

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Ny. M.A DENGAN  
DIAGNOSA MEDIK *CONGESTIVE HEART FAILURE* (CHF)  
DI RUANGAN PENYAKIT DALAM III DI RUMAH SAKIT  
UMUM DAERAH ENDE**



**OLEH**

**MARIA IVANTRIS JAGA**  
**NIM : PO 530320219940**

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

**2022**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Ny. M.A DENGAN  
DIAGNOSA MEDIK *CONGESTIVE HEART FAILURE* (CHF)  
DI RUANGAN PENYAKIT DALAM III DI RUMAH SAKIT  
UMUM DAERAH ENDE**

**Studi Kasus Ini DiSusun Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk  
Mendapat Gelar Ahli Madya Keperawatan**



**OLEH**

**MARIA IVANTRIS JAGA  
NIM. PO 530320219940**

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

**2022**

## PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Maria Ivantris jaga  
NIM : PO. 530320219 940  
Program Studi : D III Keperawatan Ende  
Judul Karya Tulis : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny. M.A Dengan Diagnosa  
Medis *Congestive Heart Failure*(CHF) di Ruang Penyakit  
Dalam III RSUD Ende

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Studi Kasus yang saya susun ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilan tulisan atau pikiran orang lain. Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa Studi Kasus ini adalah hasil jiplakan maka, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Ende, Juni 2022  
Yang Membuat Persyaratan



Maria Ivantris Jaga  
NIM. PO. 530320219 940

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**STUDI KASUS**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Ny. M.A  
DENGAN DIAGNOSA MEDIK *CONGESTIVE HEART FAILURE* (CHF)  
DI RUANG PENYAKIT DALAM III  
DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ENDE**

Oleh :

**MARIA IVANTRIS JAGA**

**NIM : PO.530320219940**

Karya Tulis Ilmiah ini telah di periksa dan disetujui  
Oleh Pembimbing untuk diujikan

Ende, 21 Juni 2022

**Pembimbing**

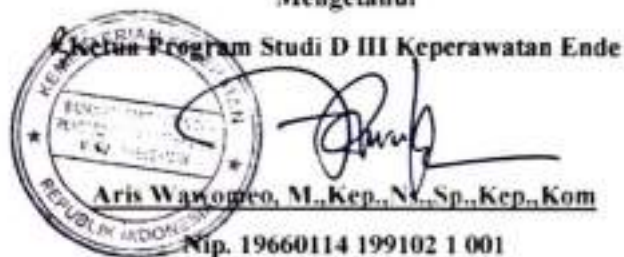


**Maria Salestina Sekunda, SST, M.Kes**

**Nip. 198101242009122001**

**Mengetahui**

**Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende**



**Aris Wayomo, M.Kep., N., Sp.,Kep., Kom**  
**Nip. 19660114 199102 1 001**

**LEMBAR PENGESAHAN**

**STUDI KASUS**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Ny. M.A  
DENGAN DIAGNOSA MEDIK *CONGESTIVE HEART FAILURE* (CHF)  
DI RUANG PENYAKIT DALAM III  
DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ENDE**

**MARIA IVANTRIS JAGA**

NIM : PO.530320219940

Karya Tulis Ilmiah Ini Telah Diujikan dan Dipertanggung Jawabkan  
Pada Tanggal 21 Juni 2022

**Penguji Ketua**



**Yoseph Woge, SST, M. Kes**

NIP. 19580419 198602 1 001

**Penguji Anggota**



**Maria Salestina Sekunda, SST, M. Kes**

NIP. 19810124 200912 2 001

**Mengetahui,**

**↳ Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende**

**Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang**



**Aris Wawampo, M.,Kep.,Ns.,Sp.,Kep.,Kom**

Nip. 19660114 199102 1 001

## **KATA PENGANTAR**

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Allah Yang Maha Kuasa atas berkat dan rahmat-Nyalah sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dalam rangka memenuhi persyaratan ujian Proposal Diploma III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang Jurusan Keperawatan Ende yang berjudul “ Asuhan Keperawatan Pasien Ny. M. A Dengan Gagal Jantung Kongestif (CHF) Yang Di Rawat Di Rumah Sakit”

Pada kesempatan ini, penulis hendak menyampaikan terimakasih kepada semua pihak yang telah memberikan dukungan moril maupun material sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat selesai. Ucapan terimakasih ini penulis tujukan kepada :

1. Ibu R. H. Kristin, SKM.,M.Kes selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Kupang yang telah memberikan kesempatan pada penulis menenmpuh pendidikan Diploma III Keperawatan di Poltekkes Kemenkes Kupang.
2. Bapak Aris Wawomeo, M.Kep.Ns.,Sp.Kep.Kom ketua Program Studi D III Keperawatan Ende yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menempuh pendidikan di Program Studi Keperawatan Ende.
3. Ibu Maria Salestina Sekunda, SST.,M.Kes dosen pembimbing sekaligus penguji Anggota yang telah mengorbankan waktu, tenaga dan pikiran untuk membantu penulis dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini, serta memberikan masukan yang berguna bagi penulis.

4. Bapak Yoseph Woge, SST.M.Kes sebagai ketua dosen penguji yang telah mengorbankan waktu, dan pikiran untuk memberikan masukan yang berguna bagi penulis demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah.
5. Kedua orangtua ku, keluarga, saudara-saudari serta teman-teman semua yang telah membantu secara langsung maupun tidak langsung memberikan masukan kepada penulis.
6. Pasien Ny. A. M bersama keluarga yang telah membantu penulis dalam memberikan data dan bekerjasama dalam melaksanakan tindakan asuhan keperawatan.

Penulis menyadari bahwa penulisan Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu segala kritik dan saran dari pembaca yang bersifat membangun sangat diharapkan penulis guna menyempurnakan Karya Tulis Ilmiah ini.

Ende, Juni 2022

Penulis

## **ABSTRAK**

### **Asuhan Keperawatan Pada Ny. A. M Dengan Diagnosa Congestive Heart Failure Di Wilayah Kerja Kerja RSUD Ende Ruang Penyakit Dalam 3**

Maria Ivantris Jaga<sup>1</sup>

Maria Selestina Sekunda, SST, M. Kes<sup>2</sup>

Congestive Heart Failure (CHF) nerupan keadaan jantung mengalami kegagalan dalam memompah darah untuk mencukupi kebutuhan nutrien, oksigen sel-sel tubuh secara adekuat. Biasanya terjadi pada ventrikel kiri, tetapi juga terjadi pada ventrikel kanan. Tujuan studi kasus menggambarkan pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien Ny. A.M dengan diagnosa medik Congestive Heart Failure. Lokasi dan waktu penelitian dilakukan di Ruang Penyakit Dalam 3 RSUD Ende.

Penelitian ini menggunakan metode studi kasus yang dilakukan pada klien Ny. M.A dengan diagnosa medik Congestive Heart Failure. Lokasi dan waktu penelitian dilakukan di wilayah kerja Ruang Penyakit Dalam 3 RSUD Ende tanggal 20-22 mei 2022.

Hasil studi kasus ditemukan data: sesak napas, klien mengeluh nyeri dada kiri, skla nyeri 4 (nyeri sedang) seperti di tusuk-tusuk, nyeri hilang timbul, durasi nyeri 4-6 menit, wajah, klien mengeluh lemah, mual, sesak napas, pucat, tidak ada penggunaan otot bantu napas, pernapasan takipnea, bunyi napas wezzing, akral dingin, diaforesis, CRT >3 detik. Diagnosa keperawatan yang diangkat adalah gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus kapiler, penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload dan nyeri akut berhubungan dengan iskemi. Setelah dilakukan perawatan dan pengobatan 3x24 jam terhadap klien Ny. M. A di peroleh hasil bawah masalah gangguan pertukaran gas teratasi, masalah penurunan curah jantung sebagian teratasi dan masalah nyeri akut teratasi.

Oleh karena itu sangat diharapkan agar penderita memperhatikan pola hidup sehat dan teatur untuk berobat Congestive Heart Failure (CHF) dan memenuhi segala anjuran yang disampaikan oleh petugas kesehatan.

**Kata kunci : Congestive Heart Failure (CHF)**

**Sumber : 16 (2017-2022)**



## **ABSTRACT**

### **Nursing Care for Mrs. A. M With the Diagnosis of Congestive Heart Failure in the Working Area of Ende Hospital, Internal Medicine Room 3**

**Maria Ivantris Jaga<sup>1</sup>  
Maria Selestina Sekunda, SST, M. Kes<sup>2</sup>**

Congestive Heart Failure (CHF) is a condition where the heart fails to pump blood to adequately meet the needs of nutrients and oxygen to the body's cells. Usually occurs in the left ventricle, but also occurs in the right ventricle. The purpose of this case study is to describe the implementation of nursing care in Mrs. A. M with a medical diagnosis of Congestive Heart Failure. The location and time of the research was conducted in Internal Medicine Room 3 RSUD Ende.

This research uses a case study method conducted on the client of Mrs. A. M with a medical diagnosis of Congestive Heart Failure. The location and time of the research was carried out in the work area of the Internal Medicine Room 3 Ende on 20-22 May 2022.

The results of the case study data: shortness of breath, the client complained of left chest pain, pain 4 scale (moderate pain) as in prickling, intermittent pain, pain duration 4-6 minutes, face, the client complained of weakness, nausea, shortness of breath, pale, no use of accessory muscles of breathing, breathing tachypnea, breath sounds wheezing, cold axilla, diaphoresis, CRT > 3 seconds. The nursing diagnoses raised were gas exchange disorders related to changes in the alveolar capillary membrane, decreased cardiac output related to afterload changes and acute pain related to ischemia. After being treated and treated 3x24 hours for the client, Mrs. A. M obtained the results that the problem of gas exchange disorders was resolved, the problem of decreased cardiac output was partially and the problem of acute pain was resolved.

