuai advis dokter: injeksi novorapid 8ui, metformin 500mg, uperio, simrc, ISDN 5mg, allopurinol 300mg			
	2	16.20	- Memonitor output urine: 200cc			
	2	18.00				
	2	19.00				
	3	13.00	- Mengkaji keluhan pasien: pasien mengatakan sesak napas berkurang banyak	Sabtu 4 Juni 2022 19.10	Dx 3: Hipervolemia S: - O: - Edema anasarka (+)	
	3	13.00	- Mengidentifikasi tanda dan gejala hipervolemia: takipnea, ada suara napas tambahan			

3	13.00	- Mengidentifikasi penyebab hypervolemia: input 200cc		- Hasil foto thorax: Cardiomegali dan Congestive Pulmonum
3	13.00	- Memonitor status hemodinamik: TD: Nadi: 98x/menit, RR: 22x/menit, Tensi: 110/69 mmHg, Suhu: 36.9°C, SpO2: 98%		- CTR: 70%
3	13.03			- Ronkii +/- minimal
3	13.05	- Membatasi asupan cairan dan garam - Meninggikan kepala tempat tidur 30-40°		- Intake sampai jam 13.00 – 19.00: 400 cc
3	14.20	- Memonitor output urine 300cc		- Output 700 cc
3	16.20	- Memonitor output urine 200cc		- Balance Cairan: – 300 cc
3	16.20	- Memonitor input cairan 200cc		A: Masalah teratasi sebagian
3	18.00	- Memberikan terapi sesuai advis dokter: injeksi novorapid 8ui, metformin 500mg, uperio, simrc,		P: Intervensi dilanjutkan
3	19.00	- Memonitor output urine 200cc		

3.5 Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.13 Evaluasi Keperawatan Tn. A dengan Diagnosa Medis CHF di Ruang Instalasi Gawat Darurat RSPAL dr. Ramelan Surabaya

Waktu	Masalah Keperawatan	SOAP	TTD
05/06/2022 19.00	Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (kelemahan otot nafas) (SDKI hal 05, D.0026)	<p>Dx 1: Pola napas tidak efektif</p> <p>S:</p> <p>Pasien mengatakan sudah tidak sesak napas</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - RR: 18 x/menit dengan nasal 4lpm - SpO2: 98% - Ronchi ++ minimal - Retraksi dada + (minimal) - TD: 120/78 - N: 100x/menit <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>	
	Penurunan curah jantung berhubungan dengan Perubahan kontraktilitas (SDKI hal 34, D.0008)	<p>Dx 2: Penurunan curah jantung</p> <p>S:</p> <p>Pasien mengatakan sudah tidak sesak</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Decreased LV Systolic Function (EF by Teich 13%, Mod A4C 18%, Mod A2C 24%, Biplane 17%) - Kesimpulan ECHO: ICM, LV Thrombus, Moderate MR, Mild AR, TR, PR - Terdapat suara nafas tambahan: ronchi minimal 	

		<p>- Nadi: 100x/menit, RR: 18x/menit, Tensi: 120/78 mmHg</p> <p>A: Masalah teratasi teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>	
	<p>Hipervolemi berhubungan dengan Kelebihan asupan cairan (SDKI hal 62, D.0022)</p>	<p>Dx 3: Hipervolemia</p> <p>S: -</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edema anasarka (+) - Hasil foto thorax: Cardiomegali dan Congestive Pulmonum - CTR: 70% - Ronkii +/- minimal - Intake sampai jam 13.00 – 19.00: 400 cc - Output 700 cc - Balance Cairan: – 300 cc <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>	

BAB 4

PEMBAHASAN

Pada bab ini akan membahas asuhan keperawatan pada Tn. A dengan diagnose medis Congestive Heart Failure (CHF) di Ruang ICCU RSPAL dr. Ramelan Surabaya yang dilakukan tanggal 2 – 5 Juni 2022 sesuai dengan pelaksanaan asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan dari tahap pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan.

