

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. N. A. R DENGAN
DIAGNOSA MEDIS CONGESTIVE HEART FAILURE (CHF)
DI RUANGAN PENYAKIT DALAM III
RSUD ENDE**



OLEH :

MARIA ANJELINA YULITA WONA
NIM : PO5303202210056

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KUPANG
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN ENDE
TAHUN 2023/2024**

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. N. A. R DENGAN DIAGNOSA
MEDIS CONGESTIVE HEART FAILURE (CHF) DI RUANGAN
PENYAKIT DALAM III
RSUD ENDE**

Diajukan sebagai salah satu syarat menyelesaikan
Program pendidikan Diploma III keperawatan
Pada Program Studi Keperawatan Ende



OLEH:

MARIA ANJELINA YULITA WONA
NIM. PO.5303202210056

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN ENDE
2023/2024**

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Maria Anjelina Yulita Wona
NIM : PO5303202210056
Program Studi : D-III Keperawatan Ende
Judul Karya Tulis : Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Pada Ny. N. A. R Dengan Diagnosa Medis Congestive Heart Failure (CHF) Di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende.

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa karya tulis ilmiah yang saya susun ini benar-benar hasil karya tulis sendiri, bukan merupakan pengambilan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila di kemudian hari dapat di buktikan bahwa karya tulis ilmiah ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Ende, 02 September 2024
Yang membuat pernyataan



Maria Anjelina Yulita Wona
NIM. PO.5303202210056

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. N. A. R DENGAN DIAGNOSA
MEDIS CONGESTIVE HEART FAILURE (CHF) DI RUANGAN
PENYAKIT DALAM III RSUD ENDE

OLEH :

Maria Anjelina Yulita Wona
NIM. PO5303202210056

Karya Tulis Ilmiah ini Telah Diperiksa dan Disetujui
Oleh Pembimbing Untuk Diujikan

Ende, 02 September 2024

Pembimbing



Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep. Ns., MSc
NIP. 197401132002122001

Mengetahui



Ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende

Aris Wawono, M.,Kep.,Ns.,Sp.Kep.,Kom
196601141991021001

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. N. A. R DENGAN DIAGNOSA
MEDIS CONGESTIVE HEART FAILURE (CHF) DI RUANGAN
PENYAKIT DALAM III RSUD ENDE**

OLEH:

MARIA ANJELINA YULITA WONA
PO5303202210056

Penguji Ketua



Martha Bedho, S.ST., M.Kes
NIP. 196006271985032001

Penguji Anggota



Dr. Sisilia Leny Cahyani, S. Kep.,Ns.,MSc
NIP. 197401132002122001

Disahkan oleh:

Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende



Nita Romeo, M.Kep., Ns.Sp.Kep.Kom
NIP.196601141991021001

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur Penulis haturkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, kerana atas berkat dan rahmat-Nya, Penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. N. A. R Dengan Diagnosa Medis Congestive Heart Failure (CHF) Di Ruangan Penyakit Dalam III RSUD Ende” dengan baik. Dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini, Penulis tidak lepas dari campur tangan dari berbagai pihak, maka dari itu pada kesempatan ini, Penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada pihak-pihak yang telah membantu Penulis yaitu:

1. Bapak Irfan, SKM.,M.Kes, Direktur Poltekkes Kemenkes Kupang yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menempuh pendidikan Diploma III Keperawatan di Poltekkes Kemenkes Kupang.
2. Bapak Aris Wawomeo, M.Kep.,Ns.,Sp.Kep.Kom, selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende yang telah memberikan kesempatan pada penulis untuk menambah ilmu di lembaga ini.
3. dr. Ester Puspita Jelita, Selaku Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ende yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melakukan penelitian studi kasus di RSUD Ende.
4. Ibu Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.,Ns.,MSc selaku pembimbing yang telah meluangkan waktunya untuk membimbing penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Ibu Martina Bedho, SST.,M.Kes selaku penguji ketua, yang telah memberikan masukan terkait penyempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini menjadi lebih baik.

6. Keluargaku tercinta yang selalu mendukung dan memotivasi dalam perkuliahan.
7. Teman-teman yang telah membantu secara langsung maupun tidak langsung dengan masukan yang sangat bermanfaat dan selalu memberikan motivasi. Semoga Tuhan membalas budi baik semu pihak yang telah memberi kesempatan dan dukungan dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak kekurangan. Oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran dalam penyempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini agar dapat bermanfaat bagi pembaca pada umumnya dan mahasiswa keperawatan pada khususnya.

Ende, 02 September 2024

Penulis

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. N. A. R DENGAN DIAGNOSA MEDIS CONGESTIVE HEART FAILURE (CHF) DI RUANGAN PENYAKIT DALAM III RSUD ENDE

Maria Anjelina Yulita Wona
Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.,Ns.,MSc

Latar Belakang Congestive Heart Failure (CHF) adalah ketidakmampuan jantung mempertahankan curah jantung yang adekuat untuk memenuhi kebutuhan metabolik dan oksigen dalam jaringan meskipun aliran balik vena yang memadai.

Tujuan dari penulisan ini adalah untuk memberikan asuhan keperawatan pada Ny. N. A. R dengan diagnosa medis CHF di Ruang Penyakit Dalam III Rumah Sakit Umum Daerah Ende

Metode yang dilakukan dalam Karya Tulis Ilmiah ini adalah metode studi kasus dengan pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan.

Hasil pengkajian yang dilakukan pada Ny. N. A. R ditemukan nyeri dada sebelah kiri, menyebar sampai ke belakang, sakit terus menerus, rasanya seperti ditindih beban berat, skala sedang 4-6, batuk hampir satu minggu, batuk sesekali, batuk ada dahak, merasa pusing, sesak napas, sulit tidur, cepat lelah dan merasa lemah ketika melakukan aktivitas, aktivitas dibantu oleh keluarga seperti mandi, berpakaian, ke toilet dan berpindah tempat, sesak napas saat melakukan aktivitas, ada retraksi dinding dada, bunyi napas ronchi, pernapasan 24x/menit, terpasang O₂ nasal kanul 3 Lpm, terpasang stoper pada tangan kanan, keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, klien mengatakan jarang untuk memperhatikan kesehatannya dan jarang mengontrol kesehatan di Puskesmas maupun di Rumah Sakit atau fasilitas kesehatan lainnya, obat yang diberikan dari Puskesmas klien tidak mengkonsumsi, klien mengatakan kurang mengerti tentang penyakit CHF, klien tidak mampu menjelaskan penyakit CHF. TTV : TD : 152/88 mmHg, N: 86x/menit, S : 36,2°C, RR : 24x/menit, SPO₂ : 95%, CRT < 3 detik. Diagnosa keperawatan pada Ny. N. A. R yaitu penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung, pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, defisit pengetahuan berhubungan dengan ketidakpatuhan. Intervensi keperawatan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah ditujukan untuk mengatasi untuk mengatasi masalah yang dialami pasien. Implementasi yang telah dilakukan penulis untuk mengatasi masalah yang dihadapi pasien sudah sesuai dengan intervensi yang direncanakan. Tindakan dilakukan dari tanggal 17, 18, 19 Juli 2024 yaitu enam diagnosa keperawatan yang muncul masalah. Masalah teratasi ada enam diagnosa yaitu penurunan curah jantung, pola napas tidak efektif, gangguan pertukaran gas, nyeri akut, intoleransi aktivitas dan defisit pengetahuan masalah teratasi.

Kesimpulan dari studi kasus ini adalah masalah pada Ny. N. A. R teratasi. Saran untuk pasien dan keluarga harus mengetahui cara perawatan CHF pada pasien dan berperan aktif dalam proses penyembuhan pasien.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, CHF.

ABSTRACT

NURSING CARE FOR MRS. N. A. R with a medical diagnosis of congestive heart failure (CHF) in the internal medicine room III of Ende Hospital

**Maria Anjelina Yulita Wona
Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.,Ns.,MSc**

Background Congestive Heart Failure (CHF) is the inability of the heart to maintain adequate cardiac output to meet metabolic and oxygen needs in the tissues despite adequate venous backflow.

The purpose of this writing is to provide nursing care to Mrs. N. A. R with a medical diagnosis of CHF in the Internal Medicine Room III Ende Regional General Hospital

The method carried out in this Scientific Paper is a case study method with a nursing care approach which includes assessment, nursing diagnosis, planning, implementation and evaluation of nursing.

The results of the assessment conducted on Mrs. N. A. R found that the pain on the left side of the chest, spreading to the back, continuous pain, felt like being weighed by a heavy weight, moderate scale 4-6, coughed for almost a week, coughed occasionally, coughed with phlegm, felt dizzy, shortness of breath, difficulty sleeping, tired quickly and felt weak when doing activities, activities assisted by family such as bathing, dressing, going to the toilet and moving places, shortness of breath while doing activities, there is chest wall retraction, ronchi breathing sounds, breathing 24×/minute, O₂ nasal canul 3 Lpm installed, stopper installed on the right hand, general weakness, composmentic consciousness, clients say they rarely pay attention to their health and rarely control their health at the Health Center or in hospitals or other health facilities, The medicine given from the Puskesmas client did not consume, the client said he did not understand CHF disease, the client was unable to explain CHF disease. TTV : TD : 152/88 mmHg, N: 86×/min, S : 36.2°C, RR : 24×/min, SPO₂ : 95%, CRT < 3 s. The nursing diagnosis in Mrs. N. A. R is that decreased cardiac output is related to changes in heart rhythm, ineffective breathing patterns are related to inhibition of breathing effort, gas exchange disorders are related to changes in the alveolabi-capillary membrane, acute pain is related to physical injury agents, activity intolerance is related to weakness, and knowledge deficit is related to non-compliance. Nursing interventions are in accordance with the nursing plan that has been aimed at overcoming to overcome the problems experienced by the patient. The implementation that the author has carried out to overcome the problems faced by patients is in accordance with the planned intervention. Actions were taken from July 17, 18, 19, 2024, namely six nursing diagnoses that caused problems. The problem was solved there were six diagnoses, namely decreased cardiac output, ineffective breathing patterns, impaired gas exchange, acute pain, Activity intolerance and knowledge deficit problems solved.

The conclusion of this case study is that Mrs. N. A. R's problem was resolved. Advice for patients and families should be to know how to treat CHF in patients and play an active role in the patient's healing process.

Keywords: Nursing Care, CHF.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	6
C. Tujuan	6
D. Manfaat Studi Kasus	7
E. Metode Studi Kasus	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	9
A. Konsep Dasar Penyakit CHF	9
1. Definisi	9
2. Anatomi Fisiologi	10
3. Klasifikasi CHF	11
4. Etiologi	13
5. Patofisiologi	14
6. Pathway.....	17
7. Manifestasi Klinis	18

8. Pemeriksaan Diagnosis	19
9. Penatalaksanaan	20
10. Komplikasi	23
11. Pencegahan	24
B. Konsep Masalah Keperawatan.....	24
C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan	38
1. Pengkajian	38
2. Diagnosa keperawatan	48
3. Intervensi keperawatan	50
4. Implementasi Keperawatan.....	65
5. Evaluasi Keperawatan	66
BAB III METODE STUDI KASUS.....	67
A. Desain Studi Kasus	67
B. Subyek Studi Kasus.....	67
C. Batasan Istilah (Definisi Operasional)	68
D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus.....	68
E. Prosedur Studi Kasus	68
F. Teknik Pengumpulan Data	69
G. Instrument Pengumpulan Data.....	69
H. Keabsahan Data.....	70
I. Analisa Data	70

BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	72
A. Hasil Studi Kasus	72
1. Gambaran Umum Lokasi Studi Kasus	72
2. Pengkajian	72
3. Diagnosa Keperawatan	87
4. Intervensi Keperawatan.....	90
5. Implementasi Keperawatan	96
6. Catatan Perkembangan	112
B. Pembahasan	117
1. Pengkajian Keperawatan	117
2. Diagnosa Keperawatan	118
3. Intervensi Keperawatan	120
4. Implementasi Keperawatan	121
5. Evaluasi Keperawatan	123
BAB V PENUTUP.....	124
A. Kesimpulan	124
B. Saran	125
DAFTAR PUSTAKA.....	127
LAMPIRAN	

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Jantung merupakan salah satu organ terpenting dalam tubuh manusia, apabila jantung tidak bisa berfungsi secara normal untuk memompa darah ke seluruh tubuh dan menyuplai kebutuhan metabolisme tubuh maka sangat berbahaya bagi tubuh yang dapat menyebabkan kematian. Akibat perubahan dari gaya hidup, peningkatan konsumsi kalori, lemak dan garam, merokok serta penurunan aktivitas menyebabkan peningkatan insiden penyakit jantung. Salah satu penyakit yang menyerang sistem kardiovaskular yaitu gagal jantung kongestif. *Congestive Heart Failure* (CHF) atau gagal jantung merupakan sindrom klinis atau sekumpulan tanda dan gejala ditandai oleh sesak napas dan fatik (saat aktivitas atau saat istirahat) yang disebabkan oleh ketidakmampuan jantung untuk memompa darah ke seluruh tubuh selama adekuat akibat adanya gangguan struktural dan fungsional dari jantung (Marulam M, 2019).

CHF adalah ketidakmampuan jantung mempertahankan curah jantung yang adekuat untuk memenuhi kebutuhan metabolik dan oksigen dalam jaringan meskipun aliran balik vena yang memadai. CHF merupakan salah satu penyakit jantung yang terus meningkat angka kejadian dan prevelensi setiap tahun. Hal ini mengakibatkan angka kesakitan dan kematian CHF masih terus mengalami peningkatan (Hidayah et al, 2020). CHF atau gagal jantung merupakan keadaan yang sangat serius karena angka kematian yang

disebabkan oleh gagal jantung setiap tahun terus meningkat (Fajriah, 2020). Gagal jantung menjadi masalah kesehatan masyarakat yang utama pada beberapa negara maju dan negara berkembang seperti Indonesia. Situasi ini membutuhkan perhatian lebih untuk menurunkan angka kejadian gagal jantung (Anggraheni, 2019).

Jantung merupakan masalah kesehatan yang penting di berbagai komunitas di dunia. Menurut data yang berasal dari *Global Health Exchange* (GHDE) pada tahun 2020, jumlah kasus gagal jantung di dunia mencapai 64,34 juta kasus dengan 9,91 juta kematian. Menurut *World Health Organization* (WHO) penyakit kardiovaskuler merupakan penyakit mematikan nomor satu di dunia. Pada tahun 2019 diperkirakan sebanyak 51 % kematian, pada tahun 2020 sampai saat ini tercatat sebanyak 49 % kematian disebabkan oleh penyakit kardiovaskuler setiap tahunnya. Gagal jantung merupakan 85% penyebab kematian pasien penyakit kardiovaskuler. Prevelensi kematian ini 75% terjadi di negara yang berpenghasilan rendah sampai menengah dan banyak terjadi pada populasi usia <70 tahun. Eropa merupakan benua dengan populasi pasien dengan populasi pasien gagal jantung tertinggi di banding benua lainnya, dimana negara Jerman menjadi negara dengan populasi pasien gagal jantung terbanyak di Eropa yaitu mencapai 4% (*European Society of Cardiology*, 2020). Prevelensi pada negara maju adalah 1-2% dari populasi umum orang dewasa (Savarese et al.,2022). Diperkirakan hampir 5% dari pasien yang dirawat di rumah sakit 4,7% wanita dan 5,1% laki-laki. Berdasarkan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

(2018) prevelensi gagal jantung di Indonesia dibagi menjadi dua kategori yaitu berdasarkan diagnosis dokter dengan hasil mencapai 0,13% atau jika diperkirakan sekitar 530.068 orang dan berdasarkan gejala 0,3% atau sekitar 229.696 orang. Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar tahun 2018 menyatakan terdapat tiga provinsi dengan prevelensi penyakit jantung tertinggi di Indonesia yaitu Provinsi Kalimantan Utara 2,2%, Provinsi Gorontalo 2% dan Daerah Istimewa Yogyakarta 2% (Kemenkes RI dalam Masyur,2021). Menurut data dari Riskesdas (2018) menyebutkan bahwa prevelensi penyakit jantung menurut karakteristik umur pada tahun 2018, angka tertinggi ada pada usia lansia yang umurnya >75 tahun (4,7%), sedikit menurun di umur 65-74 tahun (4,6%) dan terendah pada usia <1 tahun (0,1%). Kemudian prevelensi menurut jenis kelamin menunjukkan angka tertinggi pada laki-laki yaitu, laki-laki ada 1,6% dan perempuan 1,3%.

Prevelensi penyakit jantung di provinsi Nusa Tenggara Timur 8,8% (kisaran 1,7-18,9%). Tertinggi di kabupaten Lembata diikuti Alor dan terdapat di semua kabupaten atau kota. Kabupaten Ende yang merupakan salah satu kabupaten di Nusa Tenggara Timur kejadian kasus penyakit gagal jantung pada tahun 2020 berjumlah 30% orang. Tahun 2021 yang menderita CHF berjumlah 41% orang dan pada tahun 2022 berjumlah 29% orang (Dinkes Kabupaten Ende, 2023). Data penderita CHF di Rumah Sakit Umum Daerah Ende pada tahun 2020 sebanyak 35% orang, tahun 2021 sebanyak 11% orang, tahun 2022 sebanyak 21% orang, tahun 2023 sebanyak 27%

orang dan terakhir pada tahun 2024 dari bulan Januari sampai April kasus CHF sebanyak 5% orang.

Melihat prevelensi ini, bahwa penyakit jantung masih menempati urutan teratas dari penyakit lainnya sehingga ini perlu menjadi perhatian penting. Karena, penyakit ini apabila tidak segera ditangani dengan penanganan yang benar maka akan sangat berbahaya, dan akan terjadi kematian dalam hitungan detik (Nurhayati dan Nuraini, 2019). Dengan angka kejadian dan akibat lanjut dari CHF peran perawat sebagai tenaga kesehatan profesional sangatlah diharapkan dalam memberikan asuhan keperawatan yang secara komprehensif meliputi bio-psiko-sosio-spiritual, guna meminimalkan penderita CHF. Peran perawat juga sangat dibutuhkan untuk penanggulangan penyakit CHF, agar tidak menimbulkan komplikasi yang lebih berat lagi yang dapat memperburuk keadaan penderita CHF harus ditangani dengan segera karena CHF dapat mengurangi aliran darah ke ginjal yang akhirnya dapat menyebabkan gagal ginjal, serta CHF dapat meningkatkan resiko stroke dan kematian dan apabila tidak ditangani dengan cepat, karena aliran darah melalui jantung lebih lambat pada CHF dari pada di jantung yang normal, maka semakin besar kemungkinan akan mengembangkan pembekuan darah, maka untuk mengatasi masalah tersebut penting dilakukan asuhan keperawatan yang tepat guna mencegah kematian dan dampak-dampak yang mungkin terjadi.

Peran seorang perawat dalam memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif dengan menggunakan empat aspek diantaranya peran promotif,

preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dalam upaya promotif perawat berperan dengan memberikan pendidikan kesehatan meliputi pengertian, penyebab, tanda dan gejala dari penyakit CHF sehingga dapat mencegah bertambahnya jumlah penderita. Dalam upaya preventif, perawat memberikan pendidikan kesehatan kepada klien yang sudah terkena penyakit CHF agar tidak terjadi komplikasi yang tidak diinginkan, serta pembatasan cairan, pembatasan aktivitas, mengurangi makanan tinggi garam, mengurangi makanan berlemak untuk mencegah terjadinya penumpukan plak pada pembuluh darah, serta diharapkan untuk rajin mengontrol tekanan darah untuk menghindari terjadinya komplikasi. Peran perawat dalam upaya kuratif yaitu memberikan tindakan keperawatan sesuai dengan masalah dan respon klien terhadap penyakit yang diderita seperti memberikan klien istirahat fisik dan psikologis, mengelola pemberian terapi oksigen, dan tindakan kolaboratif pemberian obat digitalis. Sedangkan peran perawat dalam upaya rehabilitatif, merupakan upaya pemulihan kesehatan bagi penderita CHF, yaitu dengan melakukan latihan fisik seperti senam jantung serta rutin melakukan medical cek up.

Berdasarkan uraian latar belakang di atas dan sehubungan dengan prevelensi kejadian CHF masih tinggi serta masih adanya resiko seperti stroke dan kematian maka penulis tertarik untuk melakukan studi kasus tentang **“Asuhan Keperawatan Pada Ny. N. A. R Dengan Diagnosa Medis Congestive Heart Failure (CHF) Di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende”**.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas maka rumusan masalah yang terdapat dalam penulisan karya tulis ilmiah ini adalah “Bagaimana asuhan keperawatan pada Ny. N. A. R dengan diagnosa medis CHF di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende?”.

C. Tujuan

1. Tujuan umum

Mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada Ny. N. A. R dengan diagnosa medis CHF di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende.

2. Tujuan khusus

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan CHF di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende diharapkan penulis dapat :

- a. Mengetahui teori tentang CHF
- b. Menggambarkan pengkajian keperawatan pada Ny. N. A. R dengan diagnosa medis CHF di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende
- c. Perumusan Diagnosa keperawatan pada Ny. N. A. R dengan diagnosa medis CHF di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende
- d. Penyusunan perencanaan keperawatan pada Ny. N. A. R dengan diagnosa medis CHF di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende
- e. Pelaksanaan tindakan keperawatan dan catatan perkembangan pada Ny. N. A. R dengan diagnosa medis CHF di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende

- f. Menggambarkan pelaksanaan evaluasi keperawatan pada Ny. N. A. R dengan diagnosa medis CHF di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende
- g. Hasil analisis kesenjangan antara teori dan kenyataan yang ditemukan dalam asuhan keperawatan pada Ny. N. A. R dengan diagnosa medis CHF di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende

D. Manfaat Studi Kasus

1. Manfaat Teoritis

Manfaat studi pada pasien CHF adalah sebagai pengembangan ilmu pengetahuan keperawatan dalam memberikan Asuhan Keperawatan pada pasien CHF.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Penulis

Hasil penulisan ini diharapkan dapat memberikan informasi serta memperdalam pengetahuan keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan CHF.

b. Bagi Rumah Sakit

Sebagai masukan bagi pelayanan kesehatan untuk meningkatkan asuhan keperawatan pada pasien dengan CHF.

c. Bagi Pasien dan Keluarga

Menambah pengetahuan tentang perawatan dan pencegahan penyakit CHF.

d. Bagi Perkembangan Ilmu Teknologi

Sebagai acuan untuk meningkatkan pengetahuan dan pemahaman tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan CHF.

E. Metode Studi Kasus

Dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini penulis menggunakan beberapa metode diantaranya :

1. Kepustakaan

Penulis menggunakan berbagai buku sumber untuk mendapat informasi yang berhubungan dengan CHF.

2. Konsultasi

Penulis melakukan konsultasi dengan Dosen Pembimbing tentang berbagai hal yang berhubungan dengan CHF.