Therefore, it is highly expected that patients pay attention to a healthy and regular lifestyle for Congestive Heart Failure (CHF) and fulfill all the recommendations given by health workers.

**Keywords : Congestive Heart Failure (CHF).**

**Source : 16 (2017-2022)**

## DAFTAR ISI

	<b>Halaman</b>
HALAMAN JUDUL.....	ii
LEMBARAN PERSETUJUAN.....	iii
LEMBARAN PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL.....	ix
DAFTAR LAMPIRAN.....	x
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	4
C. Tujuan Penulisan.....	5
D. Manfaat Studi Kasus.....	6
BAB II TINJAUAN TEORITIS.....	7
A. Konsep Dasar Medik CHF.....	7
B. Konsep Masalah Keperawatan.....	14
C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan CHF.....	19
BAB III METODE STUDI KASUS.....	42
A. Rancangan/Desain Studi Kasus.....	42
B. Subjek Studi Kasus.....	42
C. Batasan Istilah (Defenisi Operasional).....	43
D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus.....	43
E. Prosedur Studi Kasus.....	43
F. Teknik Pengumpulan Data.....	44
G. Instrumen Pengumpulan Data.....	44
H. Keabsahan Data.....	45
I. Analisa Data.....	45
BAB IV HASIL STUDI KASUS.....	47
A. HASIL.....	47
B. Pembahasan.....	71

BAB V	PENUTUP.....	77
	A. Simpulan.....	77
	B. Saran .....	78

DAFTAR PUSTAKA.....

LAMPIRAN

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Gagal jantung merupakan masalah kesehatan yang progresif dengan angka mortalitas dan morbiditas yang tinggi di Negara maju maupun negara berkembang termasuk Indonesia. Usia pasien gagal jantung jauh lebih muda di bandingkan Eropa dan Amerika disertai dengan tampilan klinis yang lebih berat. Prevelensi dari gagal jantung sendiri semakin meningkat karena pasien yang mengalami kerusakan jantung yang bersifat akut dapat berlanjut menjadi gagal jantung kronik. World Heart Organization (WHO) menggambarkan bahwa meningkatnya jumlah penyakit gagal jantung di Dunia, termasuk Asia diakibatkan oleh meningkatnya angka perokok, tingkat obesitas, dislipidemia, dan diabetes. Angka kejadian gagal jantung meningkat juga seiring bertambahnya usia. Menurut studi yang dilakukan oleh Framingham, insiden tahunan pada laki-laki dengan gagal jantung (per 1000 kejadian) meningkat pada usia 50-59 tahun menjadi 27 pada usia 80-89 tahun, sementara wanita memiliki insiden gagal jantung yang relatif lebih rendah di bandingkan pada laki-laki (dr. Nani Hersunarto, et al 2020).

Data menurut World Heart Organization menunjukkan bahwa prevelensi gagal jantung pada tahun 2013 di Amerika Serikat kurang lebih sebanyak 550.000 kasus pertahun. American Heart Association (AHA) menunjukkan data di Amerika Serikat sebanyak 375.000 orang pertahun meninggal dunia akibat penyakit gagal jantung. Penyakit ini

termasuk 10 penyakit tidak menular, di Indonesia di Perkirakan sebanyak 229,696 atau 0,13% orang menderita gagal jantung (Kristinawati dan Khasanah,2019). Menurut data dari riset kesehatan dasar (RISKESDAS) Kementrian Kesehatan Indonesia pada tahun 2018, pravalensi penderita penyakit gagal jantung di perkirakan sebesar 1,5% atau sekitar 1.017.290 orang, sedangkan berdasarkan diagnosa dokter di provinsi Sumatra Utara dengan penduduk laki-laki sebanyak 1,3% dan penduduk perempuan sebanyak 1,6% atau di perkirakan 41.596 orang (Kemenkes RI, 2018). Menurut data pasien Rumah Sakit dr.zainoel Abidin Banda Aceh pada januari-desember 2020, terdapat 3,326 pasien yang menderita gagal jantung. Berdasarkan diagnosis dokter, estimasi jumlah penderita penyakit gagal jantung kongestive No.1 terdapat di Provinsi Kalimantan Utara sebanyak 6.6000 orang (2,2%). Sedangkan Provinsi Nusa Tenggara Timur jumlah penderita gagal jantung kongestive yang paling sedikit yaitu sebanyak 2.100 orang (0,7%) (Depkes RI,2018). Data rekam medik yang di peroleh Rumah Sakit Umum Daerah Ende diketahui bahwa pada tahun 2019 sebanyak 26 kasus 7 diantaranya meninggal dunia, 2020 sebanyak 88 kasus 6 diantaranya meninggal dunia dan pada januari-januari 2022 sebanyak 31 kasus, 9 diantaranya laki-laki dan 22 diantaranya perempuan, jumlah kematian sebanyak 3 orang (Profil RSUD ENDE,2022).

Congestive Heart Failure (CHF) merupakan keadaan jantung mengalami kegagalan dalam memompa darah untuk mencukupi

kebutuhan nutrien, oksigen sel-sel tubuh secara adekuat. Biasanya terjadi pada ventrikel kiri, tetapi juga dapat terjadi pada ventrikel kanan (Udjianti dalam Yunita Amalia et al, 2020). Congestive Heart Failure (CHF) menimbulkan berbagai gejala klinis diantaranya; dispnea, ortopnea, pernapasan Cheyne-Strokes, Paroxysmal Nocturnal Dyspnea (PND), ansietas, pitting edema, berat badan meningkat dan gejala yang paling sering di jumpai adalah sesak napas pada malam hari, yang mungkin tiba-tiba dan menyebabkan penderita terbangun (Ismoyonowati W. Tri,2021). Pada pasien Congestive Heart Failure (CHF) akan menimbulkan masalah keperawatan aktual maupun resiko yang berdampak pada penyimpangan kebutuhan dasar manusia seperti penurunan curah jantung, gangguan pertukaran gas, pola napas tidak efektif, perfusi perifer tidak efektif, intoleransi aktifitas, hipovolemia, nyeri, ansietas, defisit nutrisi dan gangguan integritas kulit (Samsi dalam Alfiani Tina,2021).

Congestive Heart Failure (CHF) mengakibatkan kegagalan fungsi pulmonal sehingga terjadi penimbunan cairan di alveoli, hal ini menyebabkan jantung tidak dapat berfungsi dengan maksimal dalam memompah darah. Apabila Congestive Heart Failure (CHF) tidak segera ditangani dapat muncul masalah lain diantaranya: edema paru, syok kardiogenik, efusi perkardial dan tamponade jantung (Ismoyono W. Tri,2021). Pasien Congestive Heart Failure (CHF) harus segera melakukan pencegahan dini terhadap penyakit yang sedang dialami. Langkah yang dapat dilakukan penderita Congestive Heart Failure (CHF)

adalah menunda timbulnya serangan berulang yang dapat terjadi kapan saja. Salah satu cara yang dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya komplikasi yaitu dengan menerapkan pola hidup yang baik dan sehat agar dapat mencegah dan menekan angka terjadinya penyakit Congestive Heart Failure (CHF) pencegahan yang dapat dilakukan seperti mengatur jadwal aktifitas atau latihan sehari-hari, melakukan diet rendah garam, lemak atau diet untuk menurunkan berat badan, program penghentian merokok, dan pengobatan dini terhadap infeksi (Welly dalam Yunita Amalia,2020).

Pasien gagal jantung dalam melakukan aktifitas sehari-hari akan mengalami keterbatasan sehingga pasien menjadi sangat rentan mengalami stres, depresi, cemas dan sulit mengendalikan emosi sendiri (Nursita Hemi,2020). Pasien gagal jantung sering mengalami rawat inap ulang di Rumah Sakit akibat adanya kekambuhan. Kekambuhan dapat terjadi akibat pasien tidak memenuhi terapi yang dianjurkan, misalnya melanggar pembatasan diet, melakukan aktifitas fisik yang berlebihan dan tidak dapat mengenali gejala kekambuhan. Hal ini dikarenakan oleh dukungan sosial yang kurang serta ketidakpatuhan pasien maupun keluarga (Blacak & Hawks dalam Yunita Amalia,2020).

Berdasarkan latar belakang diatas dan sehubungan dengan prevalensi kejadian Congestive Heart Failure (CHF) masih tinggi serta masih adanya resiko seperti dampak kematian yang ditimbulkan akibat Congestive Heart Failure (CHF) maka penulis tertarik untuk mengangkat masalah tersebut dalam sebuah Karya Tulis ilmiah yang

berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pada Pasien dengan Congestive Heart Faiulure (CHF)”

## B. Rumusan Masalah

Adapun rumusan masalah yang terdapat dalam penulisan proposal karya tulis ilmiah ini adalah “Bagaimana gambaran asuhan keperawatan pada Pasien NY. A. M dengan diagnosa medis *Congestive Heart Failure* (CHF)” di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende.

## C. Tujuan

### 1. Tujuan umum

Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien Ny. A. M dengan diagnosa medis *Congestive Heart Failure* (CHF) dengan menggunakan pendekatan proses asuhan keperawatan yang disusun secara sistematis dan kompherensif.