4.1 Pengkajian Keperawatan

Penulis melakukan pengkajian pada Tn. A dengan melakukan anamnesa pada pasien dan keluarga, melakukan pemeriksaan fisik dan mendapatkan data dari pemeriksaan penunjang medis. Pembahasan akan dimulai dari:

1. Identitas

Pasien bernama Tn. A, dengan rekam medis 55XXX, berjenis kelamin laki – laki, berusia 46 tahun, bekerja sebagai pegawai swasta. Menurut Kementerian Kesehatan RI (2018), mengatakan bahwa prevalensi penyakit jantung lebih tinggi pada jenis kelamin laki-laki yaitu sebesar 510.714 orang dibanding, dengan jenis kelamin perempuan yaitu sebesar 506.576 orang. Faktor-faktor seperti ras, jenis kelamin, neurohormon, sitokin, dan growth factor memodulasi respons hipertrofik ini, menghasilkan fibrosis, kekakuan miokard, disfungsi mekanik sehingga terjadi Hipertrofi dan remodeling VKi dan berujung pada gagal jantung (Munirwan dan Januaresty, 2020). Menurut penulis rentan penyakit gagal jantung, dengan

komplikasi DM dikarenakan respon imun pada tubuh terus menerus menurun dengan riwayat yang dimiliki seseorang.

Pekerjaan disebutkan pasien seorang pegawai swasta. Saat bekerja pasien mengatakan sering minum karena merasa panas saat kerja diluar kantor, sehingga intake cairan berlebih sehingga membuat Tn. A mengalami sesak napas dan dibawa ke rumah sakit.

Data pengkajian yang ada dihubungkan dengan factor resiko, pasien Tn. A mempunyai factor resiko yang actual untuk penderita penyakit CHF, kondisi ini didukung dengan pola hidup yang sehat resiko kekambuhan akan sangat sering terjadi jika intake cairan tidak dibatasi.

2. Riwayat Kesehatan Sekarang

Hasil pengkajian di ruang ICCU keluhan utama pasien yaitu pasien mengatakan merasa sesak nafas seperti ngos-ngosan, keluhan sesak berkurang jika pasien posisi duduk atau tidur dengan diberi ganjal bantal. Menurut Brunner dan Suddarth (2017), 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, keletihan sedangkan pada ventrikel kanan edema dan kelemahan.

Riwayat penyakit dahulu, pasien mengatakan bahwa mempunyai riwayat penyakit dahulu yaitu CHF + DM sejak 5 tahun yang lalu (Obat yang dikonsumsi: metformin, glukos, acarbose 100mg, furosemide, Niiitrocaf, Clopidogrel 75/platogrix, B.Concore 2.5mg). Pada tahun 2018 pasien MRS di ICCU RSPAL selama 4 hari karena ada pembengkakan pada jantung (CHF) dan katarak pasien

disarankan untuk melakukan operasi katarak, tetapi belum terlaksana karena masih ada tanggungan pekerjaan. Pasien juga mengatakan apabila pasien tidak memiliki riwayat alergi obat atau makanan. Hasil vital sign pasien didapatkan tekanan darah 110/76 mmHg, Nadi 97x/mnt, pernapasan 32-40x/mnt, suhu tubuh 36,9°C axila, SpO₂ 97% terpasang nasal kanul 4 lpm, tidak ada keluhan nyeri, keadaan umum lemah, kesadaran komposmentis serta kooperatif, GCS E: 4, V: 5, M: 6 total : 15, BB: 66Kg TB:169cm IMT: $\frac{66 \text{ kg}}{1,69 \times 1,69} = 23.11$ Normal.

3. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik didapatkan beberapa masalah yang bias di pergunakan sebagai data dalam menegakkan diagnose keperawatan yang actual maupun masih resiko. Adapun pemeriksaan dilakukan berdasarkan persistem seperti dibawah ini:

a. B1

Pada pengkajian B1 didapatkan pasien sesak dan ngos ngosan, kepatenan jalan napas bebas, tidak ada sumbatan jalan napas, dypnea (+), batuk (+), terpasang alat bantu napas O₂ nasal 4 lpm, bentuk dada normochest, pergerakan simetris, irama napas reguler, pola napas takipnea, suara napas vesikuler, RR: 32-40x/mnt, SPO₂ 98%, ada otot bantu pernapasan, taktil/vocal fremitus teraba simetris, ada pernapasan abdomen, suara napas tambahan ronkhi ++ minimalis, posisi tidur pasien fowler, pasien mengatakan napas terasa berat apabila posisi bed turun. Keadaan ini terjadi karena kurangnya oksigenasi di arteri dan terjadi peningkatan CO₂ yang akan membentuk asam di dalam tubuh. Situasi ini akan memberikan suatu gejala sesak napas (*dyspenea*), *ortopnea* (*dyspenea* saat

berbaring) terjadi apabila aliran darah dari ekstremitas meningkatkan aliran balik vena ke jantung dan paru-paru (Kasron, 2016).