3. Layanan Internet

Penulis menggunakan layanan internet untuk mendapatkan beberapa informasi yang terkait dengan CHF.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Penyakit CHF

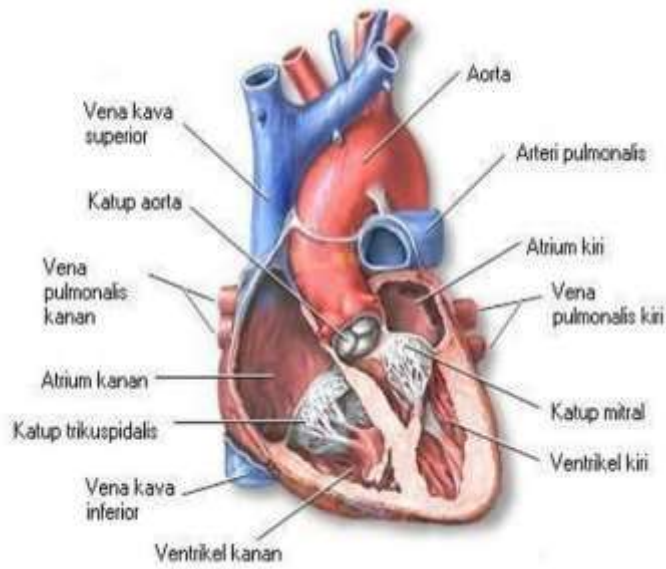
1. Definisi

Congestive Heart Failure (CHF), sering disebut gagal jantung kongestif, adalah suatu kondisi di mana struktur jantung gagal untuk mengirimkan oksigen ke semua jaringan, bahkan ketika tekanan pada oksigen normal. Penyakit jantung dapat disebabkan oleh tidak berfungsinya jantung atau pembuluh darah, yang dalam beberapa kasus menyebabkan malfungsi sistem kardiovaskular (Agustin & Nafi'ah, 2021).

CHF adalah ketidakmampuan jantung untuk memompa darah secara efektif untuk memenuhi kebutuhan jaringan tubuh akan oksigen dan nutrisi. Gangguan kontraktilitas atau pengisian jantung, yang menghasilkan curah jantung dibawah rata-rata, peningkatan kerja jantung, dan resistensi pengisian jantung adalah beberapa mekanisme gagal jantung kongestif (Riskamala et al.,2020)

2. Anatomi Fisiologi

a. Anatomi jantung



Gambar 2.1 Anatomi Jantung (Premesti et al., 2022)

Jantung merupakan suatu organ yang terletak di rongga dada (thoraks) di sekitar garis tulang dada (sternum) berada di sebelah anterior serta posterior dari vertebrae. Organ jantung memiliki berat 7-15 ons (200-425 gram) atau setara dengan satu kepalan tangan dan mampu memompa darah setiap harinya sebanyak 100.000 kali sampai dengan 7.571 liter.

b. Fisiologi jantung

Beberapa bagian jantung diantaranya adalah

- 1) Aorta merupakan pembuluh darah arteri yang paling besar yang keluar dari ventrikel sinistra
- 2) Atrium kanan berfungsi untuk menampung darah miskin oksigen dari tubuh melalui vena kava superior dan inferior.

- 3) Atrium kiri berfungsi untuk menerima darah kaya oksigen dari paru melalui keempat vena pulmoner. Darah kemudian mengalir ke ventrikel kiri.
- 4) Ventrikel kanan berupa pompa otot, menampung darah dari atrium kanan dan memompanya ke paru melalui arteri pulmoner.
- 5) Ventrikel kiri merupakan bilik paling besar dan paling berotot, menerima darah kaya oksigen dari paru melalui atrium kiri dan memompanya ke dalam sistem sirkulasi melalui aorta.
- 6) Arteri pulmonalis merupakan pembuluh darah yang keluar dari dekstra menuju ke paru-paru, arteri pulmonalis membawa darah dari ventrikel dekstra ke paru-paru (pulmo)
- 7) Katup trikuspidalis, terdapat di antara atrium dekstra dengan ventrikel dekstra yang terdiri dari 3 katup
- 8) Katup bikuspidalis, terdapat di antara atrium sinistra dengan ventrikel sinistra yang terdiri dari 2 katup
- 9) Vena kava superior dan vena kava inferior mengalirkan darah ke atrium dekstra.

3. Klasifikasi CHF

Menurut (Nurkhalis & Adistsa, 2020) klasifikasi gagal jantung sebagai berikut:

- a. Klasifikasi berdasarkan kelainan struktural jantung *American Heart Association* (AHA) yaitu:

1) Stadium A

Memiliki resiko tinggi untuk berkembang menjadi gagal jantung. Tidak terdapat gangguan struktural atau fungsional jantung, tidak terdapat tanda atau gejala.

2) Stadium B

Telah terbentuk penyakit struktur jantung yang berhubungan dengan perkembangan gagal jantung , tidak terdapat tanda atau gejala.

3) Stadium C

Gagal jantung yang simptomatik berhubungan dengan penyakit struktural jantung yang mendasari.

4) Stadium D

Penyakit jantung struktural lanjut serta gejala gagal jantung yang sangat bermakna saat istirahat walaupun sudah mendapat terapi medis maksimal.

b. Klasifikasi berdasarkan kapasitas fungsional *New York Heart Association* (NYHA) yaitu:

1) Kelas I

Tidak terdapat batasan dalam melakukan aktivitas fisik. Aktivitas fisik sehari-hari tidak menimbulkan kelelahan, palpitasi atau sesak napas.

2) Kelas II

Terdapat batasan aktivitas ringan. Tidak terdapat keluhan saat istirahat, namun aktivitas fisik sehari-hari menimbulkan kelelahan, palpitasi atau sesak nafas

3) Kelas III

Terdapat batasan aktivitas bermakna. Tidak terdapat keluhan saat istirahat, tetapi aktivitas fisik ringan menyebabkan kelelahan, palpitasi atau sesak

4) Kelas IV

Tidak dapat melakukan aktivitas fisik. Terdapat gejala saat istirahat. Keluhan meningkat saat melakukan aktivitas.

4. Etiologi

Menurut (Rahmatiana & Clara, 2019) ada 6 macam penyebab dari CHF adalah sebagai berikut :

a. Kelainan otot jantung

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

b. Aterosklerosis koroner

Aterosklerosis koroner mengakibatkan disfungsi miokardium karena terganggunya aliran darah ke otot jantung. Terjadi hipoksia dan asidosis (akibat penumpukan asam laktat) biasanya mendahului terjadinya gagal jantung. Peradangan dan penyakit miokardium degeneratif berhubungan dengan gagal jantung karena kondisi yang secara langsung merusak serabut jantung menyebabkan kontraktilitas menurun.

c. Hipertensi sistemik atau pulmonal (peningkatan after load)

Meningkatkan beban kerja jantung dan pada gilirannya mengakibatkan hipertrofi serabut otot jantung.

d. Peradangan dan penyakit myokardium degeneratif

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

e. Penyakit jantung lain

Terjadi sebagai akibat penyakit jantung yang sebenarnya, yang secara langsung mempengaruhi jantung. Mekanisme biasanya terlibat mencakup gangguan aliran darah yang masuk jantung, ketidakmampuan jantung untuk mengisi darah dan peningkatan mendadak after load.

f. Faktor sistemik

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

5. Patofisiologi

Kekuatan jantung untuk merespon stres tidak mencukupi dalam memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh. Jantung akan gagal melakukan tugasnya sebagai organ pemompa, sehingga terjadinya yang namanya gagal jantung. Pada tingkat awal difungsi komponen pompa dapat

mengakibatkan kegagalan jika cadangan jantung normal mengalami kelemahan dan kegagalan respon fisiologi tertentu pada penurunan curah jantung. Semua respon ini upaya tubuh untuk mempertahankan perfusi organ vital normal. Sebagai respon terhadap gagal jantung terdapat empat mekanisme respon primer terhadap CHF yaitu meningkatnya aktivitas adrenergik simpatis, meningkatnya beban awal akibat aktivitas neurohormon, hipertrofi ventrikel dan volume cairan berlebihan.

Keempat respon ini adalah upaya untuk mempertahankan curah jantung pada tingkat normal atau hampir normal pada gagal jantung dini dan pada keadaan istirahat. Tetapi kelainan pada kerja ventrikel dan menurunnya curah jantung biasanya tampak pada saat beraktivitas. Dengan berlanjutnya CHF, maka kompensasi akan menjadi semakin kurang efektif (Sari, 2018).

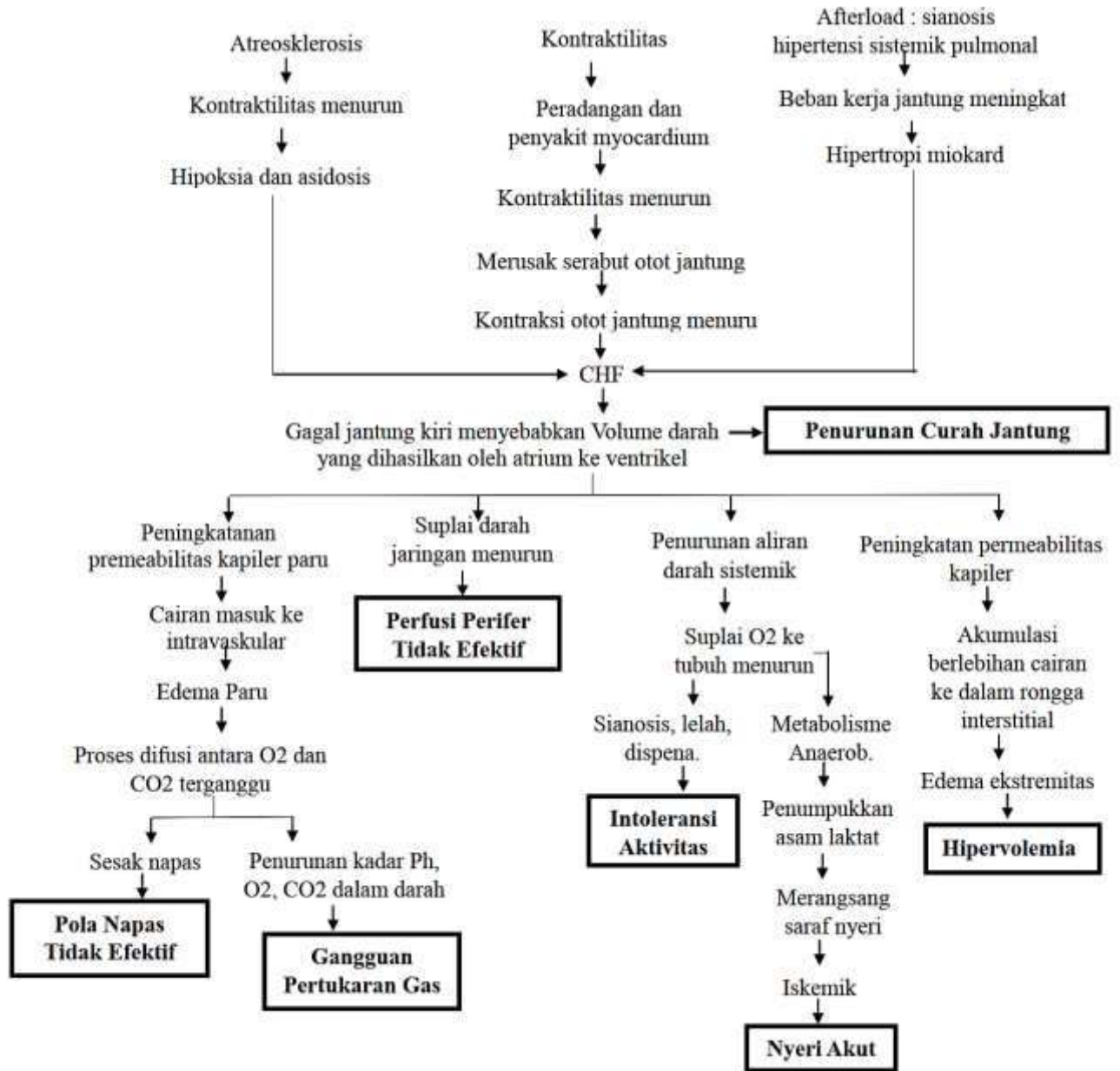
Mekanisme yang mendasari gagal jantung meliputi gangguan kontraktilitas jantung yang menyebabkan curah jantung lebih rendah dari curah jantung normal. Bila curah jantung berkurang, sistem saraf simpatis akan mempercepat frekuensi jantung untuk mempertahankan curah jantung. Bila mekanisme ini gagal maka volume sekuncup yang harus menyesuaikan. Volume sekuncup adalah jumlah darah yang dipompa pada setiap kontraksi, yang dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu preload (jumlah darah yang mengisi jantung), kontraktilitas (perubahan kekuatan kontraksi yang terjadi pada tingkat sel yang berhubungan dengan perubahan panjang serabut jantung dan kadar kalsium), dan afterload (besarnya tekanan

ventrikel yang harus dihasilkan untuk memompa darah melawan perbedaan tekanan yang ditimbulkan oleh tekanan arteriol). Apabila salah satu komponen ini terganggu maka curah jantung akan menurun.

Kelainan fungsi otot jantung disebabkan karena aterosklerosis koroner, hipertensi arterial dan penyakit otot degeneratif atau inflamasi. Aterosklerosis koroner mengakibatkan disfungsi miokardium karena terganggunya aliran darah ke otot jantung. Terjadi hipoksia dan asidosis (akibat penumpukan asam laktat). Infark miokardium biasanya mendahului terjadinya gagal jantung. Hipertensi sistemik atau pulmonal (peningkatan afterload) meningkatkan beban kerja jantung pada gilirannya mengakibatkan hipertrofi serabut otot jantung. Efek tersebut (hipertrofimiokard) dapat dianggap sebagai mekanisme kompensasi karena akan meningkatkan kontraktilitas jantung. Tetapi untuk alasan tidak jelas, hipertrofi otot jantung tadi tidak dapat berfungsi secara normal, dan akhirnya akan terjadi gagal jantung.

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

6. Pathway



Gambar 2.2 Pathway (Ardyansyah, 2012)

7. Manifestasi Klinis

Menurut Wijaya & Putri (2019) manifestasi klinis Congestive Heart Failure (CHF) adalah sebagai berikut

a. Gagal jantung kiri

Kongesti paru menonjol pada gagal ventrikel kiri karena ventrikel kiri tak mampu memompa darah yang datang dari paru.

Manifestasi yang terjadi yaitu:

1) Dispneu

Terjadi akibat penimbunan cairan dalam alveoli dan mengganggu pertukaran gas. Dapat terjadi ortopneu (rasa tidak nyaman saat bernapas sambil berbaring)

2) Batuk

Batuk sering muncul pada penderita kardiomegali yang berkaitan dengan gangguan otot jantung (kardiomiopati). Kondisi ini bisa menyebabkan batuk akibat menumpuknya darah pada pembuluh darah paru.

3) Mudah lelah

Terjadi karena curah jantung yang kurang menghambat jaringan dari sirkulasi normal dan oksigen serta penurunannya pembuangan sisa hasil katabolisme juga terjadi karena meningkatnya energi yang digunakan untuk bernafas dan insomnia yang terjadi karena distress pernafasan dan batuk.

4) Kegelisahan dan kecemasan

Kegelisahan akibat gangguan oksigenasi jaringan, stress akibat kesakitan saat bernafas karena jantung tidak berfungsi dengan baik.

5) Sianosis

Perubahan warna kebiruan umum pada tubuh dan selaput lendir yang terlihat. Hal ini terjadi karena oksigenasi yang tidak memadai akibat kondisi yang meningkatkan hemoglobin teroksigenasi atau hemoglobin abnormal.

b. Gagal jantung kanan

1) Kongestif jaringan perifer dan viseral

2) Edema ekstremitas bawah (edema dependen), biasanya edema pitting, penambah berat badan

3) Hepatomegali dan nyeri tekan pada kaudran kanan atas abdomen terjadi akibat pembesaran vena di hepar

4) Anorexia dan mual. Terjadi akibat pembesaran vena dan statis vena dalam rongga abdomen

5) Nokturia (sering kencing di malam hari)

6) Kelemahan

Kurangnya darah ke organ-organ dan otot menyebabkan kelemahan

8. Pemeriksaan Diagnosis

Menurut Adiansyah (2018) pemeriksaan penunjang ada tiga yaitu:

a. Ekokardiografi

Pemeriksaan ini dapat digunakan untuk memperkirakan ukuran dan fungsi ventrikel kiri. Dimensi ventrikel kiri pada akhir diastolik dan sistolik dapat direkam dengan ekokardiografi.

b. Rontgen dada

Foto rontgen posterior-anterior dapat menunjukkan adanya hipertensi vena, edema paru, atau kardiomegali. Bukti yang menunjukkan adanya peningkatan tekanan vena paru adalah adanya diversifikasi aliran darah ke daerah atas dan adanya peningkatan ukuran pembuluh darah.

c. Elektrokardiografi

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

- 1) *Left bundle branch block* atau kelainan segmen ST/T menunjukkan disfungsi ventrikel kiri kronis.
- 2) Gelombang Q menunjukkan infark sebelumnya dan kelainan segmen ST menunjukkan penyakit jantung iskemik
- 3) Hipertrofi ventrikel kiri dan gelombang terbalik, menunjukkan stenosis aorta dan penyakit jantung hipertensi.
- 4) Aritmia, deviasi aksis ke kanan, *right bundle branch block*, dan hipertrofi ventrikel kanan menunjukkan disfungsi ventrikel kanan.

9. Penatalaksanaan

a. Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan medis pada pasien gagal jantung kongestif yaitu:

1) Terapi oksigen

Pemberian terapi oksigen ditunjukkan pada klien gagal jantung disertai dengan edema paru. Pemenuhan oksigen akan mengurangi kebutuhan miokardium dan membantu memenuhi kebutuhan oksigen.

2) Terapi nitrat dan vasodilator

Penggunaan nitrat, baik secara akut maupun secara kronis sangat dianjurkan dalam penatalaksanaan gagal jantung. Jantung mengalami unloaded (penurunan afterload-beban akhir), dengan adanya vasodilatasi perifer. Peningkatan curah jantung lanjut akan menurunkan pengukuran yang menunjukkan derajat kongesti vaskular pulmonal dan beratnya ventrikel kiri dan penurunan pada konsumsi oksigen miokardium.

3) Terapi diuretik

Selain tirah baring, klien dengan gagal jantung perlu pembatasan garam dan air serta diuretik baik oral atau parenteral. Tujuannya agar menurunkan preload (beban awal) dan kerja jantung. Diuretik memiliki efek anti hipertensi dengan meningkatkan pelepasan air dan garam natrium. Hal ini menyebabkan penurunan volume cairan dan merendahkan tekanan darah.

4) Digitalis

Digitalis adalah obat utama untuk meningkatkan kontraktilitas. Digitalis diberikan dalam dosis yang sangat besar dan dengan cepat diulang. Klien dengan gagal jantung lebih berat mungkin mendapat

keuntungan dengan terapi digitalis jangka panjang. Mempertahankan kadar obat serum 1,54 sampai 2,56 nmol/liter.

5) Terapi sedatif

Pada keadaan gagal jantung berat, pemberian sedative untuk mengurangi kegelisahan dapat diberikan. Dosis phenobarbital 15-30 mg empat kali sehari dengan tujuan untuk mengistirahatkan klien dan memberi relaksasi pada klien.

b. Penatalaksanaan Keperawatan

Penatalaksanaan keperawatan pada pasien gagal jantung kongestif yaitu:

- 1) Diet rendah garam
- 2) Pembatasan natrium untuk mencegah, mengontrol, atau untuk menghilangkan edema
- 3) Membatasi cairan
- 4) Mengurangi beban jantung dan menghindari kelebihan volume cairan dalam tubuh
- 5) Mengurangi berat badan
- 6) Menghindari alkohol
- 7) Manajemen stres
- 8) Respon psikologi dapat mempengaruhi peningkatan kerja jantung.
- 9) Mengurangi aktifitas fisik

Kelebihan aktifitas fisik mengakibatkan peningkatan kerja jantung sehingga perlu dibatasi.

10. Komplikasi

Menurut Etha (2022) komplikasi CHF adalah :

- a. Tromboemboli adalah resiko terjadinya bekuan vena (trombosis vena) dalam atau deep venous thrombosis dan embolik sistemik tinggi, terutama pada CHF berat. Bisa diturunkan dengan pemberian warfarin.
- b. Komplikasi fibrilasi atrium sering terjadi pada CHF yang bisa menyebabkan perburukan denyut dramatis.
- c. Kegagalan pompa progresif bisa terjadi karena penggunaan diuretik dengan dosis ditinggikan.
- d. Aritma ventrikel sering dijumpai, bisa menyebabkan sinkop atau sudden cardiac death (25-50% kematian CHF).

Pada orang dengan gagal jantung, komplikasi dapat meliputi :

1. Edema paru akut akibat gagal jantung kiri
2. Serangan jantung
3. Gagal ventrikel kiri pada stadium lanjut, kongestif yang disebabkan oleh penurunan curah jantung dan hipoperfusi jaringan organ penting (jantung dan otak)
4. Pergerakan pasien menyebabkan terbentuknya trombus dan kondisi peredaran darah dengan aktivitas trombotik dapat menyumbat arteri darah.
5. Tamponade jantung dan efusi pericardial. Masuknya cairan kedalam kantung perikardium dan efusi ini menyebabkan penurunan curah

jantung serta aliran balik vena ke jantung dan hasil akhir proses ini adalah tamponade jantung.

6. Perikardium disusupi oleh cairan. Perikardium dapat diregangkan sampai penuh dengan cairan. Tamponade kardiovaskuler dapat disebabkan oleh penurunan curah jantung dan aliran balik vena ke jantung.

11. Pencegahan

Perubahan gaya hidup dapat dilakukan sebagai upaya pencegahan gagal jantung meliputi:

- a. Hindari mengonsumsi alkohol dan merokok
- b. Mengontrol tekanan darah, kadar lemak dan gula darah
- c. Rutin berolahraga
- d. Pola makan sehat
- e. Hindari stres
- f. Menjaga berat badan.

B. Konsep Masalah Keperawatan

1. Definisi

Masalah Keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

2. Kriteria Masalah

Dalam kriteria masalah terdapat tanda/gejala yaitu : kriteria mayor dan minor.

- a. Kriteria Mayor : tanda/gejala ditemukan sekitar 80%-100% untuk validasi diagnosa.
- b. Kriteria Minor : tanda/gejala tidak harus ditemukan, namun jika ditemukan dapat mendukung penegakkan diagnosis. (PPNI, 2017).

3. Faktor Yang Berhubungan

Kondisi atau situasi yang dapat meningkatkan kerentanan klien mengalami masalah kesehatan. (PPNI, 2017).