### 2. Tujuan khusus

Tujuan khusus penulisan ini agar mahasiswa dapat :

- a. Menggambarkan pelaksanaan pengkajian pada pasien Ny. A.M dengan diganosa medis *Congestive Heart Failure*
- b. Merumuskan diagnosa keperawatan pada Ny. A.M dengan diganosa medis *Congestive Heart Failure*
- c. Menyusun rencanaan keperawatan pada pasien Ny. A.M dengan diganosa medis *Congestive Heart Failure*
- d. Melaksanakan Implementasi keperawatan pada pasien Ny. A.M dengan diganosa medis *Congestive Heart Failure*



- e. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien Ny. A.M dengan diganosa medis *Congestive Heart Failure*
- f. Menganalisis kesenjangan antara teori dan kasus pasien Ny. A.M dengan diganosa medis *Congestive Heart Failure*

**D. Manfaat**

1. Peneliti

Sebagai bahan acuan untuk menambah pengetahuan, memperluas wawasan, dan pemahaman penulis tentang Congestive Heart Failure (CHF)

2. Rumah Sakit

Sebagai masukan bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan dengan diagnosa medis Congestive Heart Failure (CHF).

3. Pelayanan kesehatan

Sebagai sumber informasi atau bahan masukan bagi institusi terkait di wilayah Nusa Tenggara Timur dan menentukan kebijakan terhadap penegahan dan penanganan terhadap kejadian Congestive Heart Failure

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### A. Konsep Dasar Medis

##### 1. Definisi

Congestive Heart Failure (CHF) adalah ketidak-mampuan jantung untuk memompah darah dalam memenuhi kebutuhan jaringan akan oksigen dan nutrisi, akibatnya menimbulkan berbagai gejala klinis yaitu nyeri dada (Ismoyowati W. Tri, et al 2021). Congestive Heart Failure (CHF) keadaan jantung mengalami kegagalan dalam memompah darah untuk menakupi kebutuhan nutrien dan oksigen sel-sel tubuh dan biasanya terjadi pada ventrikel jika tidak ditangani dengan tepat akan menimbulkan komplikasi akibat kurangnya pengetahuan tentang penegahan (Amalia Yunita,2020).

Congestive Heart Failure adalah suatu keadaan dimana jantung tidak mampu memompah darah secara normal sehingga menyebabkan tekanan balik vena terganggu hingga menimbulkan edema (Yeni E. Astuti et al 2018). Berdasarkan beberapa definisi diatas penulis dapat menyimpulkan bahwa Congestive Heart Failure merupakan suatu keadaan dimana jantung tidak dapat memompah darah keseluruh tubuh sehingga kebutuhan metabolik dalam tubuh tidak tercukupi.

## 2. Patofisiologi

Terjadinya gagal jantung diawali dengan adanya kerusakan pada jantung atau miokardium. Hal tersebut akan menyebabkan menurunnya curah jantung bila curah jantung tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme maka jantung akan memberikan respon mekanisme kompensasi untuk mempertahankan fungsi jantung agar tetap dapat memompah darah secara adekuat. Bila mekanisme tersebut telah digunakan secara maksimal dan curah jantung normal tetap tidak terpenuhi, maka setelah itu timbul gejala gagal jantung. Terdapat tiga mekanisme primer yang dapat dilihat dalam respon kompensatorik, yaitu meningkatnya aktifitas adrenergik simpatis, meningkatnya beban awal akibat aktifitas sistem renin angiotensin Aldosteron (RAAS) dan hipertrofi ventrikel. Menurunnya volume sekuncup pada gagal jantung akan membangkitkan respon simpatis kompensatorik, hal ini akan merangsang pengeluaran katekolamin dari saraf-saraf adrenergik jantung dan medula adrenal. Denyut jantung dan kekuatan kontraksi akan meningkat untuk menambah curah jantung. Selain itu juga terjadi vasokonstriksi arteri perifer untuk menstabilkan tekanan arteri dan redistribusi volume darah untuk mengutamakan perfusi ke organ vital seperti jantung dan otak.

Aktivitas renin angiotensin aldosteron akan menyebabkan retensi natrium dan air oleh ginjal meningkatkan volume ventrikel

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

### 3. Etiologi

Secara umum penyebab gagal jantung kongestive dikelompokkan menjadi sebagai berikut (Aspania dalam Rahmadani N. Fasriah, 2020) :

- a. Disfungsi miokard
- b. Beban tekanan berlebihan-pembebanan sistolik (sistolik overload)
  - Defek septum atrial, defek septum ventrikel, duktus arteriosus paten

- Tekanan : stenosis aorta, stensis pulmonal.  
Koarktasi aorta
  - Disaritmia
- c. Beban volume berlebihan-pembedahan diastolik (diastolik overload)
- d. Peningkatan kebutuhan metabolik (demand overload).

Menurut (Smelzer dalam Rahmadani N. Fasriah, 2020) gagal jantung disebabkan dengan berbagai keadaan seperti :

1. Kelainan otot jantung

Gagal jantung sering terjadi pada penderita kelainan otot jantung disebabkan menurunnya kontraktilitas jantung. Kondisi yang mendasari penyebab kelainan fungsi otot jantung menakupi arteriosklerosis koroner, hipertensi arterial dan penyakit degeneratif atau inflamasi misalnya kardiomiopati, peradangan dan penyakit miokardium degeneratif berhubungan dengan gagal jantung karena kondisi ini seara lansung merusak serabut jantung, menyebabkan kontraktilitas menurun.

2. Arterosklerosis arteri

Arterosklerosis arteri koroner mengakibatkan disfungsi miokardium karena terganggunya alairan darah otot jantung. Terjadi hipoksia dan asidosis (akibat penumpukan asam laktat). Infrak miokardium (kematian sel jantung)biasanya mendahului terjadinya gagal jantung. Infrak miokardium menyebabkan

pengurangan kontaktilitas menimbulkan gerakan dinding yang abnormal dan mengubah daya kembang ruang jantung.

### 3. Penyakit jantung lain

Terjadi akibat penyakit jantung yang sebenarnya yang serara langsung mempengaruhi jantung. Mekanisme biasanya terlibat mencakupi gangguan aliran darah yang masuk ke jantung (stenosis katub semiluner), ketidak-mampuan jantung untuk mengisi darah, peningkatan mendadak afterload, regurgitasi mitral dan aorta menyebabkan kelebihan beban volume (peningkatan afterload) sedangkan stenosis aorta menyebabkan beban tekanan (afterload).

### 4. Hipertensi sistemik atau pulmonal (peningktan afterload)

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

### 5. Faktor sistemik

Terdapat sejumlah faktor yang berperan dalam perkembangan dan beratnya gagal jantung, meningkatkan laju metabolisme (misalnya demam, tirotoksikosis). Hipoksis dan anemia juga dapat menurunkan suplai oksigen ke jantung. Asidosis respiratorik atau

metabolik dan abnormalitas elektronik dapat menurunkan kontraktilitas jantung.

#### 4. Penatalaksanaan

Dasar penatalaksanaan pasien dengan Congestive Heart Failure (CHF) adalah :

1. Dukung istirahat untuk mengurangi beban kerja jantung
2. Meningkatkan kekuatan dan efisiensi kontraksi jantung dengan bahan-bahan farmakologis
3. Menghilangkan penimbunan cairan tubuh berlebihan dengan terapi diuretik, diet dan istirahat (Mansjoer & Triyanti dalam Minartin,2018).

Terapi farmakologi :

1. Diuretik (diuretik tiazid dan loop diuretik)

Mengurangi kongestif pulmonal dan edema perifer, mengurangi gejala volume berlebihan seperti ortopnea dan dispnea nokturnal peroksimal. Menurunkan volume plasma selanjutnya menurunkan preload untuk mengurangi beban kerja jantung dan kebutuhan oksigen dan juga menurunkan afterload agar tekanan darah menurun.

2. Antagonis aldosteron

Menurunkan mortalitas pasien dengan gagal jantung sedang sampai berat. Obat inotropik. Meningkatkan kontraksi otot jantung dan curah jantung.

### 3. Glikosida digitalis

Meningkatkan kekuatan kontraksi otot jantung menyebabkan penurunan volume distribusi.

### 4. Vasodilator (catropil, isosorbit dinitrat)

Mengurangi preload dan afterload yang berlebihan, dilatasi pembuluh darah vena menyebabkan berkurangnya preload jantung dengan meningkatkan kapasitas vena.

### 5. Inhibitor ACE

Mengurangi kadar angiotensin II dalam sirkulasi dan mengurangi sekresi aldosteron sehingga menyebabkan penurunan sekresi natrium dan air. Inhibitor ini juga menurunkan retensi vaskuler vena dan tekanan darah yang menyebabkan peningkatan curah jantung

Terapi non farmakologi : penderita dianjurkan untuk membatasi aktivitas sesuai beratnya keluhan seperti : diet rendah garam, mengurangi berat badan, mengurangi lemak, mengurangi stres psikis, menghindari rokok, olahraga teratur (Minartin Deni, 2018).