b. B2

Pada pengkajian B2 didapatkan irama jantung: reguler, bunyi jantung S1 - S2 tunggal, tidak ada nyeri dada, akral hangat, kering, merah, ictus cordis normal, CRT < 2 detik, TD: 110/76 mmHg. Map 87, tidak ada perdarahan, tidak ada sianosis, edema tangan kanan dan kiri, edema kaki (+), perfusi kaki dingin sampai batas paha, kering, pucat, nadi 97 x/menit sinus ritme teraba kuat, teratur, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, pemeriksaan EKG sinus 90x/menit T inv V4-V6 LVH. Pada keadaan gagal jantung, bila salah satu/lebih dari keadaan diatas terganggu, menyebabkan curah jantung menurun, meliputi keadaan yang menyebabkan *prelood* meningkat. Menyebabkan *afterlood* meningkat yaitu pada keadaan stenosis aorta dan hipertensi sistemik. Kontraktilitas miokardium dapat menurun pada Infark miokardium dan kelainan otot jantung (Kasron, 2016).

c. B3

Pada pengkajian B3 didapatkan GCS 456, kesadaran: composmentis, tidak ada jejas, tidak ada paralisis, N-I dapat mengidentifikasi bau, N-II mata kiri melihat dengan baik, N-III pergerakan pupil simetris, N-IV pergerakan pupil kanan-kiri, N-V dapat membuka mulut, mengunyah, N-VI dapat menggerakkan mata ke arah lateral, N-VII dapat mengerutkan dahi, senyum simetris, N-VIII mendekatkan suara, N-IX dapat menelan, N-X ada reflek muntah, N- XI mampu menolehkan leher tanpa menggerakkan bahu, N- XII bicara normal, tidak ada

nyeri tekan, reflek cahaya kanan: - / kiri: +, reflek pupil kanan: - / kiri: 3 mm, reflek fisiologis : biceps (+), triceps (+), patela (+), achilles (+), reflek patologis: tromner(-), babinski (-), laseque (-), kernig (-).

d. B4

Pada pengkajian B4 didapatkan kebersihan: bersih, ekskresi: tidak ada darah, kandung kemih: tidak terdapat distensi, nyeri tekan abdomen: tidak ada, eliminasi urine SMRS frekuensi: 4-5 x/hr, jumlah: ± 1500 cc/hari warna: kuning jernih, eliminasi urine MRS pasien terpasang kateter, jumlah urin pada saat pukul 09.00 WIB 150cc berwarna kuning jernih. Intake pasien pukul 07.00 – 09.00 WIB 200cc dengan balance cairan – 50cc.

e. B5

Pada pengkajian B5 didapatkan pola makan dan minum SMRS: makan 3x/sehari, jenis: nasi, lauk ,sayur, minum: air mineral, teh hangat, pantangan: tidak ada. Pola makan dan minum di RS Diit: Diit kardiovaskuler 1.900 kalori, frekuensi: 3x/sehari, nafsu makan: menurun (hanya makan telur $\frac{3}{4}$ dan tahu $\frac{3}{4}$ porsi), mual muntah: mual jika makan terlalu banyak, peristaltik: 21 kali/menit. pemeriksaan BSN:155 mg/dL, 1JPP: 165mg/dL, BB: 66 Kg, TB: 169cm, IMT: $\frac{66 \text{ kg}}{1,69 \times 1,69} = 23.11$ normal, bentuk perut: flat, kelainan abdomen: tidak ada distensi abdomen, hepar: tidak ada hepatomegali, asites, lien: tidak teraba, nyeri abdomen: tidak ada, rectum dan anus: tidak ada hemoroid, BAB terakhir kemarin pagi, warna kuning kecoklatan, konsistensi lembek dan tidak ada masalah.

f. B6

Pada pengkajian B6 didapatkan rambut pasien berwarna hitam sedikit beruban, kulit kepala bersih, tidak ada luka/benjolan, warna kulit sawo matang, turgor kulit elastis, tidak ada kelainan pada tulang, ROM: aktif, pasien bedrest, terpasang infus ditangan kiri, ADL pasien dibantu, kelainan jaringan/trauma: tidak ada fraktur, kontraktur, flaxid, kekuatan otot: pergerakan sendi bebas, kulit teraba dingin pada ekstremitas bawah, teraba hangat pada extremitas atas, edema tangan kanan kiri (+), edema kaki (+), terpasang infus di tangan kanan.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan pada Tn. A dengan diagnosis medis *Congestive Heart Failure* (CHF) di Ruang ICCU RSPAL dr. Ramelan Surabaya disesuaikan dengan diagnosis keperawatan menurut SDKI, (2019).