4. Masalah keperawatan CHF

Berikut adalah uraian dari masalah yang timbul bagi klien dengan CHF berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan (PPNI, 2017)

- a. Penurunan Curah Jantung

Defenisi :

Ketidakmampuan jantung memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh

Penyebab :

1. Perubahan irama jantung
2. Perubahan frekuensi jantung
3. Perubahan kontraktilitas
4. Perubahan *preload*
5. Perubahan *afterload*

Gejala dan tanda mayor :

Subjektif

1. Perubahan irama jantung
 - a. Palpitasi
2. Perubahan *preload*
 - a. Lelah
3. Perubahan *afterload*
 - a. Dyspnea
4. Perubahan kontraktilitas
 - a. Ortopnea
 - b. Batuk

Objektif

1. Perubahan irama jantung
 - a. Bradikardia/takikardia
 - b. Gambaran EKG aritmia atau gangguan konduksi
2. Perubahan *preload*
 - a. Edema
 - b. Distensi vean jugularis
 - c. Hepatomegali
3. Perubahan *afterload*
 - a. Tekanan darah meningkat/menurun
 - b. Nadi perifer teraba lemah
 - c. CRT >3 detik

- d. Oliguria
 - e. Warna kulit pucat atau sianosis
4. Perubahan kontraktilitas
- a. Terdengar suara jantung S3 dan /S4

Gejala dan tanda Mayor

Subjektif

1. Perubahan *preload*
(tidak tersedia)
2. Perubahan *afterload*
(tidak tersedia)
3. Perubahan kontraktilitas
(tidak tersedia)
4. Perilaku/emosional
 - 1) Cemas
 - 2) Gelisah

Objektif

1. Perubahan preload
 - a. Murmur jantung
 - b. Berat badan bertambah
 - c. *Pulmonary artery wedge pressure (PAWP)* menurun
2. Perubahan afterload
 - a. *Pulmonary vascular resistance (PVR)* meningkat/menurun
 - b. *Systemic vascular resistance (SVR)* meningkat/menurun

3. Perubahan kontraktilitas
 - a. *Cardiac index* (CI)
 - b. *Stroke volume index* (SVI) menurun

4. Perilaku/emosional

(tidak tersedia)

Kondisi Klinis Terkait

- a. Gagal jantung kongestif
 - b. Sindrom koroner akut
 - c. Stenosis mitral
 - d. Stenosis aorta
 - e. Regurgitasi aorta
 - f. Aritmia
 - g. Penyakit jantung bawaan
- b. Perfusi perifer tidak efektif

Defenisi

Penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh

Penyebab

1. Hiperglikemia
2. Penurunan konsentrasi hemoglobin
3. Peningkatan tekanan darah
4. Kekurangan volume cairan
5. Penurunan aliran arteri dan/atau vena

6. Kekurang terpapar informasi tentang faktor pemberat (mis. Merokok gaya hidup monoton, trauma, obesitas, asupan garam, imobilitas)

7. Kurang aktivitas fisik

Gejala dan tanda mayor

Subjektif

(tidak tersedia)

Objektif

- 1) Pengisian kapiler >3 detik
- 2) Nadi prifer menurun atau tidak teraba
- 3) Akral teraba dingin
- 4) Warna kulit pucat
- 5) Turgo kulit menurun

Gejala dan tanda minor

Subjektif

- 1) Parastesia
- 2) Nyeri ekstremitas

Objektif

- 1) Edema
- 2) Penyembuhan luka lambat

Kondisi klinis terkait

- 1) Diabetes melitus
- 2) Anemia
- 3) Gagal jantung kongestif

- 4) Kelainan jantung kongenital
- 5) Trombosis arteri
- 6) Varises
- 7) Trombosis vena dalam

c. Hipervolemia

Defenisi :

Peningkatan volume cairan intravascular, interstisial, dan/atau intraselular

Penyebab

1. Gangguan mekanisme regulasi
2. Kelebihan asupan cairan
3. Kelebihan asupan natrium
4. Gangguan aliran balik vena
5. Efek agen farmakologis (mis. kortikosteroid, *chlorpropamide*, *talbutamide*, *vincristine*, *tryptilinescarbamazepime*)

Gejala dan tanda mayor :

Subjektif

1. Ortopnea
2. Dispnea
3. *Paroxysmal nocturnal dyspnea* (PND)

Objektif

1. Edema anasarka dan/atau edema perifer
2. Berat badan meningkat dalam waktu singkat

3. *Jugular Venous Pressure (JVP)* dan/atau *Central Venous Pressure (CVP)* meningkat

Gejala dan tanda minor

Subjektif

(tidak tersedia)

Objektif

1. Distensi vena jugularis
2. Terdengar suara napas tambahan
3. Hepatomegali
4. Kadar Hb/Ht turun
5. Oliguria
6. Intake lebih banyak dari output (balans cairan positif)
7. Kongesti paru

Kondisi klinis terkait

1. Penyakit ginjal : gagal ginjal akut/kronis, sindrom nefrotik
2. Hipoalbuminemia
3. Gagal jantung kongestif
4. Kelainan hormon
5. Penyakit hati (mis. sirosis, asites, kanker hati)
6. Penyakit vena perifer (mis. varises vena, thrombus vena, plebitis)
7. Imobilitas

d. Pola napas tidak efektif

Defenisi

Inspirasi dan atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat

Penyebab

1. Depresi pusat pernapasan
2. Hambatan upaya napas (mis. nyeri saat bernapas, kelemahan otot pernapasan)
3. Deformitas dinding dada
4. Deformitas tulang dada
5. Gangguan neuromuskular
6. Gangguan neurologis (mis elektroensefalogram [EEG] positif, cedera kepala, gangguan kejang)
7. Penurunan energi
8. Obesitas
9. Posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru
10. Kerusakan inervasi diafragma (kerusakan saraf C5 keatas)

Gejala dan tanda mayor

Subjektif

- 1) Dispnea

Objektif

- 1) Penggunaan otot bantu pernapasan
- 2) Fase ekspirasi memanjang

- 3) Pola napas abnormal (mis. takipnea bradipnea, hiperventilasi, *kussmaul*)

Gejala dan tanda minor

Subjektif

- 1) Ortopnea

Objektif

- 1) Pernapasan *pursed-lip*
- 2) Pernapasan cuping hidung
- 3) Diameter thoraks anterior-posterior meningkat
- 4) Ventilasi semenit menurun
- 5) Kapasitas vital menurun
- 6) Tanda ekspirasi menurun
- 7) Tekanan inspirasi menurun
- 8) Ekskursor dada berubah

Kondisi klinis terkait

- 1) Depresi sistem saraf pusat
- 2) Cedera kepala
- 3) Trauma thoraks
- 4) Stroke

e. Gangguan pertukaran gas

Defenisi

Kelebihan atau kekurangan oksigen dan atau eliminasi karbondioksida pada membrane alveolus-kapiler

Penyebab

1. Ketidakseimbangan ventilasi-perfusi
2. Perubahan membran alveolus-kapiler

Gejala dan tanda minor

Subjektif

1. Dispnea

Objektif

- 1) PCO₂ meningkat /menurun
- 2) PO₂ menurun
- 3) Takikardia
- 4) pH arteri meningkat/menurun
- 5) bunyi napas tambahan

Gejala dan tanda minor

Subjektif

- 1) Pusing
- 2) Pengelihatan kabur

Objektif

- 1) Sianosis
- 2) Diaforesis
- 3) Gelisah
- 4) Napas cuping hidung
- 5) Pola napas abnormal (cepat/lambat, regular/ ireguler, dalam/dangkal)

- 6) Warna kulit abnormal (mis pucat, kebiruan)
- 7) Kesadaran menurun

Kondisi klinis terkait

- 1) Penyakit paru obstruktif kronis (PPOK)
- 2) Gagal jantung kongestif
- 3) Asma
- 4) Pneumonia
- 5) Tuberkulosis paru
- 6) Asfiksia
- 7) Infeksi saluran napas

f. Nyeri akut

Definisi

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan beintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan

Penyebab

1. Agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma)
2. Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar bahan kimia iritan)
3. Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan).

Gejala dan tanda mayor

Subjektif

- 1) Mengeluh nyeri

Objektif

- 1) Tampak meringis
- 2) Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri)
- 3) Gelisah
- 4) Frekuensi nadi meningkat
- 5) Sulit tidur

Gejala dan tanda minor

Subjektif

(tidak tersedia)

Objektif

- 1) Tekanan darah meningkat
- 2) Pola napas berubah
- 3) Nafsu makan berubah
- 4) Proses berpikir terganggu
- 5) Menarik diri

Kondisi klinis terkait

1. Kondisi pembedahan
2. Cedera traumatis
3. Infeksi
4. Sindrom koroner akut

5. Glaukoma

g. Intoleransi aktifitas

Definisi

Ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari

Penyebab

1. Ketidakseimbangan antara suplai dan oksigen
2. Tirah baring
3. Kelemahan
4. Imobilisasi
5. Gaya hidup monoton

Gejala dan tanda mayor

Subjektif

- 1) Mengeluh lelah

Objektif

- 1) Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat

Gejala dan tanda minor

Subjektif

- 1) Dispnea saat/setelah aktivitas
- 2) Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas
- 3) Merasa lemah

Objektif

- 1) Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat
- 2) Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas
- 3) Gambaran EKG menunjukkan iskemia

- 4) Sianosis

Kondisi klinis terkait

- 1) Anemia
- 2) Gagal jantung kongestif
- 3) Penyakit katup jantung
- 4) Aritmia
- 5) Penyakit paru obstruktif kronis (PPOK)
- 6) Gangguan metabolik
- 7) Gangguan muskuloskeletal.

C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan upaya untuk pengumpulan data secara lengkap dan sistematis mulai dari pengumpulan data, identifikasi dan evaluasi serta status kesehatan klien.

a. Pengumpulan Data

- 1) Identitas klien
 - a) Usia : CHF kebanyakan terjadi pada usia 40 tahun ke atas. Usia yang semakin lanjut akan mempengaruhi penuaan pembuluh darah sehingga elastisitas yang dimiliki akan berkurang
 - b) Jenis kelamin : CHF sering diderita oleh jenis kelamin pria, angka resiko pria yang terkena penyakit jantung lebih besar dibandingkan dengan wanita karena pria tidak memiliki hormon estrogen

2) Riwayat kesehatan

a) Keluhan utama

Gejala yang menjadi keluhan utama pasien CHF yaitu sesak napas. Keluhan lain yang bisa muncul pada pasien gagal jantung kongestif (CHF) yaitu kelemahan fisik.

b) Riwayat kesehatan sekarang

Pengumpulan data yang dilakukan untuk menemukan sebab dari gangguan oksigen yang nantinya membantu dalam pembuatan rencana tindakan terhadap pasien.

a) Problem (P) Peristiwa yang menjadi penyebab gagal jantung kongesif (CHF) seperti sesak nafas yang disebabkan oleh ketidakseimbangan ventilasi-perfusi

b) Quality (Q) Kualitas sesak yang dirasakan pada pasien gagal jantung kongesif (CHF) biasanya seperti orang sesak yang ditimpa benda berat

c) Region (R) Pada pasien gagal jantung kongesif (CHF) biasanya setiap beraktivitas merasakan sesak nafas yang dirasakan menjalar kebahu hingga punggung dan lengan

d) Severety (S) Keluhan sesak nafas yang terjadi pada pasien gagal jantung kongesif (CHF) seperti tertimpa beban berat dengan skala sedang dengan saturasi 80-90% sampai berat dengan saturasi 80% kebawah

e) Time (T) Sesak nafas timbul saat bekerja maupun istirahat. Gejala timbul seperti nafas pendek, dispnea dan takikardi.

3) Riwayat Penyakit Dahulu.

Untuk mengetahui riwayat penyakit dahulu tanyakan kepada pasien apakah pasien sebelumnya menderita nyeri dada khas infark miokardium, hipertensi, DM, atau hiperlipidemia. Tanyakan juga obat-obatan yang biasanya diminum oleh pasien pada masa lalu, yang mungkin masih relevan. Tanyakan juga alergi yang dimiliki pasien.

4) Riwayat Penyakit Keluarga

Genogram 3 generasi, dimana pasien berada pada generasi ketiga untuk mengetahui apakah penyakit yang diderita diturunkan atau tidak, tertular dari anggota keluarga yang lain atau tidak.

5) Riwayat Psikososial

Biasanya pasien dengan penyakit gagal jantung (CHF) memiliki kebiasaan atau pola hidup yang kurang sehat atau gaya hidup merokok atau terpapar polusi udara, adanya riwayat penyakit jantung yang akan dapat mengindikasikan adanya gangguan pada fungsi pernafasan.

6) Pengkajian Perpola.

a. Aktivitas dan istirahat

Pada pengkajian aktivitas dan istirahat pada umumnya pasien menunjukkan adanya kelelahan, insomnia, letargi, sakit dada, dispnea pada saat istirahat atau saat beraktivitas.

b. Sirkulasi

Pada pengkajian sirkulasi dikaji riwayat hipertensi, adanya kelainan katup, riwayat bedah jantung, endokarditis, anemia, syok septik, bengkak pada kaki, asites, takikardi, disritmia, dan hepatomegaly.

c. Eliminasi

Pasien gagal jantung kongestif pada umumnya akan mengalami penurunan volume urine, nokturia, diare, konstipasi dan urine yang pekat.

d. Makanan dan cairan

Hilangnya nafsu makan, mual muntah, dan edema pada ekstremitas bawah.

e. Neurologi

Pengkajian neurologi pada pasien gagal jantung kongestif pada umumnya akan ditemukan tanda gejala pusing, letargi, disorientasi, hingga pingsan.

f. Rasa nyaman

Pada umumnya pasien akan mengalami sakit dada atau angina akut hingga kronik, nyeri abdomen kanan atas dan sakit pada otot.

g. Respirasi

Pengkajian respirasi dapat dilihat adanya takipnea, dispnea pada saat aktivitas, tidur sambil duduk, dan ada riwayat penyakit paru kronis

h. Rasa aman

Pengkajian rasa aman yaitu pasien pada umumnya akan mengalami perubahan status mental, kehilangan kekuatan atau tonus otot, hingga gangguan pada kulit atau dermatitis.

7) Pemeriksaan fisik.

Pemeriksaan fisik adalah pemeriksaan tubuh untuk menentukan adanya kelainan-kelainan dari suatu system atau suatu organ bagian tubuh dengan cara melihat (inspeksi), meraba (palpasi), mengetuk (perkusi), dan mendengarkan (auskultasi). Urutan pemeriksaan berjalan secara logis dari kepala ke kaki.

a. Gambaran umum

Keadaan Umum : biasanya pasien gelisah karena sesak nafas

Tingkat kesadaran : biasanya composmentis sampai terjadi penurunan kesadaran.

b. Tanda-tanda Vital

1) Tekanan darah nilai normalnya :

Nilai rata-rata sistolik : 110-140 mmHg

Nilai rata-rata diastolik : 80-90 mmHg

2) Nadi nilai normalnya : Frekuensi : 60-100x/menit (bradikardi).

3) Pernapasan nilai normalnya : Frekuensi : 16-20 x/menit pada pasien respirasi meningkat, dipsnea pada saat istirahat/ aktivitas

4) Suhu badan metabolisme menurun, suhu menurun.

c. Pemeriksaan fisik persistem

a) Sistem pernafasan

Pengkajian yang di dapat adanya tanda, kongesive vaskuler pulmonal adalah dispnea, ortopnea, dispnea nokturnal proksimal, batuk dan edema pulmonal akut dan retraksi dinding dada.

b) Sistem kardiovaskuler

Inspeksi: adanya parut pada dada, kelemahan fisik, dan adanya edema ekstremitas.

Palpasi: oleh karena peningkatan frekuensi jantung merupakan respon awal jantung terhadap stress, sinus takikardia mungkin dicurigai dan sering ditemukan pada pemeriksaan pasien dengan kegagalan pompa jantung.

Auskultasi : Tekanan darah biasanya menurun akibat penurunan volume sekuncup.

Perkusi : batas jantung pergeseran yang menunjukkan adanya hipertrofi jantung.

c) Sistem persyarafan

Kesadaran biasanya composmetis, didapatkan sianosis perifer apabila gangguan perfusi jaringan berat. Pengkajian objektif pasien seperti wajah tampak meringis, menangis, merintih, meregang, dan menggeliat.

d) Sistem pencernaan

Pasien biasanya didapatkan mual dan muntah, penurunan nafsu makan akibat pembesaran vena dan statis vena di dalam rongga abdomen, serta penurunan berat badan.

e) Sistem endokrin

Melalui auskultasi, pemeriksaan dapat mendengar bising. Bising kelenjer tiroid menunjukkan peningkatan vaskularisasi akibat hiper fungsi tiroid.

f) Sistem integument

Pemeriksaan wajah pada pasien bertujuan menemukan tanda-tanda yang menggambarkan kondisi pasien terkait dengan penyakit jantung yang di alaminya.

g) Sistem mukuloskaletal

Kebanyakan pasien yang mengalami Congestive Heart Failure juga mengalami penyakit vaskuler atau edema perifer

b. Tabulasi Data

Merasa lelah, sesak napas, ortopnea (rasa tidak nyaman saat bernapas sambil berbaring), pusing, mengeluh nyeri, mengeluh lelah, sesak napas saat atau setelah beraktivitas, batuk, merasa lemah, bradikardia (detak jantung lambat), palpitasi, tekanan darah meningkat, warna kulit pucat, sianosis, turgo kulit menurun, ada retraksi dinding dada, napas cepat, tampak meringis, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, frekuensi jantung meningkat, hilangnya nafsu makan, nyeri

abdomen kanan atas dan sakit pada otot, kehilangan kekuatan atau tonus otot, gangguan pada kulit atau dermatitis, edema ekstremitas, edema perifer, gelisah dan cemas, berat badan bertambah.

c. Klasifikasi Data

1) Data subjektif

Merasa lelah, sesak napas, ortopnea (rasa tidak nyaman saat bernapas sambil berbaring), palpitasi (jantung berdenyut kencang), pusing, mengeluh nyeri, mengeluh lelah, sesak napas saat atau setelah beraktivitas, batuk, merasa lemah, sulit tidur, hilangnya nafsu makan, nyeri abdomen kanan atas dan sakit pada otot, gelisah dan cemas.

2) Data objektif

bradikardia (detak jantung lambat), tekanan darah meningkat, warna kulit pucat, warna kulit pucat, sianosis, turgo kulit menurun, ada retraksi dinding dada, napas cepat, napas cuping hidung, tampak meringis, gelisah, frekuensi nadi meningkat, frekuensi jantung meningkat, gangguan pada kulit atau dermatitis, edema ekstremitas, berat badan bertambah, kehilangan kekuatan atau tonus otot, ada bunyi napas tambahan, napas cuping hidung.

d. Analisa data

Table 2.1 Analisa Data

Sign/symptom	Etiologi	Problem
<p>Data subjektif : Merasa lelah, sesak napas, ortopnea (rasa tidak nyaman saat bernapas sambil berbaring), palpitasi (jantung berdenyut kencang)</p> <p>Data objektif : bradikardia (detak jantung lambat), tekanan darah meningkat, warna kulit pucat, warna kulit pucat atau sianosis, berat badan bertambah, kehilangan kekuatan atau tonus otot</p>	Perubahan irama jantung	Penurunan curah jantung
<p>Data subjektif : -</p> <p>Data objektif : warna kulit pucat, turgo kulit menurun, edema ekstremitas, gangguan pada kulit atau dermatitis</p>	Penurunan aliran arteri atau vena	Perfusi perifer tidak efektif
<p>Data subjektif : sesak napas, ortopnea</p> <p>Data objektif : ada retraksi dinding dada, napas cepat, napas cuping hidung</p>	Hambatan upaya napas (nyeri saat bernapas, kelemahan otot pernapasan)	Pola napas tidak efektif
<p>Data subjektif : sesak napas, pusing.</p> <p>Data objektif : ada bunyi napas tambahan, napas cuping hidung, napas cepat, kulit pucat</p>	Perubahan membran alveolus-kapiler	Gangguan pertukaran gas
<p>Data subjektif : -</p> <p>Data objektif : berat badan bertambah, edema ekstemitas</p>	Gangguan mekanisme regulasi	Hipervolemia
<p>Data subjektif : mengeluh nyeri, nyeri</p>	Agen pencedera fisik (mis. latihan fisik berlebihan,	Nyeri akut

Lanjutan Tabel 2.1 Analisa Data

abdomen kanan atas dan sakit pada otot Data objektif : tampak meringis, gelisah, cemas, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, tekanan darah meningkat, hilangnya nafsu makan	trauma mengangkat beban berat, abses, amputasi, prosedur operasi)		
Data subjektif : mengeluh lelah, sesak napas saat atau setelah beraktivitas, merasa lemah Data objektif : frekuensi jantung meningkat, frekuensi nadi meningkat, edema ekstremitas, kehilangan kekuatan dan tonus otot, gelisah dan cemas	Kelemahan	Intoleransi aktivitas	

Prioritas Masalah

- a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung
- b. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran arteri atau vena
- c. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (mis. nyeri saat bernapas, kelemahan otot pernapasan)
- d. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler
- e. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi

- f. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (mis. latihan fisik berlebihan, trauma mengangkat beban berat, abses, amputasi, prosedur operasi)
- g. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

2. Diagnosa keperawatan

- a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung ditandai dengan :

Data subjektif : Merasa lelah, sesak napas, ortopnea (rasa tidak nyaman saat bernapas sambil berbaring), palpitasi (jantung berdenyut kencang)

Data objektif : bradikardia (detak jantung lambat), tekanan darah meningkat, warna kulit pucat, warna kulit pucat atau sianosis, berat badan bertambah kehilangan kekuatan atau tonus otot

- b. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran arteri atau vena ditandai dengan :

Data subjektif : -

Data objektif : warna kulit pucat, turgo kulit menurun, edema ekstremitas, gangguan pada kulit atau dermatitis

- c. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (mis. nyeri saat bernapas, kelemahan otot pernapasan) ditandai dengan:

Data subjektif : sesak napas, ortopnea

Data objektif : ada retraksi dinding dada, napas cepat, napas cuping hidung

- d. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler ditandai dengan :
- Data subjektif : sesak napas, pusing.
- Data objektif : ada bunyi napas tambahan , napas cuping hidung, napas cepat, kulit pucat
- e. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi ditandai dengan :
- Data subjektif : -
- Data objektif : berat badan bertambah, edema ekstremitas
- f. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (mis. latihan fisik berlebihan, trauma mengangkat beban berat, abses, amputasi, prosedur operasi) ditandai dengan :
- Data subjektif : mengeluh nyeri, nyeri abdomen kanan atas dan sakit pada otot
- Data objektif : tampak meringis, gelisah, cemas, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, tekanan darah meningkat, hilangnya nafsu makan
- g. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan :
- Data subjektif : mengeluh lelah, sesak napas saat atau setelah beraktivitas, merasa lemah
- Data objektif : frekuensi jantung meningkat, frekuensi nadi meningkat, edema ekstremitas, kehilangan kekuatan dan tonus otot, gelisah dan cemas.

3. Intervensi keperawatan

- a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah penurunan curah jantung dapat teratasi.

Kriteria hasil : tekanan darah menurun, palpitasi menurun, lemah letih menurun, dispnea menurun.

Perawatan Jantung

Observasi

1. Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema, ortopnea)

Rasional : Penurunan curah jantung dapat diidentifikasi melalui gejala yang muncul melalui dyspnea, kelelahan, edema, ortopnea, dan adanya peningkatan CVP

2. Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi peningkatan berat badan, hepatomegali, distensi vena jugularis, palpitasi, ronchi basah, oliguria, batuk, kulit pucat)

Rasional : Pemantauan dan monitor diperlukan agar mengetahui tindakan yang akan dilakukan selanjutnya dan agar tidak terjadi komplikasi lebih lanjut

3. Monitor tekanan darah

Rasional : Tekanan darah pada pasien dengan curah jantung perlu untuk dimonitor karena penting untuk membantu penegakan diagnostic.

4. Monitor EKG 12 sedapan

Rasional : untuk mengetahui kelainan yang terjadi pada sistem kelistrikan jantung.

5. Monitor intake dan output cairan.

Rasional : untuk mengetahui jumlah cairan dalam tubuh

6. Monitor fungsi alat pacu jantung.

Rasional : untuk mengetahui pacu jantung.

7. Monitor saturasi oksigen.

Rasional : Posisi dapat mempengaruhi sirkulasi pasien. Posisi dapat membantu memaksimalkan ekspansi paru dan menurunkan upaya pernapasan.

8. Monitor keluhan nyeri dada (mis. intensitas, lokasi, radiasi, durasi, presivitasi yang mengurangi nyeri).

Rasional : Nyeri dada yang muncul pada pasien dengan penurunan curah jantung, biasanya memicu adanya komplikasi atau kelainan yang terjadi yang berhubungan dengan system coroner.

9. Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum pemberian obat.