## B. Konsep masalah keperawatan

Pada pasien gagal jantung kongestif akan menimbulkan berbagai masalah keperawatan aktual maupun resiko yang berdampak pada penyimpangan kebutuhan dasar manusia seperti (Samsi dalam Alfiani, 2021) :



a. Penurunan curah jantung

Penurunan curah jantung adalah ketidakkuatan jantung memompah darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh (SDKI, 2017). Pada pasien gagal jantung dengan penurunan curah jantung terjadi karena pada jantung ventrikel kiri tidak mampu memompah darah yang datang dari paru-paru sehingga terjadi peningkatan tekanan dalam sirkulasi paru yang menyebabkan cairan terdorong dalam ke jaringan paru. Penurunan curah jantung ditegakkan sebagai diagnosa pertama karena penurunan curah jantung akan mengganggu sistem vaskularisasi darah, menyebabkan sel jaringan mengalami kekurangan suplai oksigen maupun nutrien menyebabkan perubahan membran kapiler alveolar, edema, peningkatan tekanan vena (Waladani Barkah 2019). Penyebab penurun curah jantung antara lain: Perubahan irama jantung, perubahan frekuensi jantung, perubahan kontraktilitas, perubahan preloada, perubahan afterload. Adapun tanda dan gejala dari penurunan curah jantung adalah (SDKI, 2017) :

Gejala dan tanda mayor :

Kriteria mayor :

- 1) Subjektif : palpitasi, lelah, dispnea, paroxysmal nocturnal dyspnea, ortopnea, batuk

2) Objektif : bradikardi/takikardi, gambaran EKG aritmia atau gangguan konduksi, edema, distensi vena jugularis, central venous pressure meningkat/menurun, hepatomegali, tekanan darah meningkat/menurun, nadi perifer teraba lemah, CRT >3 detik, oliguria, warna kulit pucat atau sianosis, terdengar suara jantung S3 dan atau S4, ejection fraction (EF) menurun.

Kriteria minor :

1) Subjektif : -

2) Objektif : murmur jantung, berat badan bertambah, pulmonary artery wedge pressure menurun, pulmonary vascular resistance meningkat/menurun, cardiac index menurun, left ventricular stroke work index menurun, stroke volume index menurun.

Kondisi klinis terkait : gagal jantung kongestif, sindrom koroner akut, stenosis mitral, regurgitasi mitral, stenosis aorta, regurgitasi aorta, stenosis trikuspidal, regurgitasi trikuspidal, stenosis pulmonal, regurgitasi pulmonal, aritmia, penyakit jantung bawaan.

b. Gangguan pertukaran gas

Gangguan pertukaran gas adalah kelebihan atau kekurangan oksigen dan/atau eliminasi karbondioksida pada membran alveolus-kapiler (SDKI, 2017). Penyebab dari gangguan pertukaran gas adalah ketidakseimbangan ventilasi-perfusi, perubahan membran alveolus-kapiler. Adapun tanda dan gejala

Kriteria mayor :

- 1) Subjektif : dispnea
- 2) Objektif :  $PCO_2$  meningkat/menurun,  $PO_2$  menurun, takikardi, PH arteri meningkat/menurun, bunyi napas tambahan

Kriteria minor :

- 1) Subjektif : pusing, pengelihatan kabur
- 2) Objektif : sianosis diaforesis, gelisah, napas cuping hidung, pola napas abnormal, warna kulit abnormal, kesadaran menurun.

Kondisi klinis terkait : PPOK, gagal jantung kongestif, asma, pneumonia, tuberkulosis paru, penyakit membran hialin, asfiksia, persistent pulmonary hypertension of newborn (PPHN), prematuritas, infeksi saluran napas.

c. Perfusi perifer tidak efektif

Perfusi perifer tidak efektif adalah penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh. Penyebabnya adalah hiperglikemia, penurunan konsentrasi hemoglobin, peningkatan tekanan darah, kekurangan volume cairan, penurunan aliran arteri dan atau vena, kurang terpapar informasi tentang faktor pemberat, gaya hidup monoton, trauma, obesitas, asupan garam, imobilitas, kurang terpapar informasi tentang proses penyakit, kurang aktivitas. Adapun tanda dan gejala :

Kriteria mayor :

1) Subjektif : -

2) Objektif : pengisian kapiler >3 detik, nadi perifer menurun atau tidak teraba, akral teraba dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun

Kriteria minor

1) Subjektif : parastesia, nyeri ekstremitas (klaudikasi intermiten).

2) Objektif : edema, penyembuhan luka lambat, indeks ankle-brachial <0,90, bruit femoral.

Kondisi klinis terkait: gagal jantung kongestif, diabetes melitus, anemia, kelainan jantung kongenital, varises, tromboflebitis.

d. Intoleransi aktifitas

Intoleransi aktifitas adalah ketidakcukupan energi untuk melakukan aktifitas sehari-hari (SDKI, 2017). Penyebabnya adalah ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, tirah baring, kelemahan, imobilitas, gaya hidup monoton. Adapun tanda dan gejala :

Kriteria mayor :

1) Subjektif : mengeluh lelah

2) Objektif : frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat.

Kriteria minor :

1) Subjektif : dispnea saat /setelah aktivitas, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas, merasa lemah

2) Objektif : tekanan darah berubah > 20% dari kondisi istirahat, gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas, gambaran EKG menunjukkan iskemia, sianosis.

Kondisi klinis terkait : anemia, gagal jantung kongestif, penyakit jantung koroner, penyakit katub jantung, aritmia, PPOK, gangguan metabolik, gangguan muskuloskeletal.

e. Hipervolemia

Hipervolemia adalah peningkatan volume cairan intravaskuler, interstisial, dan/atau intraseluler. Penyebab dari hipervolemia antara lain gangguan mekanisme regulasi, kelebihan asupan cairan, kelebihan asupan natrium, gangguan aliran balik vena, efek agen farmakologis

Kriteria mayor :

- 1) Subjektif : ortopnea, dispnea, paroxysmal nocturnal dydpnea (PND)
- 2) Objektif : edema anasarka dan/atau edema perifer, berat badan meningkat dalam waktu singkat, jugular venous pressure dan/atau cenral venous pressure meningkat, refleks hepatojugular psotif.

Kriteria minor :

1) Subjektif : -

2) Objektif : distensi vena jugularis, terdengar suara napas tambahan, hepatomegali, kadar Hb/Ht turun, oliguria, intake lebih banyak dari output, kongesti paru.

Kondisi klinis terkait : penyakit ginjal, gagal jantung kongestif, hipoalbuminea, kelainan hormon, penyakit hati, penyakit vena perifer, imobilitas.

### C. Konsep Asuhan Keperawatan

#### 1. Pengkajian

##### a. Pengumpulan data

##### a) Identitas :

##### 1) Identitas pasien :

Nama, umur, tempat tanggal lahir, jenis kelamin, alamat, pekerjaan, suku/bangsa, agama, status perkawinan, tanggal masuk rumah sakit (MRS), nomor register, dan data diagnose medis.

##### 2) Identitas penanggung jawab

Meliputi : nama, umur, jenis kelamin, alamat,, pekerjaan, serta status hubungan dengan pasien.

##### b) Keluhan utama

Pasien dengan gagal jantung kongestif biasanya datang dengan sesak napas saat bekerja, dispnea nocturnal paroksimal,

ortopnea, lelah, pusing, nyeri dada, edema ekstermitas bawah, nafsu makan menurun, nausea, distensi abdomen, urine menurun.

c) Riwayat penyakit sekarang

Pengkajian yang mendukung keluhan utama dengan memberikan pertanyaan tentang kronologi keluhan utama. Pengkajian yang didapat dengan gejala-gejala kongesti vaskuler pulmonal, yakni munculnya dyspnea, ortopnea, batuk, dan edema pulmonal akut. Tanyakan juga gejala-gejala lain yang mengganggu pasien.

d) Riwayat penyakit dahulu

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

e) Riwayat penyakit keluarga

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

f) Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

Kesadaran pasien dengan CHF biasanya baik atau kompos mentis (GCS 14-15) dan akan berubah sesuai tingkat gangguan perfusi sistem saraf pusat.

2) Mata

Pada pasien dengan CHF biasanya di temukan mata anemis, sclera biasanya tidak ikterik, papebra biasanya bengkak.

3) Hidung

Biasanya pasien dengan CHF bernapas dengan cuping hidung serta hidung sianosis.

4) Mulut

Biasanya pasien dengan CHF bibirnya terlihat pucat

5) Wajah

Biasanya pasien dengan CHF terlihat lelah dan pucat

6) Leher

Biasanya terjadi pembengkakan pada vena jugularis (JVP).

7) Sistem pernapasan

Pada pasien dengan CHF biasanya ditemukan dyspnea saat beraktivitas atau tidur sambil duduk atau dengan beberapa bantal, batuk dengan atau tanpa sputum, penggunaan bantuan pernapasan misalnya oksigen atau medikasi,



pernapasan takipnea, napas dangkal, pernapasan laboral, penggunaan otot aksesoris, sputum mungkin bercampur darah, merah mudah/berbuih, edema pulmonal, bunyi nafas krakkels banner dan mengi (wijaya & yessi dalam wulandari yani,2017).

#### 8) Jantung

Biasanya pada pasien dengan CHF ditemukan data sebagai berikut : adanya jaringan parut pada dada, bunyi jantung tambahan (ditemukan jika penyebab CHF kelainan katup), batasan jantung mengalami pergeseran yang menunjukkan adanya hipertrofi jantung (Kardiomegali), adanya bunyi jantung S3 atau S4, takikardi

#### 9) Abdomen

Biasanya di temukan adanya hepatomegali, adanya splenomegaly, adanya asites.

#### 10) Eliminasi

Biasanya pada pasien dengan CHF ditemukan : penurunan frekuensi kemih, urin berwarna gelap, nokturia (berkemih pada setiap malam hari), diare/konstipasi.