1. Pola Napas Tidak Efektif berhubungan dengan Hambatan Upaya Napas

Didapatkan dari data pasien yang mengeluhkan sesak napas seperti ngos-ngosan. Hasil pemeriksaan didapatkan hasil frekuensi napas 32-40x/mnt, SpO₂ 98% dengan bantuan O₂ nasal kanul 4 lpm, pola napas dypnea, ada batuk, adatanambahan otot bantu napas, terdapat suara tambahan ronchi minimalis, pasien tampak lemah, ada retraksi dada minimalis (+/+). Pola napas tidak efektif D. 0005 Kategori: Fisiologis, Subkategori: Respiratory (SDKI, 2019), menjelaskan bahwa pola napas tidak efektif tanda miyar dan minor yaitu penggunaan otot bantu napas, pola napas abnormal dypnea tekanan inspirasi menurun. Penulis berasumsi bahwa gejala sesak yang timbul pada pasien Tn. A muncul sebagai akibat dari terjadinya cardiomegaly dan congestive

pulmonum pada paru sehingga mengganggu proses sirkulasi pernafasan. Sesak nafas merupakan tanda gejala khas pada gagal jantung kiri. Ini sesuai dengan teori Aritonang (2019).

2. Penurunan Curah Jantung berhubungan dengan Perubahan Kontraktilitas

Didapatkan dari data pasien yang mengeluhkan lemas disekujur tubuh, tekanan darah 110/76 mmHg, Nadi 97 x/mnt, akral hangat, kering, merah CRT < 2 detik, terdapat oedema kaki kanan dan kiri, hasil pemeriksaan laboratorium pasien kalium normal 4.89 mmol/L, hasil EKG pasien terlampir Sinus 90x/mnt T inv V4-V6 LVH, Decreased LV Systolic Function (EF by Teich 13%, Mod A4C 18%, Mod A2C 24%, Biplane 17%), sesimpulan ECHO: ICM, LV Thrombus, Moderate MR, Mild AR, TR, PR, terdapat suara nafas tambahan: ronchi minimal, nadi 97x/menit, RR 32-40x/menit, tensi 110/76 mmHg. Penurunan curah jantung pada Domain D. 0008 Kategori : Fisiologis serta Subkategori: Sirkulasi (SDKI, 2019), menjelaskan bahwa pada data objektif penurunan curah jantung tanda mayor minor yaitu tekanan darah meningkat, *Capillary Refill Time / CRT* > 3 detik, warna kulit pucat dan atau sianosis. Masalah keperawatan ini merupakan masalah prioritas pada asuhan keperawatan pada pasien dengan CHF, karena adanya kerusakan pada jantung atau miokardium yang menyebabkan penurunan curah jantung. Hal tersebut tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme, maka jantung akan memberikan respon mekanisme kompensasi untuk mempertahankan fungsi jantung agar tetap dapat memompa darah secara adekuat. Bila mekanisme tersebut telah secara maksimal digunakan dan curah jantung normal tetap tidak

terpenuhi, maka setelah akan itu timbul gejala gagal jantung (Nurkhalis dan Adista, 2020).

3. Hipervolemia berhubungan dengan Kelebihan Asupan Cairan

Didapatkan dari data pasien mengatakan sesak napas seperti ngos – ngosan dengan adanya edema pada tangan kiri, kaki kanan dan kaki kiri, hasil foto thorax cardiomegaly dan congestive pulmonum, ada ronkhi +/- minimal, intake sampai jam 07.00 – 09.00 WIB 200cc, output jam 09.00 WIB 150cc, dan balance cairan -50cc. Hipervolemia Domain D. 0022 Kategori : Fisiologis serta Subkategori: Nutrisi dan Cairan (SDKI, 2019), menjelaskan bahwa pada data objektif edema anasarca, dyspnea, terdengar suara napas tambahan, intake lebih banyak dari output. Masalah keperawatan ini merupakan masalah yang biasa terjadi pada asuhan keperawatan pada pasien dengan CHF, karena adanya intake yang berlebihan sehingga terjadi penumpukan cairan di paru – paru.