Rasional : Pemeriksaan tekanan darah dilakukan agar tidak terjadi komplikasi pada pasien.

Terapeutik

10. Posisikan pasien semifowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman.

Rasional : Posisi semi fowler atau fowler diberikan agar klien nyaman dan membantu sirkulasi darah berjalan dengan baik.

11. Berikan diet jantung yang sesuai (mis. batasi asupan kafein, natrium, kolesterol, dan makanan tinggi lemak).

Rasional : Memberikan diet dan/makana sesuai yang dianjurkan oleh dokter.

12. Fasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup sehat

Rasional : Gaya hidup yang sehat dapat membantu perubahan pola hidup sehingga pasien dapat tetap ada dalam ruang lingkup sehat jika gaya hidup diubah menjadi lebih sehat

13. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen

Rasional : Meningkatkan sediaan oksigen untuk kebutuhan miokard untuk melawan efek hipoksia/iskemia

Edukasi

14. Anjurkan untuk beraktivitas fisik secara bertahap

Rasional : Batasi aktivitas untuk mengurangi terjadinya kelelahan

- b. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran arteri atau vena.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah perfusi perifer tidak efektif dapat diatasi

Kriteria hasil : denyut nadi perifer meningkat, warna kulit pucat menurun, edema perifer menurun, kelemahan otot menurun, pengisian kapiler membaik, akral membaik, turgo kulit membaik.

Intervensi

Perawatan sirkulasi

Observasi

- 1) Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu)

Rasional : mengetahui kemungkinan adanya gangguan pada perfusi perifer

- 2) Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (mis. Diabetes, perokok, orang tua, hipertensi dan kadar kolesterol tinggi)

Rasional : beberapa penyakit seperti Diabetes, hipertensi, hiperkolesterol dapat menyebabkan gangguan sirkulasi perifer

- 3) Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas

Rasional : mengetahui adanya masalah atau gangguan yang terjadi pada bagian perifer tubuh

Terapeutik

- 1) Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi

Rasional : untuk mencegah kekurangan atau perubahan sirkulasi perifer

- 2) Lakukan pencegahan infeksi

Rasional : untuk mencegah munculnya infeksi akibat invasi bakteri.

Edukasi

1) Anjurak berhenti merokok

Rasional : merokok merupakan salah satu pemicu terjadinya gangguan perfusi perifer

2) Anjurkan berolahraga rutin

Rasional : untuk memperlancar sirkulasi perfusi perifer

3) Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur.

Rasional : penyakit hipertensi merupakan salah satu penyebab gangguan sirkulasi perifer

c. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas

(mis. nyeri saat bernapas, kelemahan otot pernapasan)

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah pola napas tidak efektif dapat diatasi

Kriteria hasil : dispnea menurun, penggunaan otot bantu napas menurun, ortopnea menurun, pernapasan cuping hidung menurun, edukasi napas membaik, kedalaman napas membaik.

Intervensi

Manajemen jalan napas

Observasi

1) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)

Rasional : terlihat penggunaan otot bantu untuk bernapas. Pola napas yang tidak teratur mungkin patologis (mis. Dispnea, ekspirasi yang lama, periode apnea).

2) Monitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering)

Rasional : mengungkapkan adanya kongesti paru atau kumpulan kumpulan sekret, menunjukkan perlunya intervensi lebih lanjut

3) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)

Rasional : produksi sputum berlebihan dapat menyebabkan obstruksi jalan napas

Terapeutik

1) Berikan oksigen

Rasional : meningkatkan oksigen yang tersedia untuk memenuhi kebutuhan miokard untuk melawan efek hipoksia dan iskemia

2) Posisikan semi-fowler atau fowler

Rasional : mengurangi konsumsi oksigen dan memaksimalkan ekspansi paru

3) Berikan minum hangat

Rasional : pemasukan tinggi cairan membantu untuk mengencerkan secret sehingga mudah dikeluarkan

4) Lakukan fisioterapi dada, jika perlu

Rasional : untuk memberikan rasa yang nyaman

5) Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik

Rasional : untuk mengeluarkan secret

6) Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal

Rasional : untuk memberikan oksigen sebelum penghisapan endotakel

Edukasi

- 1) Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi

Rasional : untuk memenuhi asupan cairan dalam tubuh

- 2) Ajarkan batuk efektif

Rasional : membantu mengeluarkan sekresi dan mempertahankan potensi jalan napas

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu

Rasional : meningkatkan ukuran lumen percabangna trakeobronkhial sehingga menurunkan tahanan terhadap aliran udara dan menurunkan kekentalan secret.

- d. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan gangguan pertukaran gas dapat diatasi

Kriteria hasil : tingkat kesadaran meningkat, dispnea menurun, bunyi napas tambahan menurun, pusing menurun, napas cuping hidung menurun, pola napas membaik.

1. Monitor frekuensi, kedalaman, upaya napas

Rasional : Terlihat penggunaan otot bantu untuk bernapas. Pola napas yang tidak teratur mungkin patologis (mis. dispnea, ekspirasi yang lama, periode apnea)

2. Monitor bunyi napas tambahan

Rasional : Mengungkapkan adanya kongesti paru atau kumpulan-kumpulan secret, menunjukkan perlunya intervensi lebih lanjut

3. Monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi)

Rasional : Terlihat penggunaan otot bantu untuk bernapas. Pola napas yang tidak teratur mungkin patologis (mis. dispnea, ekspirasi yang lama, periode apnea)

4. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)

Rasional : Produksi sputum berlebihan dapat menyebabkan obstruksi jalan napas

5. Auskultasi bunyi napas

Rasional : Menyatakan adanya kongesti paru atau pengumpulan sekresi menunjukkan kebutuhan untuk intervensi lanjut

6. Monitor saturasi oksigen

Rasional : Mengetahui kebutuhan oksigen dalam tubuh.

7. Monitor adanya sumbatan jalan napas.

Rasional : untuk mengetahui adanya sumbatan pada jalan napas.

8. Monitor nilai AGD.

Rasional : untuk mengetahui nilai AGD.

9. Monitor hasil x-ray toraks

Rasional : mengetahui hasil x-ray toraks

Edukasi

10. Ajarkan teknik batuk efektif.

Rasional : Membantu mengeluarkan sekresi dan mempertahankan potensi jalan napas

Kolaborasi

11. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu.

Rasional : Meningkatkan ukuran lumen percabangan trakeabronkial sehingga menurunkan tahanan terhadap aliran udara dan menurunkan kekentalan secret.

e. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah hipervolemia dapat diatasi dengan kriteria hasil.

Kriteria hasil : edema menurun, dehidrasi menurun, tekanan darah membaik, denyut nadi radial membaik, turgo kulit membaik, berat badan membaik.

Observasi

a) Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis. Ortopnea, dispnea, edema, suara napas tambahan)

Rasional : peningkatan menunjukkan adanya hipervolemia. Kaji bunyi jantung dan napas, perhatikan S3 dan/atau gemericik, ronchi.

Kelebihan volume cairan berpotensi gagal jantung kongestif/ edema paru

b) Identifikasi penyebab hipervolemia

Rasional : beberapa kondisi yang dapat menyebabkan hipervolemia yaitu gagal jantung kongestif, infark miokard, penyakit katup jantung, sirosis hati, dan gagal ginjal

c) Monitor status hemodinamik (mis. Frekuensi jantung, tekanan darah), jika perlu

Rasional : mengetahui nilai normal dari tekanan darah, nadi, SPO₂, MAP

d) Monitor intake dan output cairan

Rasional : membantu pasien untuk melakukan pengontrolan asupan cairan pada pasiengagal jantung untuk mencegah kenaikan berat badan

e) Monitor tanda hemokonsentrasi (mis. kadar natrium, BUN, hematokrit, berat jenis urine)

Rasional : kadar natrum tinggi dihubungkan dengan kelebihan cairan, edema, hipertensi, dan komplikasi jantung. Ketidakseimbangan dapat mengganggu konduksi elektrik dan fungsi jantung

f) Memonitor tanda dan peningkatan osmotik plasma (mis. kadar protein, dan albumin meningkat

Rasional : terjadi peningkatan osmotik plasma mengakibatkan terjadinya edema.

Terapeutik

- a) Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama

Rasional : membantu mengevaluasi status cairan khususnya bila dibandingkan dengan berat badan. Peningkatan berat badan antara pengobatan harus tidak lebih dari 0,5 kg/hari

- b) Batasi asupan cairan dan garam

Rasional : menjaga agar kelebihan cairan tidak bertambah parah. Garam dapat mengikat air sehingga akan memperparah kelebihan cairan

- c) Tinggikan kepala tempat tidur 30-40°

Rasional : klien dengan kelebihan volume cairan juga mengalami gangguan pernapasan seperti takipnea, dispnea, peningkatan frekuensi/kedalaman pernapasan

Edukasi

- a) Anjurkan melaporkan jika Haluaran urin $<0,5\% \text{mL/kg/jam}$ dalam 6 jam

Rasional : peningkatan berat badan $>1 \text{ kg}$ dalam sehari mengindikasikan kelebihan volume cairan dalam tubuh

- b) Ajarkan cara membatasi cairan

Rasional : pembatasan cairan membutuhkan kerja sama dari berbagai pihak termasuk pasien dan keluarga

Kolaborasi

a) Kolaborasi pemberian deuretik

Rasional : diuretik dapat meningkatkan laju aliran urine meningkat guna mengurangi kelebihan volume cairan dalam tubuh

b) Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretic

Rasional : hanya 10% kalium yang mencapai tubulus kontortus distal. Peningkatan aliran urine dan natrium ditubulus distal, meningkatkan sekresi kalium ditubulus distal, meningkatkan sekresi kalium ditubulus distal sehingga dapat menyebabkan hipokalemia

f. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (mis. latihan fisik berlebihan, trauma mengangkat beban berat, abses, amputasi, prosedur operasi)

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah nyeri akut dapat diatasi

Kriteria hasil : keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, frekuensi nadi membaik, pola napas membaik, pola napas membaik.

Manajemen nyeri

Observasi

1. Identifikasi, lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri

Rasional : Untuk menggambarkan pengalaman nyeri menganalisis manajemen nyeri dan mengevaluasi efektivitas

2. Identifikasi skala nyeri

Rasional : Mengetahui skala nyeri secara teratur dan bersamaan dengan tanda-tanda vital lainnya

3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

Rasional : Perawatan yang tepat dan manajemen yang memadai dapat membantu mengurangi morbiditas dan mortalitas pada pasien dengan gagal jantung

4. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri

Rasional : untuk mengetahui pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri

5. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri

Rasional : mengetahui pengaruh budaya terhadap respon nyeri

Terapeutik

6. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri

Rasional : Mengajarkan teknik napas dalam untuk mengurangi rasa nyeri

7. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)

Rasional : Lingkungan yang asing, tingkat kebisingan yang tinggi, pencahayaan, dan aktivitas yang tinggi di lingkungan tersebut dapat memperberat nyeri. Dukungan dari keluarga dan orang terdekat menjadi salah satu faktor penting yang mempengaruhi persepsi nyeri individu.

Edukasi

8. Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri

Rasional : Membantu dalam penurunan persepsi atau respon nyeri, memberikan kontrol situasi dan meningkatkan perilaku positif

9. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri

Rasional : untuk mengetahui nyeri secara mandiri

Kolaborasi

10. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

Rasional : meskipun morfin IV adalah pilihan, suntikan narkotika lain dapat dipakai pada fase nyeri akut atau nyeri dada berulang yang tidak hilang dengan nitrogliserin untuk menurunkan nyeri hebat, memberikan sedasi, dan mengurangi kerja miokard. Hindari dari suntikan IM dapat mengganggu indikator dapat mengganggu diagnostic Creatine Phosphokinase (CPK) dan tidak diabsorbsi baik oleh jaringan kurang perfusi.

- g. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah intoleransi aktivitas dapat diatasi

Kriteria hasil : saturasi oksigen meningkat, keluhan lelah menurun, dispnea saat aktivitas menurun, dispnea setelah beraktivitas menurun, perasaan lemah menurun, tekanan darah membaik

Manajemen energi

Observasi

1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan

Rasional : Penurunan curah jantung dapat mengakibatkan kelelahan, kelelahan dapat diatasi untuk meningkatkan toleransi terhadap aktivitas

2. Monitor kelelahan fisik dan emosional

Rasional : Kelelahan fisik dan emosional dapat meningkatkan kerja jantung

3. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas

Rasional : Nyeri dada dan takikardia menetap berpotensi terjadinya gangguan perfusi jantung yang berhubungan dengan waktu pengisian diasistolik memendek, penurunan oksigen ke miokardium dan beban kerja jantung yang meningkat

4. Monitor pola dan jam tidur

Rasional : untuk mengetahui kualitas tidur pasien

Terapeutik

5. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis.cahaya, suara, kunjungan)

Rasional : Stress emosi menghasilkan vasokonstriksi yang meningkatkan kerja jantung

6. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan

Rasional : Pengubahan posisi sangat penting bagi pasien

7. Lakukan latihan rentang gerak aktif atau pasif

Rasional : untuk membantu menggerakkan otot-otot pada tubuh pasien

8. Berikan aktivitas distraksi yang menyenangkan Rasional : untuk melatih atau memberikan aktivitas distraksi yang menyenangkan

Edukasi

9. Anjurkan tirah baring

Rasional : Tirah baring untuk meringankan beban kerja jantung

10. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap

Rasional : Pasien harus melakukan aktivitas secara bertahap untuk meningkatkan kekuatan otot pasien

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tahap ke empat dari proses keperawatan yang dimulai setelah perawat menyusun rencana keperawatan. Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan pasien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan

keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan langkah terakhir dari proses keperawatan dengan cara melakukan identifikasi sejauh mana dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Dalam melakukan evaluasi, perawat seharusnya memiliki pengetahuan dan kemampuan dalam menghubungkan tindakan keperawatan.

BAB III

METODE STUDI KASUS

A. Desain Studi Kasus

Penelitian Karya Tulis Ilmiah ini menggunakan rancangan deskriptif berupa studi kasus dengan pendekatan studi dokumentasi mencakup pengkajian satu unit penelitian secara intensif misalnya klien, keluarga, kelompok, dan komunitas. Dalam penulisan deskriptif studi kasus ini untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada pasien dengan CHF. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi dengan mengevaluasi asuhan keperawatan pada pasien CHF

B. Subyek Studi Kasus

Subyek dalam penelitian ini adalah individu dengan masalah CHF dengan kasus yang di kelola secara rinci. Adapun subyek yang akan diteliti berjumlah satu kasus dengan masalah keperawatan yang komprehensif dan holistik.

C. Batasan Istilah (Definisi Operasional)

Tabel 3.1 Definisi operasional

No	Istilah	Definisi
1	Congestive Heart Failure (CHF)	Kondisi medis di mana jantung gagal memompa darah untuk memenuhi kebutuhan sirkulasi tubuh dan dapat menimbulkan gejala khas seperti sesak nafas, edema dan peningkatan <i>Jugular Venous Pressure</i> (JVP).
2	Asuhan Keperawatan	Asuhan keperawatan adalah serangkaian tindakan untuk perawatan pada klien yang meliputi pengkajian, diagnose keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus

Studi kasus asuhan keperawatan ini akan dilakukan selama 3 hari di Ruang RPD III RSUD Ende.

E. Prosedur Studi Kasus

Studi kasus diawali dengan penyusunan usulan studi kasus dengan menggunakan metode studi kasus. Setelah disetujui oleh pembimbing studi kasus maka studi kasus dilanjutkan dengan kegiatan pengumpulan data. Proses pengumpulan data diawali dengan meminta ijin Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ende, setelah mendapatkan ijin dari Direktur kemudian meminta ijin kepala Ruang RPD III, kemudian menyerahkan surat permohonan pengambilan pasien untuk menentukan kasus yang dipilih. Setelah itu menentukan responden lalu menjelaskan tujuan dan meminta tanda tangan informed consent

F. Teknik Pengumpulan Data

1. Wawancara

Wawancara dipergunakan untuk pengumpulan data secara lisan dari pasien dan keluarga yaitu menanyakan mengenai identitas klien, keluhan utama riwayat keluhan utama, status kesehatan masa lalu, riwayat kesehatan keluarga, diagnosa medis dan terapi yang didapatkan sebelumnya, pola persepsi dan manajemen kesehatan, pola nutrisi metabolik, pola eliminasi, pola aktivitas dan latihan, pola kognitif dan persepsi, pola persepsi dan konsep diri, pola tidur dan istirahat, pola hubungan dan peran, pola toleransi stress- koping, pola nilai- kepercayaan.

2. Observasi dan Pemeriksaan Fisik

Melakukan observasi atau pengamatan secara langsung pada pasien, pemeriksaan fisik yaitu metode pengumpulan data melalui pendekatan inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi (IPPA) pada sistem tubuh.

3. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi dilakukan dengan mendapatkan data-data laporan dan informasi dari tenaga kesehatan Rumah Sakit Umum Daerah Ende.

G. Instrument Pengumpulan Data

Alat atau instrument pengumpulan data yang digunakan adalah format Asuhan Keperawatan Medikal Bedah mulai dari pengkajian sampai evaluasi.

H. Keabsahan Data

Untuk membuktikan kualitas data yang diperoleh dari penelitian sehingga data dengan validasi tinggi.

I. Analisa Data

Analisa data dilakukan pada awal pengkajian dan didokumentasikan pada setiap hari untuk mendapatkan perkembangan klien. Urutan dari analisa data antara lain :

1. Pengumpulan data

Data dikumpulkan dari hasil wawancara, observasi pemeriksaan fisik dan pendokumentasian. Data tersebut ditulis dalam catatan yang terstruktur. Pengumpulan data diperoleh dengan melakukan pengkajian setelah itu menetapkan diagnosis keperawatan, melakukan perencanaan keperawatan untuk mengatasi masalah yang timbul, melakukan tindakan keperawatan serta mengevaluasi setiap tindakan keperawatan.

2. Mereduksi data

Data yang diperoleh kemudian di kelompokkan menjadi data subjektif dan objektif. Data tersebut dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostik kemudian dibandingkan nilai normal.

3. Penyajian data

Penyajian data dilakukan dengan tabel, maupun teks naratif. Kerahasiaan klien terjamin dengan mengaburkan identitas klien.

4. Kesimpulan

Setelah data disajikan, data akan dibahas setta dibandingkan dengan hasil penelitian terdahulu. Penarikan kesimpulan terkait pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi dan evaluasi kegiatan.

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

1. Gambaran Umum Lokasi Studi Kasus

Studi kasus dilakukan di RSUD Ende yang merupakan rumah sakit milik pemerintah yang berada di jalan Prof.Dr.WZ.Yohanes. RSUD Ende terdiri dari beberapa ruangan yang salah satunya adalah Ruangan Penyakit Dalam III dimana ruangan ini merupakan ruangan yang merawat pasien yang memiliki penyakit dalam. Ruangan penyakit dalam terdiri dari 3 ruangan dengan kapasitas 19 bed terdiri dari Ruangan A jumlah 7 bed, Ruangan B jumlah 7 bed, Ruangan C jumlah 5 bed. Tenaga staf Ruangan Penyakit Dalam III sebanyak 19 orang yang terdiri dari 16 orang perawat, satu orang administrasi, dan dua orang cleaning service.

2. Pengkajian

Pada tanggal 17 Juli 2024

a. Pengumpulan Data

1) Identitas klien

Pasien berinisial Ny. N.A.R usia 55 tahun , klien beragama islam, status klien sudah menikah, pendidikan terakhir SD, pekerjaan ibu rumah tangga. Klien tinggal di Ndona, masuk rumah sakit pada tanggal 15 Juli 2024 dengan Diagnosa Medis CHF. Penanggung jawab klien Tn. A. S usia 28 tahun, hubungan dengan klien anak, alamat Ndona.

2) Status Kesehatan

a) Status Kesehatan saat ini

(1) Keluhan utama

Klien mengatakan nyeri dada sebelah kiri, menyebar sampai ke belakang, sakit terus menerus, rasanya seperti ditindih beban berat, batuk hampir satu minggu, batuk keluar dahak, sulit tidur, merasa lemah dan lelah ketika beraktivitas

(2) Riwayat keluhan utama

Klien mengatakan merasa nyeri di dada bagian kiri, menyebar sampai ke belakang, sakit terus menerus, rasanya seperti ditindih beban berat dan sesak napas dirasakan sejak hari senin tanggal 15 Juli 2024. Pada siang hari, karena rasa sakit di dada bagian kiri dan sesak napas sudah tidak bisa ditahan lagi. Pada jam 16.00 pasien minta diantar di Instalasi Gawat Darurat (IGD). Setelah mendapat perawatan di IGD, lalu pada jam 23.00 pasien akhirnya dipindahkan ke RPD III untuk melakukan perawatan lebih lanjut.

(3) Alasan masuk rumah sakit dan perjalanan penyakit saat ini

Klien mengatakan alasan masuk rumah sakit karena nyeri dada sebelah kiri, menyebar sampai ke belakang, sakit terus menerus, rasanya seperti ditindih beban berat, sesak napas, batuk hampir satu minggu, batuk keluar dahak, sulit tidur, cepat lelah dan merasa lemah.

(4) Upaya yang dilakukan untuk mengatasinya

Klien mengatakan ketika di rumah saat merasa sesak langsung dikasih uap untuk mengurangi rasa sesak napas.

b) Status kesehatan masa lalu

(1) Penyakit yang pernah dialami

Klien mengatakan ada riwayat penyakit Hipertensi sejak 5 tahun lalu.

(2) Pernah dirawat

Klien mengatakan pernah dirawat di RSUD Ende dengan penyakit CHF yakni pada tanggal 2-5 Juni 2024

(3) Alergi

Klien mengatakan tidak ada alergi makanan maupun minuman

(4) Kebiasaan (merokok, kopi, alkohol dll).

Klien mengatakan dulu sebelum sakit suka minum kopi, suka minum sprite yang dicampur dengan garam dan suka makan makanan yang berminyak dan bersantan.

(5) Riwayat penyakit keluarga

Klien mengatakan di dalam keluarganya tidak ada yang mengalami penyakit Hipertensi, Diabetes Melitus, maupun penyakit CHF.

c) Diagnosa medis dan terapi yang didapat sebelumnya

Klien mengatakan pernah didiagnosa penyakit Hipertensi dan CHF. Terapi yang didapat sebelumnya diberi obat Almodipine.

3) Pola kebutuhan dasar

a) Pola persepsi dan manajemen Kesehatan

Klien mengatakan sebelum sakit jarang untuk memperhatikan kesehatannya dan jarang mengontrol Kesehatan di Puskesmas maupun di Rumah Sakit atau fasilitas Kesehatan lainnya. Obat yang diberikan dari Puskesmas klien tidak mengkonsumsi, klien dan keluarga mengatakan kurang mengerti tentang penyakit CHF, klien dan keluarga tidak mampu menjelaskan penyakit CHF. Saat sakit : klien mengatakan saat ini menderita penyakit CHF setelah diberitahu oleh Dokter, dan apabila klien merasa sakit klien memeriksa kesehatannya di Rumah Sakit.

b) Pola nutrisi metabolik

Sebelum sakit : klien mengatakan makannya teratur yaitu 3 kali sehari dengan porsi makan di habiskan. Menuanya: nasi, sayur (suka sayuran yang ditumis dan bersantan). Lauk : tempe, tahu, ikan goreng, daging ayam, daging sapi. Klien mengatakan menyukai ubi putih dan roti kukus. Klien minum air putih 5-6 gelas/hari \pm (1000-1500 cc), minum kopi 2 gelas/hari \pm 500 cc. Ketika ada acara atau hajatan sering minum moke karen diajak

oleh teman-temannya katanya kalau minum moka bisa mengurangi keram pada kaki. Minuman kesukaan yaitu sprite yang dicampur dengan garam.