#### 11) Ekstermitas

Biasanya ditemukan pada pasien CHF adalah terdapatnya edema dan CRT kembali >2 detik, adanya edema, sianosis perifer.

g) Pemeriksaan laboratorium

- Tes laboratorium darah
  - 1) Enzyme hepar meningkat dalam gagal jantung/kongesti.
  - 2) Elektrolit : kemungkinan berubah karena perpindahan cairan, penurunan fungsi ginjal
  - 3) Oksimetri nadi : kemungkinan saturasi oksigen rendah
  - 4) AGD : Gagal jantung ventrikel kiri ditandai dengan alkosis respiratorik ringan atau hipoksemia dengan peningkatan  $CO_2$
  - 5) Albumin : kemungkinan besar dapat menurun sebagai akibat penurunan protein
- Foto thorax dapat mengungkapkan adanya pembesaran jantung, odema atau efusi pleura yang menegaskan diagnose CHF.
- EKG dapat mengungkapkan adanya takikardi, hipertrofi bilik jantung dan iskemi (jika disebabkan AMI), ekokardiogram.

b. Tabulasi data

sesak napas saat bekerja, dispnea nocturnal paroksimal, ortopnea, lelah, pusing, nyeri dada, edema ekstermitas bawah, nafsu makan menurun, nausea, distensi abdomen, urine menurun, batuk dengan atau tanpa sputum, penggunaan bantuan pernapasan misalnya

oksigen atau medikasi, pernapasan takipnea, napas dangkal, pernapasan laboral, penggunaan otot aksesoris, sputum mungkin bercampur darah, merah mudah/berbuih, edema pulmonal, bunyi nafas krakkels banner dan mengi, adanya jaringan parut pada dada, bunyi jantung tambahan (ditemukan jika penyebab CHF kelainan katup), batasan jantung mengalami pergeseran yang menunjukkan adanya hipertrofi jantung (Kardiomegali), palpitasi, adanya bunyi jantung S3 atau S4, takikardi, gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas, gambaran EKG menunjukkan iskemia, tekanan, vena jugularis (JVP). Darah berubah >20% dari kondisi istirahat, ejection fraction (EF) menurun.

c. Klasifikasi data

DS : Sesak napas saat bekerja, lelah, pusing, neyi dada, batuk, orthopnea, palpitasi

DO : dyspnea nocturnal paroksimal, ortopnea, edema ekstermitas bawah, nafsu makan menurun, nausea, distensi abdomen, urin menurun, penggunaan bantuan pernapasan, pernapasan takipnea, napas dangkal, pernapasan laboral, penggunaan otot aksesoris, sputum mungkin bercampur darah, merah mudah/berbuih, edema pulmonal, bunyi nafas krakkels banner dan mengi, adanya jaringan parut pada dada, bunyi jantung tambahan (ditemukan jika penyebab CHF kelainan katup), batasan jantung mengalami

pergeseran yang menunjukkan adanya hipertrofi jantung (Kardiomegali), adanya bunyi jantung S3 atau S4, takikardi, gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas, gambaran EKG menunjukkan iskemia, tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat, ejection fraction (EF) menurun.

d. Analisa data

1) Sign/sytom

DS : lelah, sesak napas, paroxysmal nocturnal dyspnea, ortopnea, batuk, palpitasi

DO : edema, distensi vena jugularis, warna kulit pucat atau sianosis, terdengar suara jantung S3 dan S4, ejection fraction (EF) menurun, takikardi.

Problem: penurunan curah jantung

Etiologi: perubahan kontraktilitas.

2) Sign/sytom

DS : dyspnea, pusing

DO : takikardi, bunyi napas tambahan, sianoasi, napas cuping hidung, warna kulit abnormal, pola napas abnormal

Problem : gangguan pertukaran gas

Etiologi : ketidakseimbangan ventilasi-perfusi

3) Sign/syptom

DS :-

DO : edema, warna kulit pucat, pengisian kapiler >3 detik

Problem : perfusi perifer tidak efektif

Etiologi : penurunan aliran arteri dan/atau vena

4) Sign/syptom

DS : lelah, dyspnea saat/setelah aktivitas

DO : sianosis, gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas, gambaran EKG menunjukkan iskemia, tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat

Problem : intoleransi aktivitas

Etiologi : ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

5) Sign/syptom

DS : ortopnea, dyspnea, paroxysmal noctular dyspnea (PND)

DO : distensi vena jugularis, terdengar suara napas tambahan, edema anaraksa/edema perifer,

Problem : hypervolemia

Etiologi : gangguan aliran balik vena

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien congestive heart failure antara lain :

1) penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas yang ditandai dengan :

DS : lelah, sesak napas, paroxysmal nocturnal dyspnea, ortopnea, batuk, palpitasi

DO : edema, distensi vena jugularis, warna kulit pucat atau sianosis, terdengar suara jantung S3 dan S4, ejection fraction (EF) menurun, takikardi.

2) Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi yang ditandai dengan :

DS : dyspnea, pusing

DO : takikardi, bunyi napas tambahan, sianosis, napas cuping hidung, warna kulit abnormal, pola napas abnormal

Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran arteri dan/atau vena ditandai dengan :

DS :-

DO : edema, warna kulit pucat, pengisian kapiler >3 detik

3) perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran arteri dan/atau vena ditandai dengan

DS : -

DO : edema, warna kulit pucat, pengisian kapiler >3 detik

4) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen ditandai dengan.

DS : lelah, dyspnea saat/setelah aktivitas

DO : sianosis, gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas, gambaran EKG menunjukkan iskemia, tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat

5) Hypervolemia berhubungan dengan gangguan aliran balik vena ditandai dengan :

DS : ortopnea, dyspnea, paroxysmal nocturnal dyspnea (PND).

DO : distensi vena jugularis, terdengar suara napas tambahan, edema anaraksa/edema perifer,

### 3. Intervensi

1) penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan curah jantung meningkat

Kriteria hasil :

- kekuatan nadi perifer meningkat
- tidak ada edema
- tidak ada pucat/sianosis
- ejection fraction (EF) meningkat

intervensi : perawatan jantung (I 02075)

Tindakan : observasi

- identifikasi tanda/gejala penurunan curah jantung
- identifikasi tanda dan gejala sekunder penurunan curah jantung
- monitor intake dan output cairan

- monitor keluhan nyeri dada
- monitor saturasi oksigen

Tindakan terapeutik :

- Posisikan pasien semi-fowler atau foler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman
- Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress
- Berikan dukungan emosional dan spiritual
- Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%

Tindakan edukasi :

- Anjurkan beraktifitas fisik sesuai toleransi
- Anjurkan beraktifitas fisik secara bertahap

Tindakan kolaborasi :

- Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu
- Rujuk ke program rehabilitas jantung
- Rujukan program rehabilitas jantung

2) gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan gangguan pertukaran gas teratasi

Kriteria hasil :

- tidak ada napas cuping hidung
- tidak ada sianosis dan pucat



- tidak ada dyspnea
- tidak ada bunyi napas tambahan
- pola napas normal
- PCO<sub>2</sub> dan PO<sub>2</sub> membaik

Intervensi : pemantauan respirasi (I.01014)

Tindakan observasi :

- monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas.
- Monitor pola napas
- Monitor kemampuan batuk efektif
- Monitor adanya produksi sputum
- Monitor adanya sumbatan jalan napas
- Auskultasi bunyi napas
- Monitor saturasi oksigen
- Monitor saturasi oksigen

Tindakan terapeutik :

- Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien
- Dokumentasikan hasil pemantauan

Edukasi :

- Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
- Informasikan hasil pemantauan, jika perlu

3) perfusi perifer tidak efektif berbubungan dengan penurunan aliran arteri dan/atau vena.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perfusi jaringan tidak efektif teratasi

Kriteria hasil :

- denyut nadi perifer meningkat
- tidak ada sianosis dan pucat
- pengisian kapiler membaik
- akral membaik
- turgor kulit membaik

Intervensi : Perawatan sirkulasi (I.02079)

Tindakan observasi :

- periksa sirkulasi perifer
- identifikasi factor risiko gangguan sirkulasi
- monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstermitas

Terapeutik :

- hindari daerah pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi
- hindari pengukuran tekanan darah pada ekstermitas dengan keterbatasan perfusi
- hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera

edukasi :

- anjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi

4) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah intoleransi aktifitas teratasi

Kriteria hasil :

- Frekuensi nadi meningkat
- Saturasi oksigen meningkat
- Kemudahan dalam melakukan aktifitas sehari-hari meningkat
- Kekuatan tubuh atas maupun bawah meningkat
- Keluhan lelah menurun
- Dyspnea saat aktifitas dan setelah aktifitas menurun
- Aritmia saat dan setelah aktifitas menurun.

Intervensi : manajemen energy (I.05178)

Tindakan observasi :

- Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan
- Monitor kelelahan fisik dan emosional
- Monitor pola dan jam tidur
- Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktifitas

Terapeutik :

- Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus
- Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif

- Berikan aktifitas distraksi yang menyenangkan
- Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur jika tidak dapat berpindah atau berjalan

Edukasi :

- Anjurkan tirah baring
- Anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap
- Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang
- Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan

Kolaborasi :

- Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.