4.3 Intervensi Keperawatan

1. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan kelemahan otot napas Intervensi keperawatan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam pola napas membaik dengan kriteria hasil: dispnea menurun, penggunaan otot bantu napas menurun, pernapasan cuping hidung menurun, ortopnea menurun, frekuensi napas membaik, dan kedalaman napas membaik (SLKI, 2019). Rencana keperawatan: monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas, monitor pola napas (seperti bradypnea, takipnea, hiperventilasi), monitor tanda-tanda vital, posisikan semi fowler atau fowler, berikan oksigenasi, atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien, kolaborasi pemberian bronkodilator, ekpektoran mukolitik (SIKI, 2019).
2. Penurunan Curah Jantung berhubungan dengan Perubahan Kontraktilitas Intervensi keperawatan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam curah jantung meningkat dengan kriteria hasil : Kekuatan nadi perifer meningkat, palpitasi menurun, dispneu menurun, batuk menurun, tekanan darah membaik, bradikardia/takikardia menurun, gambaran EKG aritmia menurun (SLKI, 2019). Rencana keperawatan : monitor tekanan darah, monitor intake dan output cairan, monitor saturasi oksigen, pertahankan tirah baring minimal 12 jam, posisikan pasien semi fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman, anjurkan segera melaporkan nyeri dada, kolaborasi pemberian antiplatelet (SLKI, 2019).

3. Hypervolemia berhubungan dengan Kelebihan Asuhan Cairan Intervensi keperawatan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam curah jantung meningkat dengan kriteria hasil : edema menurun, haluaran urine meningkat, tekanan darah membaik, denyut nadi membaik, BB membaik (SLKI, 2019). Rencana keperawatan : identifikasi tanda dan gejala hypervolemia (missal ortopnea, dyspnea, edema, JVP meningkat, suara napas tambahan), identifikasi penyebab hypervolemia, monitor status hemodinamik (missal frekuensi jantung, tekanan darah, MAP, CVP), batasi asupan cairan dan garam, tinggikan kepala tempat tidur 30-40⁰, ajarkan cara membatasi cairan (SLKI, 2019).

4.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah kegiatan yang akan dilakukan kepada pasien untuk meningkatkan kesembuhan pasien. Implementasi dilakukan sesuai dengan intervensi yang telah direncanakan sebelumnya.

Tindakan keperawatan ini disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan pada situasi yang nyata. Implementasi sering kali jauh lebih berbeda dengan rencana tertulis dalam melaksanakan tindakan keperawatan, yang biasa dilakukan perawat setelah menggunakan rencana tidak tertulis yaitu apa yang dirasakan itulah yang dilaksanakan. Kemudian dokumentasikan semua tindakan yang telah dilakukan beserta respons pasien.

Pada tanggal 2 Juni 2022 dilaksanakan tindakan dari semua masalah keperawatan yang telah ditemukan. Tindakan dilakukan sesuai dengan prioritas masalah. Menurut penulis tindakan keperawatan yang dilakukan telah sesuai dengan masalah keperawatan yang dialami dan kondisi pasien masih belum membaik. Untuk observasi harus dilakukan tiap 1 jam sekali dan untuk menghitung balance cairan dilakukan tiap 3 jam sekali.

Kemudian pada tanggal 3 Juni 2022 sampai 4 Juni 2020, penulis melanjutkan tindakan keperawatan sesuai dengan masalah yang ditemukan sebelumnya. Observasi tetap dilakukan tiap 1 jam sekali, menghitung balance cairan dilakukan tiap 3 jam sekali. Dan Tindakan lainnya dapat dilakukan setiap saat, tergantung pada kebutuhan pasien.

4.5 Evaluasi Keperawatan

Pada tinjauan pustaka, evaluasi dapat dilaksanakan dengan baik. Sedangkan pada tinjauan kasus, evaluasi dapat dilaksanakan karena dapat diketahui klien secara langsung. Pada waktu dilaksanakan evaluasi, semua masalah keperawatan sesuai dengan kriteria hasil.

Evaluasi dilakukan menggunakan metode SOAP sehingga terpantau respon pasien terhadap intervensi keperawatan yang telah dilakukan. Pada tanggal 2 Mei 2022, didapatkan hasil evaluasi yaitu, Pola napas tidak efektif teratasi sebagian dan intervensi dilanjutkan, penurunan curah jantung teratasi sebagian dan intervensi dilanjutkan, hipervomia belum teratasi dan intervensi dilanjutkan. an kondisi pasien belum ada perubahan/membaik. Pada tanggal 3 Juni 2022, didapatkan hasil evaluasi yaitu, Pola napas tidak efektif masalah teratasi sebagian dan intervensi dilanjutkan,

penurunan curah jantung belum teratasi dan intervensi dilanjutkan, hipervolemia belum teratasi dan intervensi dilanjutkan. Pada tanggal 4 Juni 2022, didapatkan hasil evaluasi yaitu, Pola napas tidak efektif masalah teratasi sebagian dan intervensi dilanjutkan, penurunan curah jantung teratasi sebagian dan intervensi dilanjutkan, hipervolemia teratasi sebagian dan intervensi dilanjutkan, Pada hasil observasi kondisi pasien tampak lebih baik dibandingkan saat hari pengkajian dan pasien masih harus tetap di ruang ICCU untuk mendapatkan perawatan intensif.