Saat sakit : klien mengatakan saat sakit makan 3 kali sehari dengan porsi dihabiskan. Ketika di rumah hanya makan nasi, sayur-sayur bening, ikan panggang, telur rebus. Ketika di rumah sakit hanya makan nasi, sayur bening, tempe, tahu telur rebus, dan buah-buahan seperti pisang. Saat sakit klien tidak lagi mengkonsumsi kopi klien hanya minum air putih 5-6 gelas/hari \pm (1000-1500cc)

c) Pola eliminasi

Sebelum sakit : klien mengatakan BAB 1 kali dalam sehari dengan konsistensi padat dan lembek, tidak ada keluhan saat BAB. Klien biasa BAK 4-6 kali dalam sehari, warna kuning tidak ada keluhan saat BAK.

Saat sakit : klien mengatakan sudah 2 hari belum BAB , BAK 3-4 kali dalam sehari, warna kuning, tidak ada keluhan saat BAK.

d) Pola aktivitas dan Latihan

Sebelum sakit : klien mengatakan sebelum sakit klien bisa melakukan aktivitas sendiri (mandi, makan, berpakaian, berpindah tempat dan ke toilet) dan melakukan aktivitas lainnya sebagai ibu rumah tangga (masak, mencuci, menyapu) dan klien juga bekerja sebagai pedagang. Saat sakit : klien melakukan

aktivitas dengan bantuan seperti mandi, berpakaian, ke toilet dan berpindah tempat. Makan dan minum bisa dilakukan sendiri, merasa lemah dan lelah saat banyak melakukan aktivitas, sesak napas saat melakukan aktivitas.

e) Pola kognitif dan persepsi

Sebelum sakit : klien mengatakan penglihatan dan pendengarannya masih berfungsi normal.

Saat sakit : klien mengatakan pendengarannya masih berfungsi normal dan penglihatannya masih jelas.

f) Pola persepsi dan konsep diri

Sebelum sakit : klien mengatakan ingin sembuh dari sakitnya dan klien tidak merasa malu dengan penyakit yang dideritanya.

Saat sakit : saat ini klien sedang sakit dan terbaring lemah di rumah sakit dan klien ingin sembuh dan pulang agar bisa berkumpul dengan keluarganya.

g) Pola tidur dan istirahat

Sebelum sakit : klien mengatakan jarang untuk tidur siang karena masih berdagang di pasar, pada malam hari tidur dari jam 22.00 sampai jam 05.00

Saat sakit : klien mengatakan tidur tidak nyenyak karena sakit di dada bagian kiri dan sesak napas. Malam hari klien tidur dari jam 21.00-05.00, sering terbangun karena merasa BAK. Klien mengatakan tidur siang kurang lebih 1 jam.

h) Pola peran hubungan

Sebelum sakit: klien mengatakan selalu menjalin hubungan baik dengan anak-anak dan keluarga, serta orang-orang di sekitarnya

Saat sakit : klien selalu mendapatkan motivasi dan dukungan dari keluarga agar cepat sembuh dari penyakitnya. Klien dijaga oleh anaknya, menantu dan ponakan.

i) Pola toleransi stres koping

Klien mengatakan ketika merasa stres klien menceritakan kepada keluarganya

j) Pola nilai Kepercayaan

Sebelum sakit : klien mengatakan sebelum sakit rajin untuk sholat

Saat sakit : klien mengatakan saat sakit tidak pernah untuk sholat karena merasa lemah dan cepat lelah

4) Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan umum : lemah

Tingkat kesadaran : Composmentis GCS: 15 verbal : 5, motorik : 6, eye: 4

b) Tanda-tanda vital

TD : 152/88 mmHg

N : 86×/menit

S : 36,2 °C

RR : 24×/menit

SPO2 : 95%

c) Keadaan fisik (inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi)

1) Kepala

a) Rambut

Rambut tampak bersih dan hitam, rambut lurus

b) Wajah

Bentuk wajah simetris, klien tampak pucat, wajah tampak bersih, tampak lemah dan meringis.

c) Mata

Bentuk simetris, sklera tidak ikterik, bentuk mata simetris, pengelihatannya masih normal.

d) Hidung

Bentuk simetris, tidak ada secret, terpasang O2 nasal kanul 3 Lpm

e) Mulut

Bentuk mulut simetris, berbicara jelas, mukosa bibir kering, gigi masih lengkap, ada karang gigi

f) Telinga

Bentuk telinga simetris, telinga tampak bersih, tidak ada penggunaan alat bantu dengar, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan

2) Leher

Inspeksi : tidak ada pembesaran vena jugularis

Palpasi : tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan

3) Dada

Inspeksi : bentuk dada simetris, ada retraksi dinding dada, pernapasan 24x/menit

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

Perkusi : bunyi napas ronchi

4) Jantung

Perkusi : bunyi jantung pekak

Auskultasi : irama jantung irreguler

5) Abdomen

Inspeksi : bentuk simetris, tidak ada pembengkakan

Palpasi : tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan Auskultasi : bising usus 20x/menit

6) Ekstremitas

Inspeksi : jari-jari tangan dan jari-jari kaki lengkap, tidak ada edema pada ekstremitas atas maupun bawah, terpasang stoper di tangan kanan, akral hangat, CRT < 3 detik, turgo kulit baik

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

d) Pengkajian nyeri

P : klien mengatakan dada sakit sebelah kiri menyebar sampai ke belakang

Q : nyeri dirasakan seperti ditindih beban berat

R : nyeri pada dada bagian kiri menyebar sampai ke belakang

S : skala 4-6 (nyeri sedang)

T : nyeri dirasakan terus menerus

5) Pemeriksaan Penunjang

a) Pemeriksaan darah lengkap

Tanggal pemeriksaan 15 Juli 2024

Tabel 4.1 Pemeriksaan Darah Lengkap

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Unit	Nilai Rujukan
WBC	10.8	$10^3\mu/L$	4.0-10.00
RBC	4.49	$10^3\mu/L$	4.00-9.00
HGB	10.9	g/dL	10.0-14.0
HCT	34.9	%	40.0-54.0
MCV	77.4	FL	80.0-100.0
MCH	24.3	Pg	27.0-34.0
MCHC	31.3	g/dL	32.0-36.0
RDW	13.7	%	11.0-16.0

b) Pemeriksaan Laboratorium

Tanggal pemeriksaan 15 Juli 2024

Tabel 4.2 Pemeriksaan Laboratorium

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
Glukosa Darah		
Glukosa sewaktu	13,3	0-100mg/Dl
Faal Hati		
SGOT/AST	16,9	0-35 u/L
SGPT/ALT	14,5	4-35 u/L
Faal Ginjal		
Ureum	20,1	10-50 mg/dL
Creatinin	1,06	0.6-12 mg/dL

6) Penatalaksanaan/pengobatan

Tabel 4.3 penatalaksanaan/pengobatan

Nama Obat	Dosis	Cara Pemberian	Indikasi	Kontraindikasi
Omeprazole	1×40 mg	IV	Omeprazole adalah pada berbagai kondisi medis yang berhubungan dengan peningkatan asam lambung untuk mengatasi gangguan asam lambung	Pada pasien dengan hipersensitivitas terhadap omeprazole dan obat golongan penghambat pompa proton lain
Ceftriaxone	2×1 gr	IV	Untuk mengatasi infeksi bakteri gram negative maupun gram positif	Pada pasien yang diketahui alergi terhadap kelompok antibiotik sefalosporin
Paracetamol	3×1 mg	IV	Obat ini digunakan untuk meredakan nyeri ringan hingga nyeri sedang seperti sakit kepala, sakit gigi, nyeri otot serta menurunkan demam	Pada pasien dengan hipersensitivitas dan penyakit hepar aktif derajat berat
Dexamethasone	3×5 mg	IV	Obat yang digunakan untuk meredakan peradangan pada beberapa kondisi seperti reaksi alergi, penyakit autoimun atau radang sendi	Riwayat hipersensitif terhadap obat golongan kortikosteroid, tukak lambung, dan osteoporosis
Levofloxacin	1×300 mg	IV	Obat antibiotik untuk menyembuhkan berbagai penyakit akibat infeksi bakteri seperti infeksi saluran napas akut	Adanya riwayat hipersensitivitas atau reaksi alergi terhadap flouoroquinole, kelompok antibiotik yang mencakup levofloxacin reaksi alergi

Lanjutan Tabel 4.3 penatalaksanaan/pengobatan

				yang berat seperti ruam kulit, pembengkakan
Almodipin	1×5 mg	PO	Untuk menurunkan tekanan darah pada penderita hipertensi. Obat ini bisa dimanfaatkan dalam pengobatan nyeri dada kronis akibat penyakit jantung koroner	Tidak digunakan pada pasien dengan hipertensi berat dan gangguan hepar
Salbutamol	3×2 ml	PO	Untuk meredakan gejala asma dan gangguan pernapasan lainnya seperti bronchitis. Jenis obat ini digunakan untuk mengatasi keluhan yang terjadi seperti batuk, sesak napas, mengi hingga sesak dada	Pada pasien yang memiliki riwayat hipersensitivitas terhadap pbat salbutamol atau bahan tambahan yang ada dalam formulasi obat
CTM	2×4 ml	PO	Untuk membantu meringankan gejala alergi seperti seperti batuk, pilek, mata, hidung dan tenggorokan yang gatal serta ruam	Obat CTM tidak dianjurkan untuk dikonsumsi bagi penderita glukoma sudut sempit, pasien obstruksi leher kandung kemih
Nebu Combivet			Bermanfaat untuk meredakan dan mencegah munculnya gejala sesak napas atau mengi akibat penyempitan saluran pernapasan	Pasien dengan kardiomiopati obstruktif hiperkrotik atau takiaritmia

b. Tabulasi Data

Klien mengatakan nyeri dada sebelah kiri, menyebar sampai ke belakang, sakit terus menerus, rasanya seperti ditindih beban berat, skala sedang 4-6, batuk hampir satu minggu, batuk sesekali, batuk ada dahak, merasa pusing, sesak napas, sulit tidur, cepat lelah dan merasa lemah ketika melakukan aktivitas, aktivitas dibantu oleh keluarga seperti mandi, berpakaian, ke toilet dan berpindah tempat, sesak napas saat melakukan aktivitas, ada retraksi dinding dada, bunyi napas ronchi, pernapasan 24×/menit, terpasang O₂ nasal kanul 3 Lpm, terpasang stoper pada tangan kanan, keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, klien mengatakan jarang untuk memperhatikan kesehatannya dan jarang mengontrol kesehatan di Puskesmas maupun di Rumah Sakit atau fasilitas kesehatan lainnya, obat yang diberikan dari Puskesmas klien tidak mengkonsumsi, klien mengatakan kurang mengerti tentang penyakit CHF, klien tidak mampu menjelaskan penyakit CHF. TTV : TD : 152/88 mmHg, N: 86×/menit, S : 36,2°C, RR : 24×/menit, SPO₂ : 95%, CRT < 3 detik.

c. Klasifikasi Data

DS : klien mengatakan, nyeri dada sebelah kiri, menyebar sampai ke belakang, sakit terus menerus, rasanya seperti ditindih beban berat, skala sedang 4-6, batuk hampir satu minggu, batuk sesekali, merasa pusing, sesak napas, sulit tidur, cepat lelah dan merasa lemah ketika melakukan aktivitas, sesak napas saat melakukan

aktivitas, klien mengatakan jarang untuk memperhatikan kesehatannya dan jarang mengontrol kesehatan di Puskesmas maupun di Rumah Sakit atau fasilitas kesehatan lainnya, obat yang diberikan dari Puskesmas klien tidak mengkonsumsi, klien mengatakan kurang mengerti tentang penyakit CHF

DO : aktivitas dibantu oleh keluarga seperti mandi, berpakaian, ke toilet dan berpindah tempat, ada retraksi dinding dada, bunyi napas ronchi, batuk ada dahak, pernapasan 24×/menit, terpasang O2 nasal kanul 3 Lpm, terpasang stoper pada tangan kanan, keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, klien tidak mampu menjelaskan tentang penyakit CHF. TTV : TD : 152/88 mmHg, N : 86×/menit, RR : 24×/menit, SPO2: 95%, CRT<3 detik

d. Analisa Data

Tabel 4.4 Analisa Data

Sign/symptom	Etiologi	Problem
DS : klien mengatakan nyeri dada sebelah kiri menyebar sampai ke belakang, rasanya seperti ditindih beban berat, sesak napas, merasa lemah dan cepat lelah ketika melakukan aktivitas DO : klien tampak lemah, tampak meringis, TD : 152/88 mmHg, N : 86×/menit, S: 36,2 °C, RR: 24×/menit, SPO2: 95%, CRT<3 detik, terpasang O2 nasal kanul.	Perubahan irama jantung	Penurunan curah jantung
DS : klien mengatakan sesak napas DO : ada retraksi dinding dada, klien tampak sesak napas, terpasang O2 nasal kanul 3 Lpm TD: 152/88 mmHg, N: 86×/menit, S:	Hambatan upaya napas	Pola napas tidak efektif

Lanjutan Tabel 4.4 Analisa Data

36,2 °C, RR: 24×/menit, SPO2: 95%, CRT<3 detik, terpasang O2 nasal kanul 3 Lpm		
DS: klien mengatakan batuk sudah satu minggu, merasa sesak napas, batuk sesekali, merasa pusing DO: batuk ada dahak, suara napas ronchi, terpasang O2 nasal kanul 3 Lpm TD : 152/88 mmHg, N : 86×/menit, S: 36,2 °C, RR: 24×/menit, SPO2: 95%, CRT<3	Perubahan membran alveolus-kapiler	Gangguan pertukaran gas
DS : klien mengatakan dada sakit sebelah kiri menyebar sampai ke belakang, sakit terus menerus, skala sedang 4-6, rasanya seperti ditindih beban berat DO : klien tampak meringis, tampak lemah TD : 152/88 mmHg, N : 86×/menit, S: 36,2 °C, RR: 24×/menit, SPO2: 95%, CRT<3 detik.	Agen Pencedera Fisik	Nyeri akut
DS : klien mengatakan merasa lemah ketika melakukan aktivitas, sesak napas saat melakukan aktivitas DO : aktivitas dibantu oleh keluarga seperti mandi, berpakaian, ke toilet dan berpindah tempat, tampak lemah, TD : 152/88 mmHg, N : 86×/menit, S: 36,2 °C, RR: 24×/menit, SPO2: 95%, CRT<3 detik.	kelemahan	Intoleransi Aktivitas
DS : klien mengatakan jarang untuk memperhatikan kesehatannya dan jarang mengontrol kesehatan di Puskesmas maupun di Rumah Sakit atau fasilitas kesehatan lainnya, obat yang diberikan dari Puskesmas klien tidak dikonsumsi, klien mengatakan kurang mengerti tentang penyakit CHF DO : klien tidak mampu menjelaskan tentang penyakit CHF.	Ketidakpatuhan	Defisit Pengetahuan

Prioritas Masalah

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung
2. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler
3. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas
4. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik
5. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan
6. Defisit pengetahuan berhubungan dengan ketidakpatuhan

3. Diagnosa Keperawatan

- a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung ditandai dengan :

DS : klien mengatakan nyeri dada sebelah kiri menyebar sampai ke belakang, rasanya seperti ditindih beban berat, sesak napas, merasa lemah dan cepat lelah ketika melakukan aktivitas

DO : klien tampak lemah, tampak meringis, TD : 152/88 mmHg, N : 86×/menit, S: 36,2°C, RR: 24×/menit, SPO2: 95%, CRT<3 detik, terpasang O2 nasal kanul 3 Lpm

- b. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler ditandai dengan :

DS: klien mengatakan batuk sudah satu minggu, merasa sesak napas, batuk sesekali, merasa pusing

DO: batuk ada dahak, suara napas ronchi, terpasang O2 nasal kanul 3 Lpm TD : 152/88 mmHg, N : 86×/menit, S: 36,2 °C, RR: 24×/menit, SPO2: 95%, CRT<3

- c. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas ditandai dengan :

DS : klien mengatakan sesak napas

DO : ada retraksi dinding dada, klien tampak sesak napas, terpasang O2 nasal kanul 3 Lpm TD: 152/88 mmHg, N: 86×/menit, S: 36,2 °C, RR: 24×/menit, SPO2: 95%, CRT<3 detik, terpasang O2 nasal 3 Lpm kanul.

- d. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan :

DS : klien mengatakan dada sakit sebelah kiri menyebar sampai ke belakang, sakit terus menerus, skala sedang 4-6, rasanya seperti ditindih beban berat

DO : klien tampak meringis, tampak lemah TD : 152/88 mmHg, N : 86×/menit, S: 36,2 °C, RR: 24×/menit, SPO2: 95%, CRT<3 detik.

- e. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan :

DS : klien mengatakan merasa lemah ketika melakukan aktivitas, sesak napas saat melakukan aktivitas

DO : aktivitas dibantu oleh keluarga seperti mandi, berpakaian, ke toilet dan berpindah tempat, tampak lemah, TD : 152/88 mmHg, N : 86×/menit, S: 36,2 °C, RR: 24×/menit, SPO2: 95%, CRT<3 detik.

f. Defisit pengetahuan berhubungan dengan ketidakpatuhan ditandai dengan

DS : klien mengatakan jarang untuk memperhatikan kesehatannya dan jarang mengontrol kesehatan di Puskesmas maupun di Rumah Sakit atau fasilitas kesehatan lainnya, obat yang diberikan dari Puskesmas klien tidak mengkonsumsi, klien mengatakan kurang mengerti tentang penyakit CHF

DO : klien tidak mampu menjelaskan tentang penyakit CHF.

4. Intervensi Keperawatan

Tabel 4.5 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
1	Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×24 jam diharapkan masalah penurunan curah jantung dapat teratasi dengan kriteria hasil : 1) Kekuatan nadi perifer meningkat 2) Takikardia menurun 3) Lelah menurun 4) Dispnea menurun 5) Ortopnea menurun 6) Tekanan darah membaik	Perawatan Jantung Observasi 1) Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema, ortopnea) 2) Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi peningkatan berat badan, hepatomegali, distensi vena jugularis, palpitasi, ronchi basah, oliguria, batuk, kulit pucat) 3) Monitor tekanan darah 4) Monitor saturasi oksigen 5) Monitor keluhan nyeri dada (mis. intensitas, lokasi, radiasi, durasi, presivitasi yang mengurangi nyeri) 6) Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum pemberian obat	1) Penurunan curah jantung dapat diidentifikasi melalui gejala yang muncul melalui dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, dan adanya peningkatan CVP 2) Pemantauan dan monitor diperlukan agar mengetahui tindakan yang akan dilakukan selanjutnya dan agar tidak terjadi komplikasi lebih lanjut 3) Tekanan darah pada pasien dengan curah jantung perlu untuk dimonitor karena penting untuk membantu penegakan diagnostik 4) Posisi dapat mempengaruhi sirkulasi pasien. Posisi dapat membantu memaksimalkan ekspansi paru dan menurunkan upaya pernapasan 5) Nyeri dada yang muncul pada pasien dengan penurunan curah jantung, biasanya memicu adanya komplikasi atau kelainan yang

Lanjutan Tabel 4.5 Intervensi Keperawatan

			<p>7) Posisikan pasien semifowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman</p> <p>8) Berikan diet jantung yang sesuai (mis. batasi asupan kafein, natrium, kolesterol dan makanan tinggi lemak)</p> <p>9) Fasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup sehat</p> <p>10) Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen</p> <p>11) Anjurkan untuk beraktivitas fisik secara bertahap</p>	<p>terjadi yang berhubungan dengan system coroner</p> <p>6) Pemeriksaan tekanan darah dilakukan agar tidak terjadi komplikasi pada pasien</p> <p>7) Posisi semi fowler atau fowler diberikan agar klien nyaman dan membantu sirkulasi darah berjalan dengan baik</p> <p>8) Memberikan diet dan/makana sesuai yang dianjurkan oleh dokter</p> <p>9) Gaya hidup yang sehat dapat membantu perubahan pola hidup sehingga pasien dapat tetap ada dalam ruang lingkup sehat jika gaya hidup diubah menjadi lebih sehat</p> <p>10) Meningkatkan sediaan oksigen untuk kebutuhan miokard untuk melawan efek hipoksia/iskemia</p> <p>11) Batasi aktivitas untuk mengurangi terjadinya kelelahan</p>
2.	Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×24 jam diharapkan masalah gangguan pertukaran gas dapat teratasi dengan kriteria hasil:	<p>Pemantauan respirasi</p> <p>Observasi</p> <p>1) Monitor frekuensi, kedalaman, upaya napas</p> <p>2) Monitor bunyi napas tambaha</p> <p>3) Monitor pola napas (seperti</p>	<p>1) Terlihat penggunaan otot bantu untuk bernapas. Pola napas yang tidak teratur mungkin patologis (mis. dispnea, ekspirasi yang lama, periode apnea)</p> <p>2) Mengungkapkan adanya kongesti</p>

Lanjutan Tabel 4.5 Intervensi Keperawatan

alveolus-kapiler	<ol style="list-style-type: none"> 1) Dispnea menurun 2) Bunyi napas tambahan menurun 3) Pusing menurun 4) Napas cuping hidung menurun 5) Takikardia membaik 6) Pola napas membaik 	<ol style="list-style-type: none"> bradipnea, takipnea, hiperventilasi) 4) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) 5) Auskultasi bunyi napas 6) Monitor saturasi oksigen Edukasi 7) Ajarkan teknik batuk efektif Kolaborasi 8) Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu 	<ol style="list-style-type: none"> paru atau kumpulan-kumpulan secret, menunjukkan perlunya intervensi lebih lanjut 3) Terlihat penggunaan otot bantu untuk bernapas. Pola napas yang tidak teratur mungkin patologis (mis. dispnea, ekspirasi yang lama, periode apnea) 4) Produksi sputum berlebihan dapat menyebabkan obstruksi jalan napas 5) Menyatakan adanya kongesti paru atau pengumpulan sekresi menunjukkan kebutuhan untuk intervensi lanjut 6) Mengetahui kebutuhan oksigen dalam tubuh 7) Membantu mengeluarkan sekresi dan mempertahankan potensi jalan napas 8) Meningkatkan ukuran lumen percabangan trakeabronkial sehingga menurunkan tahanan terhadap aliran udara dan menurunkan kekentalan secret
3. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×24 jam diharapkan masalah pola napas tidak efektif	Manajemen jalan napas Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, upaya napas) 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Terlihat penggunaan otot bantu untuk bernapas. Pola napas yang tidak teratur mungkin patologis (mis. dispnea, ekspirasi yang lama,