#### 5) Hypervolemia berhubungan dengan gangguan aliran balik vena

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan masalah hypervolemia teratasi

Kriteria hasil :

- Asupan cairan menurun
- Keluaran urin meningkat
- Edema menurun
- Asites menurun
- Tekanan darah membaik
- Denyut nadi radial membaik
- Tekanan arteri rata-rata

- Berat badan membaik

Intervensi : manajemen hypervolemia (I.03114)

Observasi :

- Periksa tanda dan gejala hypervolemia
- Identifikasi penyebab hypervolemia
- Monitor status hemodinamik
- Monitor intake dan output cairan
- Monitor tanda hemokonsentrasi
- Monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma
- Monitor kecepatan infus secara adekuat
- Monitor efek samping derutik

Terapeutik :

- Timbang berat badan pada waktu yang sama setiap hari pada waktu yang sama
- Batasi asupan cairan dan garam
- Tinggikan kepala tempat tidur 30-40<sup>0</sup>

Edukasi :

- Anjurkan melapor jika haluran urin <0,5 mL/kg/jam dalam 6 jam
- Anjurkan melaporkan jika BB bertambah > 1kg dalam sehari
- Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluran cairan
- Ajarkan cara membatasi cairan

Kolaborasi :

- Kolaborasi pemberian deuretik
- Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat deuretik
- Kolaborasi pemberian continuous renal replacement therapy (CRRT) jika perlu.

#### 4. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Safitri R, 2019). Tujuan dari pelaksanaan atau implementasi adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan, yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitas coping. Melaksanakan hasil dari rencana keperawatan untuk selanjutnya di evaluasi untuk mengetahui kondisi kesehatan pasien dalam periode yang singkat, untuk mempertahankan daya tahan tubuh, untuk mencegah komplikasi untuk menemukan perubahan system tubuh, untuk memberikan lingkungan yang nyaman bagi klien, dan untuk mengimplementasi pesan dokter (Safitri R,2019).

#### 5. Evaluasi

Dalam proses keperawatan evaluasi keperawatan menjadi bagian akhir bagian akhir yang memberikan evaluasi sudah sejauh mana keberhasilan dari diagnosa keperawatan, rencana tindakan dan

pelaksanaan yang sudah dilakukan. Evaluasi keperawatan juga digunakan untuk penilaian seberapa pengaruhnya/efektifnya perawatan yang diberikan dan menjadi media komunikasi, informasi keadaan pasien setelah dilakukan implementasi keperawatan apakah kemungkinan untuk melakukan perubahan perawatan yang disesuaikan dengan keadaan pasien setelah dilakukan evaluasi. Evaluasi ini dilakukan dengan keadaan pasien setelah dilakukan evaluasi (Koten Bota H. Elisabet et al, 2021).

### **BAB III**

#### **METODOLOGI PENELITIAN**

##### **A. Desain studi kasus**

Desain yang digunakan pada penelitian ini adalah deskriptif analitik dalam bentuk literatur review yang mengeksplorasi suatu masalah asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami gagal jantung kongestif (CHF) pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi identifikasi data hasil pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan pada pasien dengan diagnosa medik gagal jantung kongestif (CHF) di wilayah kerja Rumah Sakit Umum Daerah Ende.

##### **B. Subjek penelitian**

Subjek penelitian yang digunakan dalam penelitian keperawatan merupakan individu dengan kasus yang akan di teliti secara rinci dan mendalam. Adapun kriteria subjek penelitian yang akan di pilih adalah sebagai berikut :

1. Subjek terdiri dari satu orang pasien dewasa dengan kasus penyakit gagal jantung kongestif (CHF)
2. Pasien berjenis kelamin laki-laki maupun perempuan
3. Pasien dewasa dengan rentang usia dari 18-70 tahun



### C. Batasan istilah (definisi operasional)

#### 1. Gagal jantung kongestif.

Kondisi medis di mana jantung gagal memompah darah untuk memenuhi kebutuhan sirkulasi tubuh dan dapat menimbulkan gejala khas seperti sesak nafas, edema, dan peningkatan JVP. Pada kasus ini untuk menentukan gagal jantung kongestif adalah berdasarkan rekam medik pasien yang telah di diagnosa oleh dokter.

#### 2. Asuhan keperawatan pada pasien gagal jantung kongestif

Suatu asuhan keperawatan yang komprehensif dimana proses kegiatan praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada pasien gagal jantung kongestif dalam tatanan pelayanan kesehatan meliputi : pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi, evaluasi untuk mengatasi masalah pada pasien dengan gagal jantung kongestif.

### D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus

karya tulis ilmiah dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Ende di Ruang Penyakit Dalam Kelas Tiga (RPD III) pada tanggal 20-22 Mei 2022.

### E. prosedur Studi Kasus

Karya tulis ilmiah diawali dengan penyusunan usulan karya tulis ilmiah dengan menggunakan metode studi kepustakaan, wawancara, observasi dan konsultasi. Data studi kasus berupa hasil pengukuran, observasi dan wawancara terhadap klien dengan gagal jantung kongestif (CHF).

## F. Teknik pengumpulan data

### 1. Wawancara

Wawancara yang di pergunakan untuk mengumpulkan data secara lisan dari responden atau bercakap-cakap berhadapan muka dengan responden, misalnya biodata klien, biodata penanggung jawab, alasan masuk rumah sakit, keluhan utama yang dirasakan klien saat wawancara, riwayat penyakit sekarang, riwayat kesehatan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, genogram, riwayat sosial, kebutuhan dasar seperti nutrisi, aktivitas istirahat, personal hygiene, eliminasi, pengkajian fisik dan mental. Sumber data dari klien, keluarga atau orang terdekat klien.

### 2. Observasi dan pemeriksaan fisik

Dilakukan dengan pendekatan inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi (IPPA) pada sistem tubuh klien.

### 3. Studi dokumentasi

Studi dokumentasi dilakukan dengan melihat hasil pemeriksaan pasien seperti hasil dari pemeriksaan laboratorium, catatan medis dan keperawatan pasien.

## G. Instrumen Pengumpulan Data

Alat atau instrumen pengumpulan data menggunakan format asuhan keperawatan dari mulai pengkajian sampai evaluasi sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Prodi D III Keperawatan Ende.

## H. Keabsahan data

Keabsahan data merupakan standar kebenaran suatu data berupa data yang valid dan aktual. Pada studi kasus ini data diperoleh dari:

### 1. Data primer

Sumber data yang dikumpulkan dari klien yang dapat memberikan informasi yang lengkap tentang masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapinya, meliputi biodata klien, biodata orang tua/wali, alasan masuk rumah sakit, keluhan utama yang dirasakan klien saat wawancara berlangsung, riwayat penyakit sekarang, riwayat kesehatan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, riwayat sosial, kebutuhan dasar seperti, nutrisi, aktivitas/ istirahat, personal hygiene, eliminasi, pengkajian fisik dan mental.

### 2. Data sekunder

Sumber data yang dikumpulkan dari orang terdekat klien (keluarga), seperti orang tua, saudara, atau pihak lain yang mengerti dan dekat dengan klien meliputi riwayat penyakit keluarga, peran keluarga dalam perawatan pasien di rumah maupun di rumah sakit dan studi dokumentasi.

## I. Analisis Data

Analisis data di mulai dilakukan sejak peneliti di lapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Analisis data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selajutnya dituangkan dalam opini pembahasan. Teknik analisis yang digunakan dengan cara menarasikan

jawaban-jawaban dari studi kasus yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah studi kasus. Teknik analisis digunakan dengan cara observasi oleh peneliti dan studi dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan oleh peneliti dibandingkan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut.

## **BAB VI**

### **HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN**

#### A. Hasil studi kasus

##### 1. Gambaran umum Lokasi Studi Kasus

Studi kasus ini dilaksanakan di RSUD Ende tepatnya di ruangan Penyakit Dalam 3 dengan jumlah ruangan 3 dan kapasitas untuk penampungan 6-7 orang dalam satu ruangan.

##### 2. Pengkajian

Pasien berinisial Ny. A.M berumur 71 tahun berjenis kelamin perempuan dan pendidikan terakhir klien SD beralamatkan Nangapenda (Raja Wawo) dan beragama katolik dengan diagnosa medis Congestive Heart Failure (CHF).

##### a. Pengumpulan data

##### 1) Biodata

Pasien berinisial Ny. A.M berumur 71 tahun berasal dari Nangapenda pekerjaan sehari-hari sebagai ibu rumah tangga. Pasien beragama katolik dan pendidikan terakhir adalah SD. Klien sudah menikah dan memiliki 9 anak, tanggal masuk Rumah Sakit 20 Mei 2022. Penanggung jawab pasien adalah anaknya anak kandungnya sendiri dengan inisial Tn. I. S umur 45 tahun, pendidikan terakhir adalah SMA, pekerjaan petani.

##### 2) Keluhan utama

Klien mengatakan nyeri dada sebelah kiri seperti di tusuk sampai belakang, sesak napas.

##### 3) Riwayat kesehatan

##### a) Riwayat kesehatan sekarang

Klien mengeluh nyeri dada kiri, klien mengeluh lemah, mual, sesak napas, terpasang infus tangan

sebelah kanan Nacl 0,9% 20 tpm, terpasang 02 nasal kanul 3 l/m, klien menggunakan pampers.

b) Riwayat kesehatan masa lalu

Keluarga klien mengatakan klien sebelumnya pernah di rawat di rumah sakit dengan keluhan yang sama sesak napas dan nyeri dada kiri di RSUD Ende tepatnya di bulan mei tanggal 17 mei 2022 dan di berikan terapi golongan obat deuretik (furosemid) untuk proses eliminasi cairan .

c) Riwayat kesehatan keluarga

Keluarga klien mengatakan kalau anggota keluarganya tidak ada yang menderita penyakit seperti yang klien alami.