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melakukan asuhan keperawatan secara langsung pada klien dengan diagnosa medis *Congestive Heart Failure* (CHF) di Ruang ICCU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis dapat menarik kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan asuhan keperawatan pada klien *Congestive Heart Failure* (CHF).

5.1 Hasil Penelitian

Penulis telah menguraikan tentang asuhan keperawatan pada klien dengan *Congestive Heart Failure* (CHF), maka penulis dapat menarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Pada pengkajian, didapatkan klien merasa sesak nafas seperti ngos-ngosan, diberikan terapi O₂ nasal kanul 4 lpm dan terpasang lasix pump 10mg/jam. Intake pasien jam 09.00 – 13.00 WIB yaitu 400cc dan untuk output cairan 300cc, balance cairan -100cc.
2. Pada pasien dengan diagnosa medis *Congestive Heart Failure* (CHF) akan mengalami beberapa masalah baik fisik, psikologis, maupun sosial. Masalah keperawatan yang timbul adalah pola napas tidak efektif, penurunan curah jantung, dan hypervolemia.
3. Merencanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis *Congestive Heart Failure* (CHF) harus melihat kondisi klien dan kondisi di ICCU secara keseluruhan dan target waktu max 3x24 jam penyelesaiannya juga

harus disesuaikan dengan kemampuan pasien, karena setiap individu mempunyai rentang respon yang berbeda-beda.

4. Fokus asuhan keperawatan pada pasien dengan *Congestive Heart Failure* (CHF) adalah mengurangi beban kerja, memperkuat kontraktilitas miokard, mengurangi kelebihan cairan dan garam, melakukan tindakan terhadap penyebab, faktor pencetus dan penyakit yang mendasari.
5. Rencana tindakan keperawatan yang terdapat dalam tinjauan pustaka, tidak semuanya tercantum di tinjauan kasus, tetapi disesuaikan dengan diagnosis dan etiologi dari masalah keperawatan tersebut.

5.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan di atas, penulis memberikan beberapa saran sebagai berikut:

1. Bagi pasien

Agar patuh untuk meminum obat, menjaga diet pembatasan intake yang masuk sesuai ketentuan dan mau bekerjasama dengan dokter dan perawat dalam proses penyembuhan penyakitnya.

2. Bagi keluarga

Agar memberikan semangat dan dukungan yang positif serta doa terus menerus kepada pasien yang dapat membantu proses penyembuhan penyakit pasien.

3. Bagi perawat

Bagi perawat ruangan khususnya di ICCU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya: dalam pelaksanaan kegiatan asuhan keperawatan agar meningkatkan

pelayanan dalam memberikan asuhan keperawatan terutama kepada pasien dengan diagnosa medis *Congestive Heart Failure* (CHF). Memberikan edukasi tentang pembatasan aktivitas turun tempat tidur dan juga pembatasan intake yang diperoleh pasien.

4. Bagi Rumah Sakit RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

Agar semakin meningkatkan kualitas dan kuantitas dokter dan para perawat serta tenaga kesehatan lainnya dalam rangka meningkatkan kualitas Rumah Sakit.

5. Bagi penulis selanjutnya

Diharapkan lebih meningkatkan kompetensi dan wawasan ilmu tentang perkembangan penanganan terbaru dalam dunia kesehatan khususnya ditujukan untuk klien dengan diagnosa medis *Congestive Heart Failure* (CHF).