Lanjutan Tabel 4.5 Intervensi Keperawatan

	hambatan upaya napas	dapat teratasi dengan kriteria hasil : 1) Dispnea menurun 2) Penggunaan otot bantu napas menurun 3) Pemanjangan fase ekspirasi menurun 4) Ortopnea menurun 5) Frekuensi napas membaik 6) Kedalaman napas membaik	2) Monitor bunyi napas tambahan 3) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) 4) Posisikan semi fowler atau fowler 5) Berikan oksigen sesuai indikasi 6) Kolaborasi pemberian nebulizer	periode apnea) 2) Mengungkapkan adanya kongesti paru atau kumpulan-kumpulan secret, menunjukkan perlunya intervensi lebih lanjut 3) Produksi sputum berlebihan dapat menyebabkan obstruksi jalan napas 4) Mengurangi konsumsi oksigen dan memaksimalkan ekspansi paru 5) Meningkatkan oksigen yang tersedia untuk memenuhi kebutuhan miokard untuk melawan efek hipoksia dan iskemia 6) Meningkatkan aliran oksigen dengan mendilatasi jalan napas kecil dan mengeluarkan efek diuretik ringan untuk menurunkan kongesti paru
4	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×24 jam diharapkan masalah nyeri akut dapat teratasi dengan kriteria hasil : 1) Keluhan nyeri menurun 2) Meringis menurun 3) Gelisah menurun 4) Kesulitan tidur	Manajemen nyeri Observasi 1) Identifikasi, lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2) Identifikasi skala nyeri 3) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik	1) Untuk menggambarkan pengalaman nyeri menganalisis manajemen nyeri dan mengevaluasi efektivitas manajemen nyeri 2) Mengetahui skala nyeri secara teratur dan bersamaan dengan tanda-tanda vital lainnya 3) Perawatan yang tepat dan manajemen yang memadai dapat

Lanjutan Tabel 4.5 Intervensi Keperawatan

	menurun		4) Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri	membantu mengurangi morbiditas dan mortalitas pada pasien dengan gagal jantung
	5) Frekuensi nadi membaik		5) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)	4) Mengajarkan teknik napas dalam untuk mengurangi rasa nyeri
			Edukasi	5) Lingkungan yang asing, tingkat kebisingan yang tinggi, pencahayaan, dan aktivitas yang tinggi di lingkungan tersebut dapat memperberat nyeri. Dukungan dari keluarga dan orang terdekat menjadi salah satu faktor penting yang mempengaruhi persepsi nyeri individu.
			6) Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri	
			Kolaborasi	
			7) Kolaborasi pemberian analgetic, jika perlu	
5	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×24 jam diharapkan masalah intoleransi aktivitas dapat teratasi dengan kriteria hasil :	Manajemen energi	1) Penurunan curah jantung dapat mengakibatkan kelelahan, kelelahan dapat diatasi untuk meningkatkan toleransi terhadap aktivitas
		1) Frekuensi nadi meningkat	Observasi	2) Kelelahan fisik dan emosional dapat meningkatkan kerja jantung
		2) Saturasi oksigen meningkat	1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan	3) Nyeri dada dan takikardia menetap berpotensi terjadinya gangguan perfusi jantung yang berhubungan dengan waktu pengisian diastolik memendek, penurunan oksigen ke miokardium dan beban kerja jantung yang meningkat
		3) Keluhan lelah menurun	2) Monitor kelelahan fisik dan emosional	
		4) Tekanan darah membaik	3) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas	
			Terapeutik	
			4) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus	

Lanjutan Tabel 4.5 Intervensi Keperawatan

			(mis.cahaya, suara, kunjungan 5) Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan Edukasi 6) Anjurkan tirah baring 7) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap	4) Stress emosi menghasilkan vasokonstriksi yang meningkatkan kerja jantung 5) Pengubahan posisi sangat penting bagi pasien 6) Tirah baring untuk meringankan beban kerja jantung 7) Pasien harus melakukan aktivitas secara bertahap untuk meningkatkan kekuatan otot pasien
6	Defisit pengetahuan berhubungan dengan ketidakpatuhan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×24 jam diharapkan tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil : 1) Perilaku sesuai anjuran meningkat 2) Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat 3) Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun 4) Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun	1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 3) Berikan kesempatan untuk bertanya 4) Ajarkan perilaku menjaga kesehatan	1) Mengetahui kesian klien dan keluarga dalam menerima informasi 2) Membuat klien dan keluarga mengerti dengan materi yang disampaikan 3) Mengidentifikasi adanya materi yang belum dipahami oleh klien dan keluarga 4) Mengajarkan agar klien dan keluarga menerapkan materi menjaga kesehatan yang sudah diberikan.

5. Implementasi Keperawatan

Tabel 4.6 Implementasi Keperawatan

Hari/ tanggal	No DX	Jam	Implementasi	Evaluasi
Rabu, 17 Juli 2024	1.	07.20	1) Mengidentifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung Hasil : klien megatakan sesak napas, merasa lelah, merasa sesak saat berbaring, merasa sesak napas saat sedang tidur	jam 14.05 S : klien mengatakan masih merasa nyeri pada dada bagian kiri, sesak napas, cepat merasa lelah ketika beraktivitas
		07.50	2) Mengidentifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi: peningkatan berat badan, hepatomegali, distensi vena jugularis, palpitasi, ronchi basah, oliguria, batuk, kulit pucat) Hasil: tidak ada peningkatan berat badan, tidak ada hepatomegaly, tidak ada distensi vena jugularis, ada suara napas ronchi, dan ada batuk)	O : klien tampak lemah, terpasang O2 nasal kanul 3 lpm, terpasang stoper pada tangan kanan, TD: 150/80 mmHg, N: 88×/menit, S: 36°C, RR:22×/menit, SPO2: 95%
		08.00	3) Memonitor tekanan darah, Hasil:152/88 mmHg	A : Masalah penurunan curah jantung belum teratasi
		08.05	4) Memonitor keluhan nyeri dada Hasil : klien mengatakan merasa nyeri pada dada bagian kiri menyebar sampai ke belakang	P : intervensi dilanjutkan

Lanjutan Tabel 4.6 Implementasi Keperawatan

	08.20	5) Memonitor saturasi oksigen Hasil : SPO2 95%	
	08.40	6) Memeriksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum pemberian obat Hasil : TD: 152/88 mmHg, N: 86x/menit	
	10.00	7) Memposisikan pasien semi fowler atau fowler dengan kepala lebih tinggi dengan menggunakan bantal Hasil : pasien tidur dengan posisi setengah duduk dengan kepala lebih tinggi dari kaki, pasien tampak nyaman dengan posisi semi fowler	
	10.30	8) Memberikan diet jantung yang sesuai (mis. batasi asupan kafein, natrium, kolesterol, dan makanan tinggi lemak) Hasil : klien mematuhi anjuran perawat untuk menjauhi larangan	
	11.00	9) Memfasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup sehat Hasil : menjelaskan kepada keluarga dan pasien untuk mengurangi mengkonsumsi makanan yang berminyak dan berlemak	
	12.00	10) memberikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen	

Lanjutan Tabel 4.6 Implementasi Keperawatan

		14.00	<p>Hasil : pasien terpasang O2 nasal kanul 3 Lpm</p> <p>11) menganjurkan beraktivitas fisik secara bertahap</p> <p>Hasil : pasien duduk di atas tempat tidur</p>	
Rabu, 17 Juli 2024	2.	07.20	<p>1) Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, upaya napas). Hasil : pasien tampak sesak napas, napas cepat</p>	<p>jam 14.00</p> <p>S : klien mengatakan masih batuk, batuk ada lendir</p> <p>O : batuk ada lendir, klien tampak lemah, terpasang O2 nasal kanul 3 lpm TD: 150/80 mmHg, N: 88×/menit, S: 36°C, RR:22×/menit, SPO2: 95%</p> <p>A : masalah gangguan pertukaran gas belum teratasi</p> <p>P : intrvensi dilanjutkan</p>
		08.05	<p>2) Memonitor bunyi napas tambahan Hasil: bunyi napas ronchi</p>	
		09.00	<p>3) Memonitor sputum Hasil : ada sputum, berwarna kuning, jumlah sedikit</p>	
		10.00	<p>4) Auskultasi bunyi napas tambahan Hasil : bunyi napas ronchi</p>	
		11.09	<p>5) Memonitor saturasi oksigen Hasil : SPO2 : 95%</p>	
		12.00	<p>6) Mengajarkan teknik batuk efektif Hasil : pasien tampak mengikuti apa yang diajarkan bagaimana cara batuk efektif yang benar</p>	
Rabu, 17 Juli 2024	3.	07.20	<p>1) Memonitor pola napas Hasil : klien tampak sesak napas, napas cepat</p>	<p>jam 14.00</p> <p>S : klien mengatakan masih sesak napas</p>

Lanjutan Tabel 4.6 Implementasi Keperawatan

		08.25	2) Memonitor bunyi napas tambahan Hasil : bunyi napas ronchi	O : klien tampak lemah, terpasang O2 nasal kanul 3 lpm, TD : 150/80 mmHg, N : 88×/menit, S: 36°C, RR:22×/menit, SPO2: 95% A : masalah pola napas tidak efektif belum teratasi P : intervensi dilanjutkan
		10.00	3) Memposisikan pasien semi fowler atau fowler Hasil : pasien tidur dengan posisi setengah duduk dengan kepala lebih tinggi dari kaki, pasien tampak nyaman dengan posisi semi fowler	
		11.05	4) Memberikan oksigen sesuai indikasi Hasil : pasien terpasang O2 nasal kanul 3 lpm	
		11.10	5) Memberikan nebulizer combivet 1 respul Hasil : pasien diberi nebulizer combivet	
Rabu, 17 Juli 2024	4.	07.15	1) Mengidentifikasi lokasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Hasil : klien mengatakan nyeri dada bagian kiri tembus sampai ke belakang, sakit terus menerus, skala sedang 4-6, rasanya seperti ditindih beban berat	jam 14.00 S : klien mengatakan masih merasa nyeri pada dada bagian kiri menyebar sampai ke belakang O : klien tampak meringis, TD: 150/80 mmHg, N: 88×/menit, S: 36°C, RR:22×/menit, SPO2: 95% A : masalah nyeri akut belum teratasi P : intervensi dilanjutkan
		07.45	2) Mengidentifikasi skala nyeri. Hasil : skala nyeri 4-6 (nyeri sedang)	
		08.00	3) Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. Hasil : klien mengatakan nyeri dada pada bagian kiri	

Lanjutan Tabel 4.6 Implementasi Keperawatan

		08.50	4) Teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri dengan cara mengajarkan pasien untuk menarik napas dalam. Hasil : pasien tampak mengikuti apa yang diajarkan bagaimana cara menarik napas dalam untuk mengurangi rasa nyeri	
		09.00	5) Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri. Hasil : membatasi jumlah pengunjung, mengurangi kebisingan	
		12.00	6) Melayani pemberian terapi injeksi obat paracetamol 3×1 gr/IV	
Rabu, 17 Juli 2024	5.	07.00	1) mengobservasi vital sign Hasil : TD : 155/88 mmHg, N : 86×/menit, S : 36,2 °C, RR : 24×/menit, SPO2 : 95%	jam 14.00 S : klien mengatakan masih merasa lemah untuk melakukan aktivitas
		09.00	2) Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan Hasil : klien mengatakan merasa nyeri pada dada bagian kiri	O : klien tampak lemah, TD: 150/80 mmHg, N: 88×/menit, S: 36°C, RR:22×/menit, SPO2: 95%
		10.00	3) Memonitor kelelahan fisik dan emosional Hasil : klien mengatakan tubuh terasa lelah saat beraktivitas	A : masalah intoleransi aktivitas belum teratasi
		11.01	4) Memonitor lokasi dan ketidaknyamana selama melakukan aktivitas. hasil :	P : intervensi dilanjutkan

Lanjutan Tabel 4.6 Implementasi Keperawatan

		12.00	klien mengatakan sulit untuk melakukan aktivitas karena rasa nyeri pada dada kiri dan merasa sesak napas	
		12.30	5) Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, pengunjung) Hasil : membatasi jumlah pengunjung, mengurangi jumlah kebisingan/keributan dan meminta keluarga pasien untuk ngobrol di luar saat pasien istirahat, mematikan lampu dan menutup tirai tempat tidur pasien	
		13.00	6) Memfasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan Hasil : membantu pasien duduk di sisi tempat tidur	
		13.00	7) Menganjurkan tirah baring Hasil : pasien tampak berbaring diatas tempat tidur	
Rabu, 17 Juli 2024	6	07.15	1) Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi. Hasil : klien siap menerima materi yang akan di berikan	jam 13.00 S : klien mengatakan belum memahami tentang materi yang sudah di berikan.
		08.00	2) Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan. Hasil : materi dan	O : klien tampak belum memahami isi materi yang di berikan dan klien

Lanjutan Tabel 4.6 Implementasi Keperawatan

		09.30	media (poster) tentang CHF 3) Memberikan kesempatan untuk bertanya. Hasil : saat klien di beri kesempatan untuk bertanya, tetapi tidak ada pertanyaan, dan saat di suruh jelaskan kembali tentang materi yang disampaikan hasilnya klien bisa mengulang kembali dan paham.	tidak dapat menjelaskan kembali isi materi A : masalah ketidakpatuhan belum teratasi P : intervensi dilanjutkan
		10.00	4) Mengajarkan perilaku menjaga kesehatan. Hasil : klien paham dengan apa yang di ajarkan, seperti menjaga makan, kurangi minyak ketika tumis sayur, jangan terlalu makan makanan yang bersantan dan gorengan-gorengan, perbanyak minum air putih.	

Hari kedua

Tabel 4.6 Implementasi Keperawatan Hari Kedua

Hari/tanggal	No DX	Jam	Implementasi	Evaluasi
Kamis, 18 Juli 2024	1	07.15	1) Mengidentifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung. Hasil : klien mengatakan sesak napas sedikit berkurang, merasa lelah, merasa sesak napas saat berbaring mulai berkurang, merasa sesak napas saat sedang tidur mulai berkurang	jam 14.00 S : klien mengatakan nyeri pada dada bagian kiri mulai berkurang, sesak napas mulai berkurang, merasa lelah ketika beraktivitas O : klien tampak lemah, terpasang O ₂ nasal kanul 3 lpm, terpasang stopper pada tangan kanan, TD : 140/80 mmHg, N : 80×/menit, S : 36,7 °C, RR : 22×/menit, SPO ₂ : 97% A: masalah penurunan curah jantung sebagian teratasi P : intervensi dilanjutkan
		08.00	2) Memonitor tekanan darah Hasil : TD : 141/72 mmHg	
		08.10	3) Memonitor keluhan nyeri dada Hasil : klien mengatakan nyeri pada dada bagian kiri mulai berkurang	
		09.00	4) Memonitor saturasi oksigen. Hasil : SPO ₂ 97%	
		10.00	5) Memonitor tekanan darah dan frekuensi nadi. Hasil : TD : 141/72 mmHg, N : 88×/menit	
		11.00	6) Memposisikan pasien semi fowler dengan kepala lebih tinggi dari kaki atau posisi setengah duduk Hasil : pasien tampak nyaman dengan posisi semi fowler	
		12.00	7) Memberikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen. Hasil : klien terpasang O ₂ nasal kanul 3 lpm	
		13.00	8) Menganjurkan beraktivitas fisik secara bertahap Hasil : pasien dapat berpindah di atas tempat tidur	

Lanjutan Tabel 4.6 Implementasi Keperawatan Hari Kedua

Kamis, 18 Juli 2024	2.	07.15	1) Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, upaya napas. Hasil : sesak napas berkurang	jam 14.15 S : klien mengatakan batuknya mulai berkurang O : klien tampak batuk sesekali, lendir hanya sedikit, TD : 140/80 mmHg, N : 80×/menit, S : 36,7°C, RR : 22×/menit, SPO2:97% A : masalah gangguan pertukaran gas sebagian teratasi P : intervensi dilanjutkan
		08.00	2) Memonitor bunyi napas tambahan. Hasil : suara napas ronchi	
		08.20	3) Memonitor sputum Hasil : ada sputum , jumlah sedikit, berwarna kuning	
		10.00	4) Memonitor saturasi oksigen. Hasil : SPO2 : 95%	
		12.00	5) Mengajarkan teknik batuk efektif. Hasil : klien tampak mengikuti apa yang diajarkan bagaimana cara batuk efektif yang benar	
Kamis, 18 Juli 2024	3.	07.15	1) Memonitor pola napas Hasil : klien mengatakan sesak napas mulai berkurang	Jam 14.00 S : klien mengatakan sesak napas sudah berkurang O : TTV : TD : 140/80 mmHg, N : 80×/menit, S : 36,7°C, RR : 22×/menit, SPO2:97% A : masalah pola napas tidak efektif sebagian teratasi P : intervensi dilanjutkan
		08.00	2) Memonitor bunyi napas tambahan Hasil : bunyi napas ronchi	
		08.50	3) Memonitor sputum Hasi : ada sputum, berwarna kuning, jumlah sedikit	
		10.00	4) Memposisikan semi fowler dengan kepala ditinggikan di tempat tidur Hasil : klien mengatakan setelah di tinggikan posisi tidur kepala lebih tinggi, klien merasa lebih nyaman	
		11.20	5) Memberikan oksigen sesuai indikasi Hasil : terpasang O2 nasal kanul 3 lpm	

Lanjutan Tabel 4.6 Implementasi Keperawatan Hari Kedua

		12.00	6) Memberikan nebulizer combifet 1 respul Hasil : pasien diberi nebulizer combivet	
Kamis, 18 Juli 2024	4	07.15	1) Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Hasil : klien mengatakan nyeri dada bagian kiri sudah mulai berkurang, sakit sesekali, skala nyeri sedang 4-6	jam 14.05 S : klien mengatakan nyeri pada dada bagian kiri sudah berkurang O : meringis berkurang, TD : 140/80 mmHg, N : 80×/menit, S : 36,7°C, RR : 22×/menit, SPO2:97% A : masalah nyeri akut sebagian teratasi P : intervensi dilanjutkan
		08.00	2) Mengidentifikasi skala nyeri Hasil : skala nyeri 4-6 (nyeri sedang)	
		09.00	3) Memberikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri dengan cara mengajarkan pasien untuk menarik napas dalam Hasil : klien tampak mengikuti apa yang diajarkan	
		11.00	4) Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri Hasil : membatasi jumlah pengunjung dan mengurangi kebisingan	
		12.00	5) Melayani pemberian terapi injeksi obat paracetamol 3×1 gr/IV	
Kamis, 18 Juli 2024	5	07.20	1) Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan Hasil : klien mengatakan nyeri pada dada bagian kiri mulai berkurang	jam 14.00 S : klien mengatakan lelah saat beraktivitas berkurang O : aktivitas dilakukan mandiri secara perlahan-lahan, TD : 140/80 mmHg, N : 80×/menit, S : 36,7°C, RR : 22×/menit, SPO2:97%
		07.50	2) Memonitor kelelahan fisik dan emosional Hasil : klien mengatakan tubuh terasa lelah saat beraktivitas	

Lanjutan Tabel 4.6 Implementasi Keperawatan Hari Kedua

		09.00	3) Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara dan pengunjung) Hasil : membatasi jumlah pengunjung dan meminta keluarga pasien untuk tidak mengajak pasien ngobrol saat jam tidur pasien	A : masalah intoleransi aktivitas sebagian teratasi P : intervensi dilanjutkan
		12.00	4) Menganjurkan tirah baring Hasil : pasien lebih banyak berbaring dan melakukan aktivitasnya di atas tempat tidur kecuali BAB dan BAK	
Kamis, 18 Juli 2024	6	07.15	1) Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi. Hasil : klien siap menerima materi yang akan di berikan	jam 13.00 S : klien mengatakan sudah memahami tentang materi yang sudah di berikan. O : klien tampak sudah memahami isi materi yang di berikan dan klien dapat menjelaskan kembali isi materi A : masalah defisit pengetahuan sebagian teratasi P : intervensi dilanjutkan
		08.00	2) Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan. Hasil : materi dan media (poster) tentang CHF	
		09.30	3) Memberikan kesempatan untuk bertanya. Hasil : saat klien di beri kesempatan untuk bertanya, tetapi tidak ada pertanyaan, dan saat di suruh jelaskan kembali tentang materi yang disampaikan hasilnya klien bisa mengulang kembali dan paham.	
		10.00	4) Mengajarkan perilaku menjaga kesehatan. Hasil : kliem paham dengan apa yang di ajarkan, seperti menjaga makan, kurangi minyak ketika tumis sayur, jangan terlalu makan makanan yang bersantan dan gorengan-gorengan, perbanyak minum air putih.	

Lanjutan Table 4.6 Implementasi Keperawatan Hari Ketiga

Hari ketiga

Table 4.6 Implementasi Keperawatan Hari Ketiga

Hari/tanggal	No DX	Jam	Implementasi	Evaluasi
Jumad, 19 Juli 2024	1	07.00	1) Memantau tekanan darah Hasil : TD : 130/70 mmHg, N : 85×/menit, S : 36,5 °C, RR : 20×/menit, SPO2 : 95%	jam 14.00 S : klien mengatakan sudah sudah tidak ada nyeri dada lagi, bisa melakukan aktivitas yang ringan O : merasa lelah ketika melakukan aktivitas mulai berkurang, TD : 130/80 mmHg, N:85×/menit, S : 36,7°C, RR :21×/menit, SPO2 : 96% A : masalah penurunan curah jantung teratasi P : intervensi dihentikan
		08.00	2) Memonitor keluhan nyeri dada Hasil : klien mengatakan nyeri pada dada bagian kiri sudah berkurang	
		09.00	3) Memonitor tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum pemberian obat Hasil : TD : 130/70 mmHg, N : 85×/menit	
		09.05	4) Memonitor saturasi oksigen Hasil : SPO2 : 95%	
		10.00	5) Memposisikan pasien semi fowler dengan mengatur posisi setengah duduk Hasil : pasien mengatakan setelah posisi kepala lebih tinggi, klien merasa napas lebih nyaman	
		12.00	6) Menganjurkan untuk beraktivitas fisik secara bertahap Hasil : pasien mengatakan mulai perlahan berjalan ke toilet secara mandiri	

Lanjutan Table 4.6 Implementasi Keperawatan Hari Ketiga

<p>Jumad, 19 Juli 2024</p>	<p>2.</p>	<p>07.10 08.00 08.20 09.00 10.00</p>	<p>1) Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, upaya napas) Hasil : klien mengatakan tidak sesak napas lagi 2) Memonitor bunyi napas tambahan Hasil : tidak ada bunyi napas tambahan , suara napas normal 3) Memonitor sputum Hasil : sputum tidak ada 4) Mengajarkan teknik batuk efektif Hasil : klien tampak mengikuti apa yang diajarkan bagaimana cara batuk efektif yang benar 5) Memonitor saturasi oksigen Hasil : SPO2 : 95%</p>	<p>jam : 14.00 S : klien mengatakan sudah tidak batuk lagi O :klien tidak batuk lagi, tidak ada bunyi napas tambahan TD : 130/80 mmHg, N:85×/menit, S : 36,7°C, RR :21×/menit, SPO2 : 96% A : masalah gangguan pertukaran gas teratasi P : intervensi dihentikan</p>
<p>Jumad, 19 Juli 2024</p>	<p>3.</p>	<p>07.15 08.00 08.20 10.15</p>	<p>1) Memonitor pola napas Hasil : klien mengatakan tidak sesak napas lagi 2) Memonitor bunyi napas tambahan Hasil : tidak ada bunyi napas tambahan, bunyi napas normal 3) Memonitor sputum Hasil : tidak ada sputum 4) Memposisikan semi fowler dengan meninggikan kepala di tempat tidur Hasil : klien mengatakan setelah ditinggikan posisi kepala di tempat tidur, klien merasa napas lebih nyaman</p>	<p>jam 13.00 S : klien mengatakan sudah tidak merasa sesak napas lagi O : TD : 130/80 mmHg, N:85×/menit, S : 36,7°C, RR :21×/menit, SPO2 : 96% A : masalah pola napas tidak efektif teratasi P : intervensi dihentikan</p>

Lanjutan Table 4.6 Implementasi Keperawatan Hari Ketiga

Jumad, 19 Juli 2024	4	07.10 08.00 09.00 11.00 12.00	<p>1) Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Hasil : klien mengatakan tidak ada nyeri dada lagi pada dada bagian kiri, skala nyeri ringan (1-3)</p> <p>2) Mengidentifikasi skala nyeri Hasil : skala nyeri 1-3 (nyeri ringan)</p> <p>3) Memberikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri dengan cara mengajarkan pasien untuk menarik napas dalam Hasil : klien tampak mengikuti apa yang diajarkan</p> <p>4) Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri Hasil : membatasi jumlah pengunjung, mengurangi kebisingan</p> <p>5) Melayani pemberian terapi injeksi obat paracetamol 3×1 gr/IV</p>	<p>jam 13.00 S : klien mengatakan sudah tidak merasa nyeri pada dada bagian kiri lagi O : klien sudah tidak meringis kesakitan lagi, TD : 130/80 mmHg, N:85×/menit, S : 36,7°C, RR :21×/menit, SPO2 : 96% A : masalah nyeri akut teratasi P : intervensi dihentikan</p>
Jumad, 19 Juli 2024	5	07.30 08.00	<p>1) Memonitor kelelahan fisik dan emosional Hasil : klien mengatakan lelah saat beraktivitas berkurang</p> <p>2) Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. suara, cahaya, pengunjung) Hasil : membatasi jumlah pengunjung</p>	<p>jam 13.00 S : klien mengatakan lelah saat melakukan aktivitas berkurang O : aktivitas dilakukan mandiri secara perlahan-lahan, TD : 130/80 mmHg, N : 85×/menit, S : 36,7°C, RR :21×/menit, SPO2 : 96% A : masalah intoleransi aktivitas teratasi P : intervensi dihentikan</p>

Lanjutan Table 4.6 Implementasi Keperawatan Hari Ketiga

		10.00	dan meminta keluarga pasien untuk tidak mengajak pasien ngobrol saat jam tidur pasien 3) Menganjurkan tirah baring Hasil: pasien lebih banyak berbaring dan melakukan aktivitasnya ditempat tidur kecuali BAB dan BAK	
		11.00	4) Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap Hasil: pasien mengatakan sudah mampu berjalan ke toilet secara mandiri perlahan-lahan	
Jumad, 19 Juli 2024	6	07.15	1) Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi. Hasil : klien siap menerima materi yang akan di berikan	jam 13.00 S : klien mengatakan sudah memahami tentang materi yang sudah di berikan. O : klien tampak sudah memahami isi materi yang di berikan dan klien dapat menjelaskan kembali isi materi A : masalah defisit pengetahuan teratasi P : intervensi dihentikan
	08.00	2) Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan. Hasil : materi dan media (poster) tentang CHF		
	09.30	3) Memberikan kesempatan untuk bertanya. Hasil : saat klien di beri kesempatan untuk bertanya, tetapi tidak ada pertanyaan, dan saat di suruh jelaskan kembali tentang materi yang disampaikan hasilnya klien bisa mengulang kembali dan paham.		