4) Pengkajian perpola

a) Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Keluarga klien dan klien mengatakan kalau sakit selalu berobat ke dokter atau di fasilitas kesehatan dan klien selalu minum obat yang di berikan pada klien. Klien dan keluarga tidak pernah berfikir kalau sakit yang dialaminya adalah sesuatu yang berhubungan dengan karma atau kutukan.

b) Pola nutrisi metabolik

Keluarga klien mengatakan klien makan 3 kali sehari dan minum sekitar 6-8 gelas per hari, jenis makanan yang di makan seperti nasi, sayur, ikan, tahu-tempe dan sesekali di sertai buah. Porsi makanan yang di sediahkan dapat di habiskan. Saat ini klien makan 3 kali sehari, jenis makanan bubur, ikan, tahu tempe, sayur. Klien tidak menghabiskan porsi makan yang di berikan, klien mengikuti anjuran diet rendah garam.

c) Pola eliminasi

Klien mengatakan BAB sebelumnya 1x sehari, dengan konsisten padat dan lembek, tidak ada keluhan saat BAB sedangkan BAK klien bisa dengan 4-5 kali sehari warna kuning keruh, berbauh urine, tidak ada keluhan saat BAK. Saat ini klien BAB 1-2 hari sekali, dengan konsisten padat dan lembek, tidak ada keluhan saat BAB, BAK saat ini 4-6 kali sehari, warna kuning keruh, berbauh urine, tidak ada keluhan saat BAK.

d) Pola aktifitas dan latihan

Klien mengatakan sebelum sakit klien dapat melakukan aktifitas sendiri (makan, mandi, berpakaian, buang air besar, buang air kecil,) serta melakukan aktifitas sebagaimana ibu rumah tangga. Saat ini aktifitas klien di bantu oleh keluarga seperti makan, BAB, BAK, dan berpakaian.

e) Pola istirahat dan tidur

Klien mengatkan sebelum sakit klien biasanya tidur malam mulai dari jam jam 09.00- 05.00 untuk tidur malam, sedangkan tidur siang 1-2 jam, tidak ada keluhan yang berhubungan dengan tidur. Saat ini keluarga klien mengatakan klien tidur mulai jam 08.00-05.00, tidur siang 1-2 jam, tidak ada keluhan pada saat tidur.

f) Pola kognitif dan persepsi sensori

klien dan keluarga mengatakan sudah satu tahun pengelihatan klien mulai kabur karna faktor umur, tidak ada gangguan pada sistem pendengaran, perasa dan penciuman.

g) Pola peran dan hubungan dengan sesama

Sebelum sakit klien merupakan ibu rumah tangga dengan 9 orang anak, klien mempunyai hubungan yang baik dengan anggota keluarganya, semua keputusan selaluh di bicarakan bersama-sama, keluarga selaluh mendukung klien untuk sembuh, klien mempunyai hubungan yang baik dengan masyarakat dan selaluh aktif dalam kegiatan yang ada di masyarakat. Saat ini klien merupakan ibu rumah tangga, klien mempunyai hubungan yang baik dengan keluarga dan semua keputusan selaluh di bicarakan bersama-sama, keluarga selaluh mendukung klien untuk cepat sembuh, tetangga sering datang untuk mengunjungi klien ketika sedang sakit.

- h) Pola mekanisme penyesuaian toleransi terhadap stres klien merupakan ibu rumah tangga dengan 9 orang anak, klien mempunyai hubungan yang baik dengan anggota keluarga, semua anggota keluarga mendukung kesembuhan klien, semua keputusan dan masalah yang ada di dalam keluarga selaluh di bicarakan bersama-sama, klien juga mempunyai hubungan yang baik dengan masyarakat dan aktif dalam kegiatan masyarakat.
- i) Pola sistem nilai dan kepercayaan  
Sebelum sakit keluarga klien mengatkan klien rajin beribadah ke gereja. Saat sekarang klien tidak pernah melakukan ibadah di gereja karna sakit yang di alaminya, klien merasa lemah klien sudah jarang beribadah di rumah sakit.



## 5) Pemeriksaan fisik

- a) Keadaan umum : composmentis, nadi 65x/m, suhu 36,5°C, TD, 180/90 mmHg, RR 32x/m, Spo2 90%, Kepala: tanpak bersih, testur rambut lembut, penyebaran rambut rata, tidak rontok, tidak ada masa, tidak ada nyeri tekan. Mata: Konjungtiva tidak anemis, sklera tidak iterik, bentuk mata simetris, tidak ada penggunaan alat bantu melihat. Telingah: tidak ada serume, bentuk simetris, tidak ada penggunaan alat bantu dengar. Hidung: bentuk simetris, tidak ada lesi, terpasang 02 nasal kanul 3 l/m, bunyi napas wezzing. Mulut: Mukosa bibir pucat, dan kering, lidah tidak kotor, gigi tidak lengkap lagi, Wajah: tanpak bersih, bentuk wajah tidak simetris, klien tanpak pucat, tanpak kusam, Leher: bentuk simetris, tidak ada lesi tidak ada pembesaran vena jugularis, dada: bentuk simetris, tidak ada penggunaan otot bantu napas, tidak ada masa, tidak adanya nyeri tekan. Abdomen: bentuk simetris, tidak ada nyeri tekan, peristaltik usus 20x/m. Genetelia Tidak dilakukan pemeriksaan genetelia karna klien tidak mengeluh sakit pada daerah genetelia. Ekstermitas Atas tangan daerah dextra terpasang infus Nacl 0,9% 20x/m tpm, CRT >3 detik ekstermitas bawah tidak ada edema, CRT >3 detik, akral teraba dingin, kulit tanpak pucat.

b) Pemeriksaan penunjang

Darah lengkap

Result	Flags	Unit	Expected	Values
WBC	6,6	10 <sup>3</sup> µL	4,6	10,2
LYM	1,3	10 <sup>3</sup> µL	0,6	3,4
MID	0,5	10 <sup>3</sup> µL	0,0	1,2
GRA	4,8	10 <sup>3</sup> µL	1,5	7,0
LYM%	20,1	%	10,0	50,0
MID%	7,7	%	4,0	18,0
GRA%	72,2	%	40,0	74,0
RBC	4,05	10 <sup>6</sup> µL	4,04	6,13
HGB	11,1	g/dl	12,2	18,1
HCT	34,2	%	37,7	53,7
MCU	84,4	fL	80,0	97,0
MCH	27,4	Pg	27,0	31,2
MCHC	32,5	g/dl	31,8	35,4
RDW	14,4	%	11,6	14,6
PLT	247	10 <sup>3</sup> µL	142	424
MPV	7,7	fL	0,0	0,0

c) Terapi

No	Nama obat	Dosis
1.	Paracetamol	3X1 gram
2.	Omeprazole	2x40 gram
3.	Ondansteron	3x4 mg
4.	Aspilet	1x80 mg
5.	ISDN	3x5 mg
6.	Simvastatin	1x20 mg

b. Tabulasi data

klien mengeluh nyeri dada kiri, skala nyeri 4 (nyeri sedang) seperti di tusuk-tusuk, nyeri hilang timbul, durasi nyeri 4-6 menit, wajah tampak meringis, klien mengeluh lemah, mual,

sesak napas, terpasang infus tangan sebelah kanan Nacl 0,9% 20 tpm, klien tampak pucat, dan kusam, terpasang 02 nasal kanul 3 l/m, nadi 65x/m, Suhu 36,5°C, TD 180/90 mmHg, RR 32x/m, Spo2 90%, mukosa bibir pucat, dan kering, tidak ada penggunaan otot bantu napas, pernapasan takipnea, bunyi napas wezzing, akral dingin, diaforesis, CRT > detik.

c. Klasifikasi data

DS : klien mengeluh nyeri dada kiri, nyeri seperti di tusuk-tusuk dengan durasi 4-6 menit, klien mengeluh lemah, mual, sesak napas, klien mudah lelah saat melakukan aktifitas dan sesak napas, skala nyeri 4, nyeri hilang timbul.

DO : terpasang infus tangan sebelah kanan Nacl 0,9% 20 tpm, klien tampak pucat, dan kusam, terpasang 02 nasal kanul 3 l/m. Nadi 65x/m, Suhu 36,5°C, TD 180/90 mmHg, RR 32x/m, Spo2 90%, mukosa bibir pucat, dan kering, tidak ada penggunaan otot bantu napas, pernapasan takipnea, bunyi napas wezzing, akral dingin, wajah tampak meringis, CRT > 3 detik, diaforesis.

d. Analisa data

1) DS : klien mengeluh nyeri dada kiri, nyeri seperti di tusuk-tusuk dengan durasi 4-6 menit, skala nyeri 4, nyeri hilang timbul.

DO : wajah tampak meringis, Nadi 65x/m, Suhu 36,5°C, TD 180/90 mmHg, RR 32x/m, Spo2 90%. Problem Nyeri akut berhubungan etiologi Agen pencedera biologi (iskemia berhubungan dengan Nyeri akut.

2) DS : klien mengeluh sesak napas, pusing, mual.

DO : warna kulit pucat, pernapasan takipneu, RR 32x/m, CRT >3 detik, adanya bunyi napas tambahan wezzing, tidak adanya penggunaan otot bantu napas, diaforesis, RR 32x/m. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan Perubahan membran alveolus kapiler.

3) DS : klien mengeluh sesak napas, pusing

DO : warna kulit pucat, tidak adanya penggunaan otot bantu napas, pernapasan takipnea, RR 32x/m, CRT >3 detik, nadi 65 x/m dan teraba lemah. Penurunan curah jantung berhubungan dengan Perubahan afterload.

### 3. Diagnosa keperawatan

1) Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan Perubahan membran alveolus kapiler ditandai dengan :

DS : klien mengeluh sesak napas, pusing, mual.