DAFTAR PUSTAKA

- Aritonang, Yanti Anggraini. 2019. "Gambaran Frekuensi Pernafasan Pada Pasien Gagal Jantung Fungsional Kelas Ii & Iii Di Jakarta." *Jurnal Ilmiah Widya* 6: 1–6.
- Black, J dan Hawks, J. 2014. *Keperawatan Medikal Bedah: Manajemen Klinis untuk Hasil yang Diharapkan*. Dialihbahasakan oleh Nampira R. Jakarta: Salemba Emban Patria.
- Bangsawan, Merah, and Purbianto. 2013. "Faktor Risiko Yang Mempercepat Terjadinya Komplikasi Gagal Jantung Pada Klien Hipertensi." *Jurnal Keperawatan* 9(2): 145–50.
- Brunner, and Suddarth. 2017. *Asuhan Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Inamdar, A. A., dan Inamdar A. C. (2016). Heart Failure : Diagnosis, Management and Utilization. *Journal of Clinical Medicine*, 5(62): 1-28 *International Cardiovascular Forum Journal*, 1(10): 12-15.
- Karson. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Sistem Kardiovaskuler*. Jakarta: TIM
- Kemenkes RI. 2014. "Situasi Kesehatan Jantung." *Pusat data dan informasi kementerian kesehatan RI*: 3. <http://www.depkes.go.id/download.php?file=download/pusdatin/infodatin/infodatin-jantung.pdf>.
- Kementerian Kesehatan RI. 2018. "Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar." *Riskesdas*: 614.
- Lumi, Axel P, Victor F F Joseph, and Natalia C I Polii. 2021. "Rehabilitasi Jantung Pada Pasien Gagal Jantung Kronik." *Jurnal Biomedik* 13(3): 309–16. <https://doi.org/10.35790/jbm.13.3.2021.33448>.
- Munirwan, Haris, and Onna Januaresty. 2020. "Penyakit Jantung Hipertensi Dan Gagal Jantung." *Jurnal Kedokteran Nanggroe Medika* 3(80): 4.
- Nurkhalis, and Rangga Juliar Adista. 2020. "Manifestasi Klinis Dan Tatalaksana Gagal Jantung." *Jurnal Kedokteran Nanggroe Medika* 3(3): 36–46.
- Purwowiyoto, Sidhi Laksono. 2018. "Gagal Jantung Akut : Definisi , Patofisiologi, Gejala Klinis Dan Tatalaksana." *Cermin Dunia Kedokteran* 45(4): 310–12.
- Udjianti, Wajan. Juni. (2013). *Keperawatan Kardiovaskuler*. Jakarta : Salemba Medika.
- Purwowiyoto SL. Obstructive Sleep Apnea dan Gagal Jantung. *J Kedokt Yars*. 2017;25(3):172–83.
- Ramadhana, Aldyla Syahro. 2020. "Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Pada Pasien Dengan Stroke Hemoragik Di Ruang Instalasi Gawat Darurat." *Universitas Kusuma Husada Surakarta*.
- Saida, Haryati, and La Rangki. 2020. "Kualitas Hidup Penderita Gagal Jantung Kongestif Berdasarkan Derajat Kemampuan Fisik Dan Durasi Penyakit." *Falehan Health Journal* 7(02): 70–76.
- Sari, Dewi Ita. 2018. *Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Congestive Heart Failure (CHF) di Ruang Flamboyan RSUD Arifin Achmad Pekanbaru*. Poltekkes Riau: Laporan Tugas Akhir
- Savarese, G. & Lund, L. H. 2017. *Global Public Health Burden of Heart Failure*.

Cardiac Failure Review, 3 (1). 7–11.doi: 10.15420 /cfr. 2016:25:2

- SDKI. 2019. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi Dan Indikator Diagnostik*. 1st ed. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- SIKI. 2019. *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi Dan Tindakan Keperawatan*. 1st ed. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- SLKI. 2019. *Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Definisi Dan Kriteria Hasil Keperawatan*. 1st ed. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

LAMPIRAN 1

CURRICULUM VITAE

Nama : Adinda Prayetno Wulandari, S.Kep

Nim : 2130009

Program Studi : Ners

Tempat, tanggal lahir : Surabaya, 13 Agustus 1998

Agama : Islam

Email : adindaprayetno845@gmail.com

Riwayat Pendidikan :

1. TK Kartini Surabaya Tahun 2005
2. SDN Pakal II Surabaya Tahun 2011
3. SMPN 26 Surabaya Tahun 2014
4. SMAN 21 Surabaya Tahun 2017
5. STIKES Hang Tuah Surabaya Tahun 2021

LAMPIRAN 2

MOTTO & PERSEMBAHAN

MOTTO

“TIDAK ADA KESUKSESAN TANPA KERJA KERAS, TIDAK ADA KEBERHASILAN TANPA BERUSAHA, TIDAK ADA KEMUDAHAN TANPA DOA”