Lanjutan Table 4.6 Implementasi Keperawatan Hari Ketiga

		10.00	4) Mengajarkan perilaku menjaga kesehatan. Hasil : kliem paham dengan apa yang di ajarkan, seperti menjaga makan, kurangi minyak ketika tumis sayur, jangan terlalu makan makanan yang bersantan dan gorengan-gorengan, perbanyak minum air putih.	
--	--	-------	---	--

6. Catatan Perkembangan

Table 4.7 Catatan Perkembangan

Diagnosa Keperawatan	Hari/tanggal	Evaluasi
Penurunan curah jantung	Jumad, 19 Juli 2024	<p>14.20</p> <p>S : klien mengatakan sudah sudah tidak ada nyeri dada lagi, bisa melakukan aktivitas yang ringan</p> <p>O : merasa lelah ketika melakukan aktivitas mulai berkurang</p> <p>A : masalah penurunan curah jantung teratasi</p> <p>P : intervensi dihentikan</p> <p>I : 08.00 memonitor keluhan nyeri dada</p> <p>Hasil : klien mengatakan nyeri pada dada bagian kiri sudah berkurang</p> <p>09.05 memonitor saturasi oksigen</p> <p>Hasil : SPO2 : 95%</p> <p>10.00 memposisikan pasien semi fowler dengan mengatur posisi setengah duduk</p> <p>Hasil : pasien mengatakan setelah posisi kepala lebih tinggi, klien merasa napas lebih nyaman</p> <p>12.00 menganjurkan untuk beraktivitas fisik secara bertahap</p> <p>Hasil : pasien mengatakan mulai perlahan berjalan ke toilet secara mandiri</p> <p>E : klien mengatakan sudah sudah tidak ada nyeri dada lagi, bisa melakukan aktivitas yang ringan, merasa lelah ketika melakukan aktivitas mulai berkurang, masalah penurunan curah jantung teratasi intervensi dihentikan pasien pulang</p>

Lanjutan Table 4.7 Catatan Perkembangan

Gangguan pertukaran gas	Jumad, 19 Juli 2024	<p>14.20 S : klien mengatakan sudah tidak batuk lagi, tidak merasa sesak napas lagi O : klien tidak batuk lagi, tidak ada bunyi napas tambahan A : masalah gangguan pertukaran gas teratasi P : intervensi dihentikan I : 07.10 memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, upaya napas) Hasil : klien mengatakan tidak sesak napas lagi 08.00 memonitor bunyi napas tambahan Hasil : tidak ada bunyi napas tambahan , suara napas normal 08.20 memonitor sputum Hasil : sputum tidak ada 09.00 mengajarkan teknik batuk efektif Hasil : klien tampak mengikuti apa yang diajarkan bagaimana cara batuk efektif yang benar E : klien mengatakan sudah tidak batuk lagi, tidak ada bunyi napas tambahan, tidak sesak napas lagi, masalah gangguan pertukaran gas teratasi, intervensi dihentikan pasien pulang</p>
Pola napas tidak efektif	Jumad, 19 Juli 2024	<p>14.20 S : klien mengatakan sudah tidak merasa sesak napas lagi O : klien tampak lebih nyaman A : masalah pola napas tidak efektif teratasi P : intervensi dihentikan I : 07.15 memonitor pola napas Hasil : klien mengatakan tidak sesak napas lagi 08.00 memonitor bunyi napas tambahan Hasil : tidak ada bunyi napas tambahan, bunyi napas normal 08.20 memonitor sputum</p>

Lanjutan Table 4.7 Catatan Perkembangan

		<p>Hasil : tidak ada sputum</p> <p>10.15 memposisikan semi fowler dengan meninggikan kepala di tempat tidur</p> <p>Hasil : klien mengatakan setelah ditinggikan posisi kepala di tempat tidur, klien merasa napas lebih nyaman</p> <p>E : klien mengatakan tidak sesak napas lagi, tidak ada bunyi napas tambahan, bunyi napas normal, tidak ada sputum, masalah pola napas tidak efektif teratasi, intervensi dihentikan pasien pulang</p>
Nyeri akut	Jumad, 19 Juli 2024	<p>14.20</p> <p>S : klien mengatakan sudah tidak merasa nyeri pada dada bagian kiri lagi</p> <p>O : klien sudah tidak meringis kesakitan lagi</p> <p>A : masalah nyeri akut teratasi</p> <p>P : intervensi dihentikan</p> <p>I : 07.10 mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>Hasil : klien mengatakan tidak ada nyeri dada lagi pada dada bagian kiri, skala nyeri ringan (1-3)</p> <p>09.00 memberikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri dengan cara mengajarkan pasien untuk menarik napas dalam</p> <p>Hasil : klien tampak mengikuti apa yang diajarkan</p> <p>E : klien mengatakan sudah tidak merasa nyeri pada dada bagian kiri lagi, klien sudah tidak meringis kesakitan lagi, skala nyeri ringan (1-3), masalah nyeri akut teratasi, intervensi dihentikan, pasien pulang</p>

Lanjutan Table 4.7 Catatan Perkembangan

Intoleransi aktivitas	Jumad, 19 Juli 2024	<p>14.20</p> <p>S : klien mengatakan lelah saat melakukan aktivitas berkurang</p> <p>O : aktivitas dilakukan mandiri secara perlahan-lahan</p> <p>A : masalah intoleransi aktivitas teratasi</p> <p>P : intervensi dihentikan</p> <p>I : 07.30 memonitor kelelahan fisik dan emosional</p> <p>Hasil : klien mengatakan lelah saat beraktivitas berkurang</p> <p>10.00 Menganjurkan tirah baring</p> <p>Hasil: pasien lebih banyak berbaring dan melakukan aktivitasnya ditempat tidur kecuali BAB dan BAK</p> <p>11.00 Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</p> <p>Hasil: pasien mengatakan sudah mampu berjalan ke toilet secara mandiri perlahan-lahan</p> <p>E : klien mengatakan lelah saat melakukan aktivitas berkurang, aktivitas dilakukan mandiri secara perlahan-lahan, masalah intoleransi aktivitas teratasi, intervensi dihentikan, pasien pulang</p>
Defisit pengetahuan	Jumad, 19 Juli 2024	<p>14.20</p> <p>S : klien mengatakan sudah memahami tentang materi yang sudah di berikan.</p> <p>O : klien tampak sudah memahami isi materi yang di berikan dan klien dapat menjelaskan kembali isi materi</p> <p>A : masalah defisit pengetahuan teratasi</p> <p>P : intervensi dihentikan</p> <p>I : 07.15 identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi.</p> <p>Hasil : klien siap menerima materi yang akan di berikan</p> <p>08.00 Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan.</p> <p>Hasil : materi dan media (poster) tentang CHF</p> <p>10.00 Ajarkan perilaku menjaga kesehatan.</p>

Lanjutan Table 4.7 Catatan Perkembangan

		<p>Hasil : klien paham dengan apa yang di ajarkan, seperti menjaga makan, kurangi minyak ketika tumis sayur, jangan terlalu makan makanan yang bersantan dan gorengan-gorengan, perbanyak minum air putih.</p> <p>E : klien mengatakan sudah memahami tentang materi yang sudah di berikan, klien tampak sudah memahami isi materi yang di berikan dan klien dapat menjelaskan kembali isi materi, masalah defisit pengetahuan teratasi, intervensi dihentikan, pasien pulang</p>
--	--	---

B. Pembahasan

Dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan CHF menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, membuat perencanaan, implementasi dan evaluasi. Dalam pembahasan akan dilihat adanya kesenjangan antara teori dan kasus nyata yang ditemukan pada Ny. N. A. R di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende.

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan pada kasus ini dilakukan pada tanggal 17 Juli 2024 jam 08.30. hasil dari pengkajian tersebut : Pasien berinisial Ny. N. A. R usia 55 tahun, pasien beragama islam, status pasien sudah menikah, pendidikan terakhir SD, pekerjaan ibu rumah tangga. Pasien tinggal di Ndona, masuk rumah sakit pada tanggal 15 Juli 2024 dengan Diagnosa Medis CHF. Penanggung jawab klien Tn. A. S usia 28 tahun, hubungan dengan klien anak, alamat Ndona. Berdasarkan pengkajian pada studi kasus Ny. N. A. R didapatkan klien mengatakan nyeri dada bagian kiri, menyebar sampai ke belakang, sakit terus menerus, rasanya seperti ditindih beban berat, batuk hampir satu minggu, batuk keluar dahak, sulit tidur, merasa lemah dan lelah ketika beraktivitas. Pada teori manifestasi klinis menurut Wijaya dan Putri (2019) yaitu dispneu, batuk, mudah lelah, kegelisahan dan kecemasan, sianosis, edema ekstremitas bawah biasanya edema piting dan penambahan berat badan, hepatomegali, anoreksia dan mual, nokturia (sering kencing pada malam hari), kelemahan. Hal ini

menunjukkan bahwa adanya kesenjangan antara teori dan kasus nyata dimana pada kasus Ny.N.A.R tidak ditemukan sianosis, edema pada ekstermitas biasanya edema pitting dan penambahan berat badan, hepatomegali, anoreksia dan mual. Selain itu pada penelitian kasus yang dilakukan F. N. R (2020) di Ruang Penyakit Dalam Pria Non-Bedah RSUP Dr.M.Djamil Padang sesak napas, nyeri pada dada bagian kiri, hal ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh A. P. W (2022) Di Ruang ICCU RSPAL Dr.Ramanela Surabaya sesak napas, nyeri pada dada bagian kiri, batuk sesekali ada dahak. Hal ini disebabkan karena adanya gangguan pada sistem organ kardiovaskuler pada bagian jantung.

2. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian pada Ny.N. A. R maka dapat dirumuskan beberapa diagnosa keperawatan sesuai dengan tinjauan teori yang muncul pada CHF menurut (PPNI, 2017). CHF mengakibatkan beberapa masalah salah satunya penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung ditandai dengan klien mengatakan nyeri dada sebelah kiri, menyebar sampai ke belakang, rasanya seperti ditindih beban berat, sesak napas, merasa lemah dan cepat lelah ketika melakukan aktivitas, tampak lemah, tampak meringis. Diagnosa kedua gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler ditandai dengan klien mengatakan batuk sudah satu minggu, batuk sesekali dan merasa pusing, batuk ada dahak, suara napas ronchi. Diagnosa ketiga pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas

ditandai dengan klien mengatakan sesak napas , ada retraksi dinding dada, klien tampak sesak napas. Diagnosa keempat nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan klien mengatakan dada sakit sebelah kiri, menyebar sampai ke belakang, sakit terus menerus, skala sedang 4-6, rasanya seperti ditindih beban berat, tampak meringis, tampak lemah. Diagnosa kelima intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan klien mengatakan merasa lemah ketika melakukan aktivitas, sesak napas saat melakukan aktivitas, aktivitas dibantu oleh keluarga seperti mandi, berpakaian, ke toilet dan berpindah tempat, tampak lemah. Diagnosa keenam defisit pengetahuan berhubungan dengan ketidakpatuhan ditandai dengan klien mengatakan jarang untuk memperhatikan kesehatannya dan jarang mengontrol kesehatan di Puskesmas maupun di Rumah Sakit atau fasilitas kesehatan lainnya, obat yang diberikan dari Puskesmas klien tidak mengkonsumsi, klien mengatakan kurang mengerti tentang penyakit CHF, klien tidak mampu menjelaskan tentang penyakit CHF. Menurut PPNI (2016) diagnosa yang muncul pada CHF yaitu : penurunan jurah jantung, perfusi perifer tidak efektif, hipervolemia, intoleransi aktivitas, pola napas tidak efektif, nyeri akut dan gangguan pertukaran gas, namun pada kasus Ny. N. A. R di temukan diagnosa penurunan curah jantung, gangguan pertukaran gas, pola napas tidak efektif, nyeri akut, intoleransi aktivitas dan defisit pengetahuan hal ini di karenakan sesuai dengan batasan karakteristik yang di temukan pada pengkajian. Sedangkan pada diagnosa hipervolemia dan

perfusi perifer tidak efektif, ada di teori dan tidak ada di kasus karena di teori lebih fokus ke masalah utama CHF tanpa adanya masalah lain yang akan timbul.

3. Intervensi Keperawatan

Berdasarkan data diagnosa keperawatan yang telah ditegakkan, pada tahap ini akan membahas tentang kesenjangan antara perencanaan yang dibuat pada kasus dengan teori yang dipakai. Perencanaan yang dipakai pada teori berdasarkan pada SIKI sama seperti yang dibuat pada kasus namun beberapa perencanaan pada teori tidak dilakukan/direncanakan pada kasus.

- a. Pada intervensi penurunan curah jantung intervensi yang tidak dilakukan adalah monitor intake dan output cairan, monitor EKG 12 sedapan, monitor fungsi alat pacu jantung.
- b. Gangguan pertukaran gas intervensi yang tidak dilakukan adalah monitor adanya sumbatan jalan napas, monitor nilai AGD, monitor hasil x-ray toraks
- c. Pola napas tidak efektif intervensi yang tidak dilakukan adalah lakukan fisioterapi dada jika perlu, lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik, lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal.
- d. Nyeri akut intervensi yang tidak dilakukan adalah identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri, anjurkan memonitor nyeri secara mandiri

- e. Intoleransi aktivitas intervensi yang tidak dilakukan monitor pola dan jam tidur, lakukan latihan rentang gerak pasif atau aktif, berikan aktivitas distraksi yang menyenangkan.

4. Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan dilakukan berdasarkan perencanaan yang ada ditunjukkan untuk menurunkan atau mengatasi masalah penurunan curah jantung, pola napas tidak efektif, gangguan pertukaran gas, nyeri akut, intoleransi aktivitas, dan defisit pengetahuan, maka tindakan yang dilakukan yaitu :

- a. Penurunan curah jantung. Mengidentifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung. Mengidentifikasi tanda dan gejala sekunder penurunan curah jantung. Memonitor tekanan darah. Memonitor keluhan nyeri dada. Memonitor saturasi oksigen. Memeriksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum pemberian obat. Memberikan posisi semi fowler atau fowler. Memberikan diet jantung yang sesuai (mis. batasi asupan kafein, natrium, kolesterol, dan makanan tinggi lemak). Memfasilitasi pasien dan keluarga untuk memodifikasi gaya hidup sehat. Mengajarkan beraktivitas fisik secara bertahap.
- b. Gangguan pertukaran gas. Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, upaya napas). Memonitor bunyi napas tambahan. Memonitor sputum. Auskultasi bunyi napas tambahan. Memonitor saturasi oksigen. Mengajarkan teknik batuk efektif

- c. Pola napas tidak efektif. Memonitor pola napas. Memonitor bunyi napas tambahan. Memposisikan pasien semi fowler atau fowler. Memberikan oksigen sesuai indikasi. Memberikan nebulizer combivet.
- d. Nyeri akut. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Mengidentifikasi skala nyeri. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. Memberikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri.
- e. Intoleransi aktivitas. Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan. Memonitor kelelahan fisik dan emosional. Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas. Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, pengunjung). Memfasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan. Menganjurkan tirah baring.
- f. Defisit pengetahuan. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi. Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan. Berikan kesempatan untuk bertanya. Ajarkan perilaku menjaga Kesehatan. Implementasi pada kasus Ny. N. A. R dalam masalah keperawatan penurunan curah jantung, pola napas tidak efektif, gangguan pertukaran gas, nyeri akut, intoleransi aktivitas, dan defisit pengetahuan dapat dijalankan dengan baik karena di dukung oleh sarana dan partisipan keluarga serta petugas kesehatan. Dengan

demikian seluruh intervensi yang direncanakan dapat di implementasikan pada Ny. N. A. R

5. Evaluasi Keperawatan

Menurut Huitzi-Egilegor et al., (2014) dalam Malisa Novi, dkk (2021) evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari proses keperawatan dan merupakan sebuah perbandingan yang terencana dan sistematis antara hasil akhir dan tujuan atau kriteria hasil yang telah dilakukan pada tahap perencanaan. Setelah di laksanakan asuhan keperawatan selama 3 (tiga) hari masalah penurunan curah jantung, gangguan pertukaran gas, pola napas tidak efektif, nyeri akut, intoleransi aktivitas dan defisit pengetahuan dapat teratasi. Langkah selanjutnya diharapkan klien dan keluarga untuk mengikuti semua anjuran dari petugas kesehatan dengan baik dan tujuan untuk mencegah timbulnya Congestive Heart Failure.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan CHF pada Ny. N. A. R di RSUD Ende pada tanggal 17-19 Juli 2024, kemudian membandingkan antar teori dan tinjauan kasus dapat disimpulkan. Berdasarkan pengkajian pada tanggal 17 Juli 2024 didapatkan hasil klien mengatakan nyeri dada sebelah kiri, menyebar samapai ke belakang, sakit terus menerus, rasanya seperti ditindih beban berat, skala sedang 4-6, batuk hampir satu minggu, batuk sesekali, batuk ada dahak, merasa pusing, sesak napas, sulit tidur, cepat lelah dan merasa lemah ketika melakukan aktivitas, aktivitas dibantu oleh keluarga seperti mandi, berpakaian, ke toilet dan berpindah tempat, sesak napas saat melakukan aktivitas, ada retraksi dinding dada, bunyi napas ronchi, pernapasan 24×/menit, terpasang O2 nasal kanul 3 Lpm, terpasang stoper pada tangan kanan, keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, klien mengatakan jarang untuk memperhatikan kesehatannya dan jarang mengontrol kesehatan di Puskesmas maupun di Rumah Sakit atau fasilitas kesehatan lainnya, obat yang diberikan dari Puskesmas klien tidak mengkonsumsi, klien mengatakan kurang mengerti tentang penyakit CHF, klien tidak mampu menjelaskan penyakit CHF. TTV : TD : 152/88 mmHg, N: 86×/menit, S : 36,2°C, RR : 24×/menit, SPO2 : 95%, CRT < 3 detik.

Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada Ny. N.A.R ada enam diagnosa yaitu, penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung, gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler, pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan dan defisit pengetahuan berhubungan dengan ketidakpatuhan

Intervensi keperawatan dirumuskan berdasarkan prioritas masalah dan kondisi pasien pada saat penulis melakukan pengkajian serta kemampuan keluarga bekerja sama dengan penulis, dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien

Implementasi yang dilakukan penulis untuk mengatasi masalah yang dihadapi pasien sesuai dengan intervensi yang sudah direncanakan

Evaluasi yang didapatkan setelah penulis melakukan implemensai dari tanggal 17-19 Juli 2024 yaitu, penurunan curah jantung teratasi, gangguan pertukaran gas teratasi, pola napas tidak efektif teratasi, nyeri akut teatasi, intoleransi aktivitas teratasi dan defisit pengetahuan teratasi.

B. Saran

Dengan dilakukan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan CHF yang telah penulis lakukan. Saran yang dapat diberikan yaitu:

1. Bagi peneliti

Hasil dari studi kasus ini diharapkan dapat menjadikan pengalaman belajar di lapangan dan dapat meningkatkan pengetahuan penulis tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan CHF.

2. Bagi profesi keperawatan

Sebaiknya diupayakan untuk meningkatkan pengetahuan tentang CHF dan prosedur penanganan yang efektif dengan melalui pelatihan dan seminar keperawatan pada pasien dengan CHF dan juga diharapkan perawat dalam melakukan asuhan keperawatan khususnya institusi Pendidikan pada klien CHF untuk lebih mengedepankan asuhan keperawatan dengan pemantauan lebih intensif.

3. Bagi institusi Pendidikan

Diharapkan dapat memberikan kemudahan dalam penggunaan perpustakaan yang menjadi fasilitas bagi mahasiswa untuk mengembangkan ilmu pengetahuan dan keterampilannya dalam menjalani praktik dan pembuatan asuhan keperawatan.

4. Bagi keluarga

Mengajari keluarga klien dengan cara menganjurkan klien untuk melakukan pemeriksaan yang rutin ke fasilitas kesehatan agar mencegah terjadinya CHF.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustin, F. D., nafi'ah R. H., 2021. Asuhan Keperawatan Dengan Congestive Heart Failure Di Igd Rsud Simo Boyolali. (Diploma Thesis, Universitas Kusuma Husada)
- Anggraheni, A. A. (2019). Gambaran Self Care Behaviour Pada Pasien Gagal Jantung. Skripsi. Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Etha, Y. (2022). Makalah Gagal Jantung Kongetif. 1–17. Diakses Dari [http://eprints.undip.ac.id/43854/3/ethayosy k lap.kti bab2.pdf](http://eprints.undip.ac.id/43854/3/ethayosy%20k%20lap.kti%20bab2.pdf)
- Fajriah Nur Rahmadhani (2020). *Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Gagal Jantung Kongestif (Chf) Yang Dirawat Di Rumah Sakit*. Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Jurusan Keperawatan Prodi Diii Keperawatan Samarinda.
- Fajriah Nur Rahmadhani (2020). *Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Gagal Jantung Kongestif (Chf) Yang Dirawat Di Rumah Sakit*. Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Jurusan Keperawatan Prodi Diii Keperawatan Samarinda
- Firly Rahmatiana, & Hertuida Clara. (2020). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn.A Dengan Congestive Heart Failure. *Buletin Kesehatan: Publikasi Ilmiah Bidang Kesehatan*, 3(1), 7–25.
<https://doi.org/10.36971/Keperawatan.V3i1.58>
- Hidayah, N, Et Al. (2020). *Jurnal Ilmiah Keperawatan (Scientific Journal Of Nursing)*, Vol 6, No 1, Tahun 2020.[Diakses 28 Maret 2020]
- Kementerian Kesehatan Ri. (2018). *Laporan Nasional Riskesdas 2018*. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan Ri. (2020). *Penyakit Jantung Penyebab Kematian Terbanyak Ke-2 Di Indonesia*. Retrieved From Rilis Berita Biro Komunikasi Dan Pelayanan Masyarakat Kementerian Kesehatan Ri Website: www.kemkes.go.id/article/view/19093000001/penyakit-jantung-penyebab-kematianterbanyak-ke-2-di-indonesia.html
- Marulam, M. (2019). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam (Vol Ii)*. Jakarta: Interna Publishing.

- Nurhayati, E., & Nuraini. (2009). Gambaran Faktor Resiko Pada Pasien Penyakit Gagal Jantung Kongestif Di Ruang X.A Rsup Dr. Hasan Sadikin Bandung: Jurnal Kesehatan Kartika. Diperoleh Tanggal 30 Mei 2019 Dari <http://stikesayani.ac.id/publikasi/ejournal/files/2012/201208-008.pdf>. [diakses 30 september 2020]
- Nurkhalis, N., & adista, R. J. (2020). Manifestasi Klinis Dan Tatalaksana Gagal Jantung. *Jurnal kedokteran nanggroe medika*, 3(3), 36–46. <https://doi.org/https://doi.org/10.35324/jknamed.v3i3.106> [diakses 10 januari 2020]
- Riskamala G, Keperawatan Ps, Kesehatan Fi, Surakarta Um. Gambaran Self-Efficacy Pada Pasien Gagal Jantung. Universitas Muhammadiyah Surakarta 2020; 2020.
- Savarese, G., Becher, P. M., Lund, L. H., Seferovic, P., Rosano, G. M. C., & Coats, A. J. S. (2022). Global Burden Of Heart Failure: A Comprehensive And Updated Review Of Epidemiology. *Cardiovascular Research*, 1–16. <https://doi.org/10.1093/cvr/cvac013> [diakses 8 februari 2022]
- Who. (2022). Prevention Of Cardiovascular Disease. Who Epidemiologi Sub Region Afrd And Afre . (2010). The World Health Organization Quality Of Life Assesment (Whoqol):Development And General Psychometric Properties. *Soc. Sci. Med Vol. 46, No 12, Pp 1569-1585*. Great Britain [Diakses 17 Maret 2023]
- World Health Organization. (2020) Cardiovascular Diseases[Internet]. 2021 [Cited 2019 Juli23]. Available From: <https://www.who.int/healthtopics/cardiovascular-diseases> [diakses 11 juni 2021]

LAMPIRAN 1

JADWAL STUDI KASUS

JENIS KEGIATAN	TAHUN 2023/2024												
	BULAN												
	Septemb	Oktober	Novemb	Desemb	Januari	Pebruar	Maret	April	Mei	Juni	Juli	Agustus	Septemb
Penyajian Judul Studi Kasus													
Penyusunan Bab I, II, III													
Ujian Proposal													
Revisi Proposal													
Studi Kasus													
Penyusunan Bab IV dan V													
Ujian Studi Kasus													
Revisi Studi Kasus													
Penyerahan Studi Kasus													



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KUPANG**



Direktorat: Jln.Piet A. Tallo Liliba-Kupang, Telp,: (0380) 8800256
Fax (0380) 8800256; Email: poltekeskupang@yahoo.com

ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. N. A. R DENGAN

DIAGNOSA MEDIS CHF DI RUANGAN

PENYAKIT DALAM III RSUD ENDE

Format Pengkajian Asuhan Keperawatan

Pengkajian dilakukan pada tanggal 17 Juli 2024

1. Pengumpulan Data

a. Identitas Pasien

Nama	:	Ny. N. A. R
Umur	:	55 tahun
Agama	:	Islam
Jenis Kelamin	:	Perempuan
Status	:	Menikah
Pendidikan	:	SD
Pekerjaan	:	Ibu Rumah Tangga
Suku Bangsa	:	Ende-Lio
Alamat	:	Ndona
Tanggal Masuk	:	15 Juli 2024
Tanggal Pengkajian	:	17 Juli 2024

No. Register : 029871

Diagnosa Medis : CHF

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Tn. A. S

Umur : 28 tahun

Hub. Dengan pasien : Anak

Pekerjaan : Wiraswasta

Alamat : Ndonga

2. Status Kesehatan

a. Status Kesehatan saat ini

1) Keluhan utama

Klien mengatakan nyeri dada sebelah kiri, menyebar sampai ke belakang, sakit terus menerus, rasanya seperti ditindih beban berat, batuk hampir satu minggu, batuk keluar dahak, sulit tidur, merasa lemah dan lelah ketika beraktivitas

2) Riwayat keluhan utama

Klien mengatakan merasa nyeri di dada bagian kiri, menyebar sampai ke belakang, sakit terus menerus, rasanya seperti ditindih beban berat dan sesak napas dirasakan sejak hari senin tanggal 15 Juli 2024. Pada siang hari, karena rasa sakit di dada bagian kiri dan sesak napas sudah tidak bisa ditahan lagi. Pada

jam 16.00 pasien minta diantar di Instalasi Gawat Darurat (IGD). Setelah mendapat perawatan di IGD, lalu pada jam 23.00 pasien akhirnya dipindahkan ke RPD III untuk melakukan perawatan lebih lanjut.

3) Alasan masuk rumah sakit dan perjalanan penyakit saat ini

Klien mengatakan alasan masuk rumah sakit karena nyeri dada sebelah kiri, menyebar sampai ke belakang, sakit terus menerus, rasanya seperti ditindih beban berat, sesak napas, batuk hampir satu minggu, batuk keluar dahak, sulit tidur, cepat lelah dan merasa lemah.

4) Upaya yang dilakukan untuk mengatasinya

Klien mengatakan ketika di rumah saat merasa sesak langsung dikasih uap untuk mengurangi rasa sesak napas.

b. Status kesehatan masa lalu

1) Penyakit yang pernah dialami

Klien mengatakan ada riwayat penyakit Hipertensi sejak 5 tahun lalu.

2) Pernah dirawat

Klien mengatakan pernah dirawat di RSUD Ende dengan penyakit CHF yakni pada tanggal 2-5 Juni 2024

3) Alergi

Klien mengatakan tidak ada alergi makanan maupun minuman

4) Kebiasaan (merokok, kopi, alkohol dll).

Klien mengatakan dulu sebelum sakit suka minum kopi, suka minum sprite yang dicampur dengan garam dan suka makan makanan yang berminyak dan bersantan.

5) Riwayat penyakit keluarga

Klien mengatakan di dalam keluarganya tidak ada yang mengalami penyakit Hipertensi, Diabetes Melitus, maupun penyakit CHF.

c. Diagnosa medis dan terapi yang didapat sebelumnya

Klien mengatakan pernah didiagnosa penyakit Hipertensi dan CHF.

Terapi yang didapat sebelumnya diberi obat Almodipine.

3. Pola kebutuhan dasar

a. Pola persepsi dan manajemen Kesehatan

Klien mengatakan sebelum sakit jarang untuk memperhatikan kesehatannya dan jarang mengontrol Kesehatan di Puskesmas maupun di Rumah Sakit atau fasilitas Kesehatan lainnya. Obat yang diberikan dari Puskesmas klien tidak mengkonsumsi, klien dan keluarga mengatakan kurang mengerti tentang penyakit CHF, klien dan keluarga tidak mampu menjelaskan penyakit CHF. Saat sakit : klien mengatakan saat ini menderita penyakit CHF setelah diberitahu oleh Dokter, dan apabila klien merasa sakit klien memeriksa kesehatannya di Rumah Sakit.

b. Pola nutrisi metabolik

Sebelum sakit : klien mengatakan makannya teratur yaitu 3 kali sehari dengan porsi makan di habiskan. Menyanya: nasi, sayur (suka sayuran yang ditumis dan bersantan). Lauk : tempe, tahu, ikan goreng, daging ayam,

daging sapi. Klien mengatakan menyukai ubi putih dan roti kukus. Klien minum air putih 5-6 gelas/hari \pm (1000-1500 cc), minum kopi 2 gelas/hari \pm 500 cc. Ketika ada acara atau hajatan sering minum moke karen diajak oleh teman-temanya katanya kalau minum moke bisa mengurangi keram pada kaki. Minuman kesukaan yaitu sprite yang dicampur dengan garam.

Saat sakit : klien mengatakan saat sakit makan 3 kali sehari dengan porsi dihabiskan Ketika di rumah hanya makan nasi, sayur-sayur bening, ikan panggang, telur rebus. Ketika di rumah sakit hanya makan nasi, sayur bening, tempe, tahu telur rebus, dan buah-buahan seperti pisang. Saat sakit klien tidak lagi mengkonsumsi kopi klien hanya minum air putih 5-6 gelas/hari \pm (1000-1500cc)

c. Pola eliminasi

Sebelum sakit : klien mengatakan BAB 1 kali dalam sehari dengan konsistensi padat dan lembek, tidak ada keluhan saat BAB. Klien biasa BAK 4-6 kali dalam sehari, warna kuning tidak ada keluhan saat BAK.

Saat sakit : klien mengatakan sudah 2 hari belum BAB , BAK 3-4 kali dalam sehari, warna kuning, tidak ada keluhan saat BAK.

d. Pola aktivitas dan Latihan

Sebelum sakit : klien mengatakan sebelum sakit klien bisa melakukan aktivitas sendiri (mandi, makan, berpakaian, berpindah tempat dan ketoilet) dan melakukan aktivitas lainnya sebagai ibu rumah tangga (masak, mencuci, menyapu) dan klien juga bekerja sebagai pedagang.

Saat sakit : klien melakukan aktivitas dengan bantuan seperti mandi, berpakaian, ke toilet dan berpindah tempat. Makan dan minum bisa dilakukan sendiri, merasa lemah dan lelah saat banyak melakukan aktivitas, sesak napas saat melakukan aktivitas.

e. Pola kognitif dan persepsi

Sebelum sakit : klien mengatakan penglihatan dan pendengarannya masih berfungsi normal.

Saat sakit : klien mengatakan pendengarannya masih berfungsi normal dan penglihatannya masih jelas.

f. Pola persepsi dan konsep diri

Sebelum sakit : klien mengatakan ingin sembuh dari sakitnya dan klien tidak merasa malu dengan penyakit yang dideritanya.

Saat sakit : saat ini klien sedang sakit dan terbaring lemah di rumah sakit dan klien ingin sembuh dan pulang agar bisa berkumpul dengan keluarganya.

g. Pola tidur dan istirahat

Sebelum sakit : klien mengatakan jarang untuk tidur siang karena masih berdagang di pasar, pada malam hari tidur dari jam 22.00 sampai jam 05.00

Saat sakit : klien mengatakan tidur tidak nyenyak karena sakit di dada bagian kiri dan sesak napas. Malam hari klien tidur dari jam 21.00-05.00, sering terbangun karena merasa BAK. Klien mengatakan tidur siang kurang lebih 1 jam.

h. Pola peran hubungan

Sebelum sakit: klien mengatakan selalu menjalin hubungan baik dengan anak-anak dan keluarga, serta orang-orang di sekitarnya

Saat sakit : klien selalu mendapatkan motivasi dan dukungan dari keluarga agar cepat sembuh dari penyakitnya. Klien dijaga oleh anaknya, menantu dan ponakan.

i. Pola toleransi stres koping

Klien mengatakan ketika merasa stres klien menceritakan kepada keluarganya

j. Pola nilai Kepercayaan

Sebelum sakit : klien mengatakan sebelum sakit rajin untuk sholat

Saat sakit : klien mengatakan saat sakit tidak pernah untuk sholat karena merasa lemah dan cepat lelah

2. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan umum : lemah

Tingkat kesadaran : Compositis GCS: 15 verbal : 5, motorik : 6,
eye: 4

b. Tanda-tanda vital

TD : 152/88 mmHg

N : 86×/menit

S : 36,2 °C

RR : 24×/menit

SPO2 : 95%

c. Keadaan fisik (inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi)

1. Kepala

a. Rambut

Rambut tampak bersih dan hitam, rambut lurus

b. Wajah

Bentuk wajah simetris, klien tampak pucat, wajah tampak bersih, tampak lemah dan meringis.

c. Mata

Bentuk simetris, sklera tidak ikterik, bentuk mata simetris, pengelihatannya masih normal.

d. Hidung

Bentuk simetris, tidak ada sekret, terpasang O₂ nasal kanul 3 Lpm

e. Mulut

Bentuk mulut simetris, berbicara jelas, mukosa bibir kering, gigi masih lengkap, ada karang gigi

f. Telinga

Bentuk telinga simetris, telinga tampak bersih, tidak ada penggunaan alat bantu dengar, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan

2. Leher

Inspeksi : tidak ada pembesaran vena jugularis

Palpasi : tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan

3. Dada

Inspeksi : bentuk dada simetris, ada retraksi dinding dada, pernapasan
24x/menit

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

Perkusi : bunyi napas ronchi.

4. Jantung

Perkusi : bunyi jantung pekak

Auskultasi : irama jantung irreguler

5. Abdomen

Inspeksi : bentuk simetris, tidak ada pembengkakan

Palpasi : tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan Auskultasi : bising
usus 20x/menit

6. Ekstremitas

Inspeksi : jari-jari tangan dan jari-jari kaki lengkap, tidak ada edema
pada ekstremitas atas maupun bawah, terpasang stoper di tangan
kanan, akral hangat, CRT<3 detik, turgo kulit baik

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

d. Pengkajian nyeri

P : klien mengatakan dada sakit sebelah kiri menyebar sampai ke
belakang

Q : nyeri dirasakan seperti ditindih beban berat

R : nyeri pada dada bagian kiri menyebar sampai ke belakang

S : skala 4-6 (nyeri sedang)

T : nyeri dirasakan terus menerus

PENJELASAN SEBELUM PENELITIAN STUDI KASUS

- 1) Saya adalah mahasiswa dari Poltekes Kemenkes Kupang Program Studi D-III Keperawatan Ende, dengan ini meminta Bapak/Ibu/Saudara untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam studi kasus yang berjudul Asuhan Keperawatan Pada Ny. N. A. R Dengan Diagnosa Medis CHF di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende.
- 2) Tujuan dari Studi Kasus ini adalah mahasiswa diharapkan mampu melakukan Asuhan Keperawatan Pada Ny. N. A. R Dengan Diagnosa Medis CHF di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende. Studi Kasus ini berlangsung selama tiga hari.
- 3) Prosedur pelaksanaan berupa Asuhan Keperawatan (pengkajian/pengumpulan data, perumusan diagnosa, penetapan rencana/intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan) yang akan berlangsung kurang lebih 20-30 menit setiap kali pertemuan. Cara ini mungkin menyebutkan ketidaknyamanan tetapi tidak perlu khawatir karena Studi Kasus ini tidak akan menimbulkan masalah kesehatan atau memperburuk status kesehatan Bapak/Saudara.
- 4) Keuntungan yang Bapak/Ibu/Saudara peroleh dari keterlibatan dalam Studi Kasus ini adalah Bapak/Ibu/Saudara mendapatkan pelayanan keperawatan yang lebih baik dan turut terlibat aktif mengikuti perkembangan Asuhan yang diberikan.
- 5) Namun dari jati diri serta seluruh informasi yang Bapak/Ibu/Saudara sampaikan akan selalu dirahasiakan.

- 6) Jika Bapak/Ibu/Saudara membutuhkan informasi terkait dengan studi kasus ini silahkan menghubungi saya pada nomor hp: 081338619748

Peneliti



Maria Anjelina Yulita Wona

Nim: PO5303202210056

INFORMED CONCENT

(Persetujuan Menjadi Partisipan)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapatkan penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai penelitian yang akan dilakukan oleh : Maria Anjelina Yulita Wona, NIM : PO5303202210056 dengan judul : "Asuhan Keperawatan Pada Ny. N. A. R Dengan Diagnosa Medis CHF di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende".

Saya memutuskan setuju untuk ikut partisipasi pada penelitian ini secara sukarela tanpa paksaan. Bila selama penelitian ini saya menginginkan mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan diri sewaktu-waktu, tanpa sanksi apapun.

Ende, 17 Juli 2024

Saksi



Tn. A. S

Yang memberikan persetujuan



Ny. N. A. R

Peneliti








MARIA ANJELINA YULITA WONA
PO5303202210056






LEMBAR KONSUL PROPOSAL DAN KTI

Nama : Maria Anjelina Yulita Wona
NIM : PO.5303202210056
Pembimbing Utama : Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.,Ns., MSc
Pembimbing Pendamping : Martina Bedho, S.ST., M.Kes

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Pembimbing	Paraf Pembimbing
1.	Senin, 07 September 2023	Konsul judul proposal	1) Cari data-data dan masalah dari berbagai sumber mulai dari global sampai dengan kabupaten.	 Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.,Ns., MSc
2.	Rabu, 8 November 2023	Konsul BAB 1	2) Lengkapi latar belakang : defenisi, data, dampak 3) Lengkapi data tempat/lokasi yang akan diteliti 4) Perbaiki cara pengetikan 5) Lanjutkan BAB II dan BAB III serta daftar pustaka	 Dr. Sisilia Leny Cahyani, S. Kep.,Ns.,MSc

3.	Selasa, 28 November 2023	Konsul BAB I, BAB II dan BAB III	<ol style="list-style-type: none"> 1) Perbaiki pengetikan 2) Perbaiki pathway 3) Perbaiki daftar pustaka 4) Tambahkan data RSUD Ende 	 Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.,Ns., MSc
4.	Kamis, 11 Januari 2024	Konsul BAB I, BAB II dan BAB III	<ol style="list-style-type: none"> 1) Perbaiki cover 2) Perbaiki kata pengantar 3) Bahasa latin ditulis miring 4) Perbaiki tujuan 5) Perbaiki di latar belakang 6) Perbaiki di pathway 7) Perbaiki penulisan tabel 	 Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.,Ns., MSc
5.	Kamis, 2 Mei 2024	Konsul BAB I, BAB II dan BAB III	<ol style="list-style-type: none"> 1) Perbaiki pengetikan sesuai buku Dungoes 2) Perbaiki pathway 3) Tambahkan prioritas masalah 4) Daftar pustaka 	 Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.,Ns., MSc

			tambahkan terakhir di akses	
6.	Senin, 6 Mei 2024	Konsul BAB I, BAB II dan BAB III	<ol style="list-style-type: none"> 1) Perbaiki pengetikan di anatomi fisiologi 2) Perbaiki di pengkajian 3) Perbaiki pengetikan di daftar pustaka dan juga yang terdapat di BAB I, BAB II dan BAB III 	 Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.,Ns., MSc
7.	Senin, 13 Mei 2024	Konsul BAB I, BAB II dan BAB III	<ol style="list-style-type: none"> 1) Tambahkan masalah keperawatan di BAB II 2) Perbaiki rasional lihat di buku Dongoes 3) Daftar pustaka tambahkan diakses tanggal berapa untuk yang jurnal 	 Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.,Ns., MSc
8.	Kamis, 13 Mei 2024	Konsul BAB I, BAB II dan BAB III	<ol style="list-style-type: none"> 1) Perbaiki di kata pengantar 2) Perbaiki pengetikan huruf di daftar pustaka 	 Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.,Ns., MSc

9.	Senin, 17 Juni 2024	Konsul BAB I, BAB II dan BAB III	1) ACC proposal siap ujian	↓ Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.,Ns., MSc
10.	Rabu, 24 Juli 2024	Konsul BAB IV	1) Tambahnkan tanggal di riwayat keluhan utama 2) Perbaiki status kesehatan masa lalu 3) Lengkapi data di pola nutrisi, metabolik, pola aktivitas dan latihan, pola peran dan hubungan 4) Perbaiki di pemeriksaan fisik 5) Lengkapi data di tabulasi data, klasifikasi data dan analisa data 6) Tambahkan rasional	↓ Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.,Ns., MSc
11.	Selasa, 30 Juli 2024	Konsul BAB IV	1) Lanjut untuk pengetikan 2) Intervensi di teori	

			maupun kasus. cantumkan rasional	Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.,Ns., MSc
12.	Senin, 19 Agustus 2024	Konsul BAB IV	1) Perbaiki pengetikan 2) Perbaiki bentuk tabel 3) Perbaiki di pembahasan	Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.,Ns., MSc
13.	Senin, 02 September 2024	Konsul BAB I, BAB II, BAB III, BAB IV, dan BAB V	1) ACC KTI dan siap maju ujian	Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.,Ns., MSc

Mengetahui,

Ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang






Aris Wawomeo, M.,Ns,Sp.Kep.Kom
NIP. 196601141991021001




LEMBAR KONSUL REVISI PROPOSAL DAN KTI

Nama : Maria Anjelina Yulita Wona
NIM : PO.5303202210056
Pembimbing Utama : Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.,Ns., MSc
Pembimbing Pendamping : Martina Bedho,S.ST.,M.Kes

No	Hari/ tanggal	Materi	Rekomendasi penguji	Paraf penguji
1.	Selasa, 15 Juni 2024	BAB I dan BAB II	1) Perbaiki latar belakang angka-angka diganti ke persen 2) Perbaiki di manifestasi klinis 3) Perbaiki pengetikan dan penulisan huruf 4) Kata-kata yang disingkat ditulis dengan artinya 5) Datang revisi menggambar sirkulasi	 Martina Bedho,S.ST.,M.Kes

			peredaran darah dan penjelasannya	
2.	Rabu, 03 Juli 2024	BAB I dan BAB II	1) ACC turun ambil kasus	 Martina Bedho, S.ST., M.Kes
3.	Jumad, 06 September 2024	BAB IV	1) Mengapa diagnosa penurunan curah jantung dipermasalahan 2) Apa yang dipahami dari etiologi perubahan membran alveolus- kapiler 3) Tambahkan prioritas masalah 4) Perbaiki pengetikan	 Martina Bedho, S.ST., M.Kes

4.	Kamis, 12 September 2024	BAB IV	1) ACC revisi KTI	 Martina Bedho,S.ST.,M.Kes
----	--------------------------------	--------	-------------------	---

Mengetahui,

Ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



Aris Wawomeo, M.Ns.Sp.Kep.Kom
NIP. 196601141991021001

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Diri

Nama : Maria Anjelina Yulita Wona
Tempat/Tanggal Lahir : Watumeze, 30 Juli 2001
Alamat : Boawae
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Katolik
Nama Ayah : Matheus Taso
Nama Ibu : Frankona Aso

B. Riwayat Pendidikan

SDI Ratongamobo : 2008-2014
SMP Negri 3 Boawae : 2014-2017
SMAS St. Clemens Boawae : 2017-2020
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang,
Program Studi D-III Keperawatan Ende : 2021-2024

“Sesulit Apapun Tantangan Yang Dihadapi, Selalu Ada
Jalan Keluar Untuk Meraih Kesuksesan”