PERSEMBAHAN

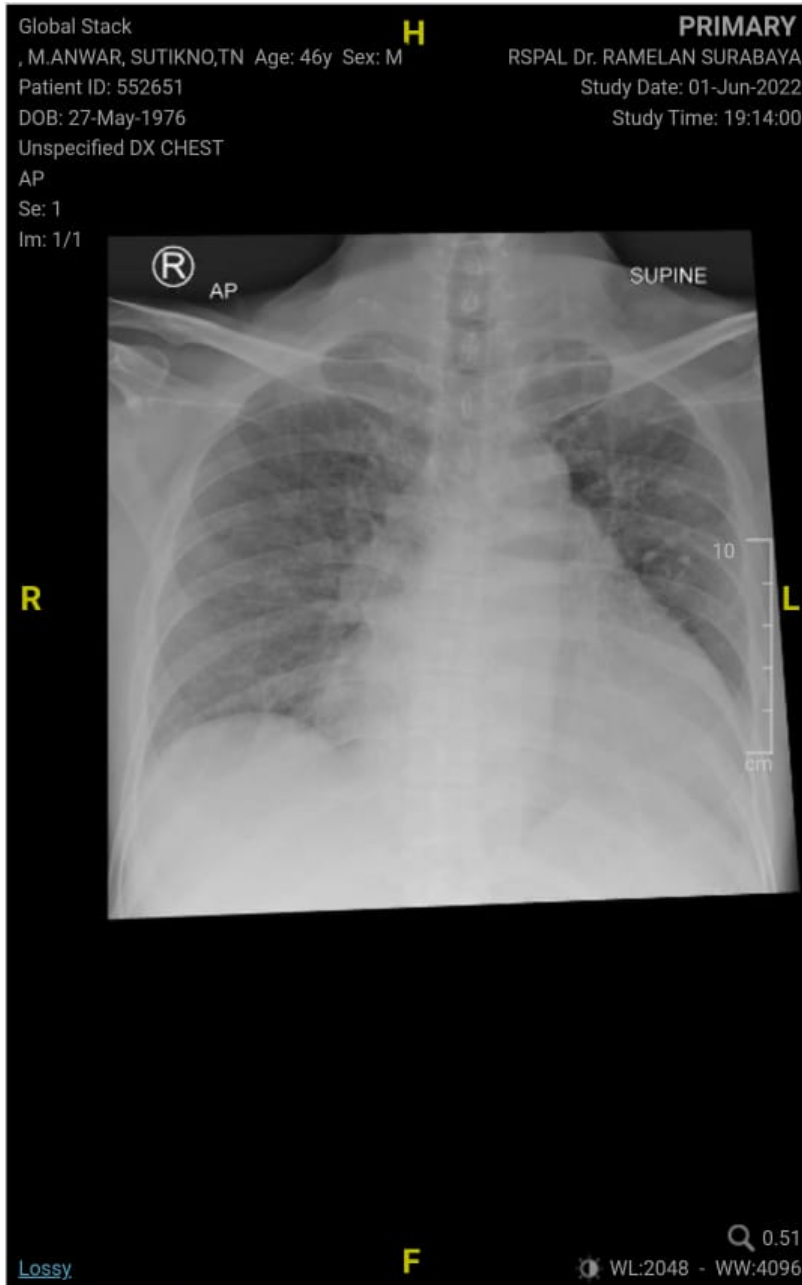
Alhamdulillah, atas rahmat dan hidayah-Nya, sehingga saya dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir saya dengan baik dan tepat waktu. KIA ini saya persembahkan kepada:

1. Orang tuaku yang sangat saya sayangi dan saya cintai (Bapak Suyitno dan Ibu Jeni) kakek dan nenekku (Bapak Saji dan Emak Sumini) yang selalu memberikan doa, motivasi, dukungan dan kasih sayang kepada saya dalam menuntut ilmu sehingga skripsi saya dapat selesai dengan dengan baik dan tepat waktu.
2. Adikku (Desy Indah Permatasari dan Diandra Sabrina) yang selalu ada disaat aku lelah memikirkan KIA dan selalu mendoakanku dan memberiku motivasi.
3. Adikku (Alm) Kayyisa Ghania Afrin yang sangat aku sayangi dan mendoakanku agar cepat lulus dan memberiku pelajaran hidup yang tak akan pernah ku lupakan.

4. Mas Yudi yang memberiku motivasi dan menyemangatiku agar segera menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir tepat waktu.
5. Sahabatku Amalia, Delfani, Putri, dan Salsa yang selalu memberikanku motivasi dan semangat agar segera menyelesaikan KIA
6. Teman kelompok Karya Ilmiah Akhir (Salsa, Delfani, Rifka) yang telah berjuang bersama dalam menyelesaikan KIA ini.
7. Teman-temanku prodi Ners tahun 2021-2022 STIKES HANG TUAH Surabaya selama 1 tahun ini.

LAMPIRAN 3

FOTO THORAX



LAMPIRAN 4

FOTO EKG