DO : warna kulit pucat, pernapasan takipneu, RR 32x/m, CRT >3 detik, adanya bunyi napas tambahan wezzing, tidak adanya penggunaan otot bantu napas, diaforesis, RR 32x/m.

2) Penurunan curah jantung berhubungan dengan Perubahan afterload yang ditandai dengan :

DS : klien mengeluh sesak napas, pusing

DO : warna kulit pucat, adanya penggunaan otot bantu napas, pernapasan takipnea, RR 32x/m, CRT >3 detik, nadi 65 x/m dan teraba lemah.

3) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (iskemia) ditandai dengan

DS : klien mengeluh nyeri dada kiri, nyeri seperti di tusuk-tusuk dengan durasi 4-6 menit, skala nyeri 4, nyeri hilang timbul.

DO : wajah tampak meringis, Nadi 65x/m, Suhu 36,5°C, TD 180/90 mmHg, RR 32x/m, SpO<sub>2</sub> 90%. Agen pencedera biologi (iskemia berhubungan dengan Nyeri akut).

### 4. Intervensi Keperawatan

Berdasarkan masalah di atas, maka masalah gangguan pertukaran gas berhubungan dengan Perubahan membran alveolus kapiler merupakan masalah utama karena dapat mengancam nyawa dan harus segera mendapatkan pengobatan dan perawatan. Sedangkan untuk masalah penurunan curah jantung berhubungan dengan

Perubahan afterload merupakan masalah yang mengancam kesehatan dan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (iskemia) merupakan masalah yang mengancam tumbuh kembang. Untuk diagnosa pertama gangguan pertukaran gas berhubungan dengan Perubahan membran alveolus kapiler tujuannya Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan gangguan pertukaran gas meningkat Kriteria hasil: dispnea menurun b) bunyi napas tambahan menurun c) pola napas membaik d). PCO<sub>2</sub> dan O<sub>2</sub> membaik. Rencana tindakan Monitor pola napas 1) monitor frekuensi irama, kedalaman dan upaya napas. Rasional : takipnue, pernapasan dangkal dan gerakan dada tak simetris sering terjadi ketidaknyaman gerakan-gerakan dinding dada/cairan paru. 2). Monitor pola napas. Rasional : mengetahui frekuensi kedalaman, irama napas 3) monitor kemampuan batuk efektif, monitor saturasi oksigen. 4). Auskultasi bunyi napas. Rasional : menurunnya saturasi oksigen atau meningkatnya Pco<sub>2</sub> menunjukkan perlunya penanganan yang lebih adekuat atau perubahan terapi. 5) Monitor saturasi oksigen. Rasional: menurunnya saturasi oksigen atau meningkatnya menunjukkan perlunya penanganan yang lebih adekuat atau perubahan terapi. 6) kolaborasi pemberian oksigen. Rasional : memenuhi kebutuhan oksigen dalam tubuh. Untuk diagnosa Penurunan curah jantung Perubahan afterload. Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan curah jantung jantung meningkat Kriteria hasil a) Tanda vital dalam rentang normal b). Kekuatan nadi perifer meningkat. c). Tidak ada edema. Rencana tindakan 1) Identifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung (dispnue, kelelahan, edema, orthopneu, paroxymal nocturnal). Rasional : Penilaian awal untuk mengetahui terjadinya penurunan curah jantung ditandai dengan gejala dispnue. 2). Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (peningkatan BB, hepametogali, distensi vena jugularis, palpitasi, kulit pucat, oliguria) rasional : Untuk mengetahui perubahan tanda-tanda vital yang dapat menggambarkan

keadaan umum pasien. 3). Monitor output dan input cairan. rasional : Penurunan curah jantung, mengakibatkan gangguan perfusi ginjal, retensi natrium/air, dan penurunan output urine. 4). Monitor keluhan nyeri dada. Rasional : Untuk mencegah perburukan atau aritmia. 5). Berikan terapi relaksasi fisik sesuai toleransi. Rasional : Pemberian terapi relaksasi pada klien dapat meningkatkan kenyamanan pada klien. 6). Anjurkan beraktifitas fisik sesuai toleransi. Rasional : Melatih pasien beraktifitas sesuai toleransi . 7). Anjurkan beraktifitas fisik secara bertahap. Rasional : Melatih pasien beraktifitas secara bertahap agar tidak mengalami kekakuan otot. 8). Kolaborasi pemberian obat antiaritmia, jika perlu. Rasional : Untuk menangani gangguan pada irama jantung.

Untuk diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera biologis (iskemia). Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun. Dengan kriteria hasil : a). Pasien mengatakan nyeri berkurang dari skala 7 menjadi 2. b). Pasien menunjukkan ekspresi wajah tenang. c). Pasien dapat beristirahat dengan nyaman.. rencana tindakan : 1). Identifikasi lokasi, karekteristik, intensitas nyeri rasional : Nyeri merupakan pengalaman subjektif, identifikasi karekteristik nyeri dan faktor yang berhubungan merupakan suatu hal yang amat penting untuk memilih intervensi yang cocok untuk mengetahui keefektifan dari terapi yang di berikan. 2). Identifikasi skala nyeri. Rasional : Mengetahui seberapa berat nyeri yang dirasakan klien. 3). Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. Rasional : Mengetahui nyeri dapat di perberat dan diperingan klien . 4). Berikan terapi non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan). Rasional : Lingkungan yang aman dan nyaman bagi pasien dapat membantu klien untuk beristirahat dan pasien merasa rileks. 5). Anjurkan monitor nyeri secara mandiri. Rasional : Klien dapat mengetahui sendiri karekteristik, penyebab nyeri serta klien dapat mengatasi nyeri yang di rasakan. 6). Ajarkan teknik

non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri. Rasional : Meningkatkan relaksasi yang dapat menurunkan rasa nyeri klien. 7). Kola borasi pemberian analgetik, jika perlu. Rasional : Pemberian analgesik dapat mengurangi nyeri yang dirasakan, klien diberikan dengan dosis yang tepat sehingga tujuan perawatan klien tercapai.

## 5. Implementasi

a. Hari jumat, 20 mei 2022

### 1) Diagnosa I

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah gangguan pertukaran gas antara lain : jam 09.00 memonitor frekuensi, irama dan kedalaman napas dengan hasil : pernapasan takipnue, bunyi napas wezzing, RR 32x/m, tidak adanya penggunaan otot bantu napas. 09.06 monitor pola napas dengan hasil: adanya bunyi napas tambahan wezzing, pernapasan takipnue 09.10 memonitor kemampuan batuk efektif monitor saturasi oksigen dengan hasil: klien belum mampu untuk batuk karna lemah, Spo2 90%, 09.20 mengkolaborasi pemberian oksigen dengan hasil : klien mendapatkan terapi oksigen 3 l/m. 09.14 auskultasi bunyi napas dengan hasil : bunyi napas wezzing, pernapasan takipnue.

### 2) Diagnosa II

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah penurunan curah jantung antara lain : jam 09.18 mengidentifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung dengan hasil : klien mengatkan lemah, RR 32x/m, dispneu, CRT > 3 detik, 09.20 mengidentifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung dengan hasil : diaforesis, klien tanpak pucat, mukosa bibir pucat, 09.24 memonitor output dan input cairan dengan hasil : pengeluaran cairan melalui urin 400 ml, dan pemasukan cairan sebanyak 1000 ml, 09.26 memonitor keluhan nyeri dengan hasil : klien mengeluh nyeri -dada sebelah kiri seperi di tusuk-

tusuk menjalar sampai ke belakang, dengan durasi nyeri 4, durasi nyeri 4-6 menit, 09.29 Berikan terapi relaksasi fisik sesuai toleransi Dengan hasil : Klien masih mengeluh lemah, dan masih sulit untuk melakukan teknik relaksasi dengan napas dalam, 09.30 Menganjurkan beraktifitas fisik sesuai toleransi Dengan hasil : Klien masih mengeluh lemah untuk melakukan aktifitas ringan, aktifitas klien total di bantu oleh keluarga, 09.31 Menganjurkan beraktifitas fisik secara bertahap Dengan hasil : Klien tampak mengerti dan belum mampu untuk melakukan aktifitas karna masih mengeluh lemah aktifitas masih dibantu oleh keluarga, 11. 30 Mengkolaborasi pemeberian obat jika perlu Dengan hasil : Klein mendapatkan terapi obat Aspilet 1x80 mg, Simvastatin 1x20 mg, paracetamol 3x1 gram, omeprazole 2x40 gram, ondasteron 3x4 gram.

#### 1) Dignosa III

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah nyeri akut antara lain : 09. 25 mengidentifikasi lokasi, karekteristik, intensitas nyeri dengan hasil : nyeri di rasakan di dada sebelah kiri, menjalar sampai pada bagaian belakang, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, dengan skala nyeri 4, nyeri durasi nyeri 4-6 detiik. 09. 27 mengidentifikasi skala nyeri dengan hasil : skala nyeri yang dirasakan klien 4 (nyeri sedang), 09.28 mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri dengan hasil : klien mengatakan jika klien melakukan aktifitas berat akan merasakan nyeri di bagian dada dan nyeri sedikit meredah ketika klien beristirahat dengan keadaan berbaring, 09.30 memberikan terapi non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) dengan hasil :klien merasa terganggu dengan lingkungan rumah sakit yang bising, dan suhu lingkungan ruangan yang panas, 09.32 menganjurkan monitor nyeri secara



mandiri dengan hasil : klien mengatakan nyeri terjadi secara tiba-tiba ketika melakukan aktifitas, skala nyeri 4 (nyeri sedang), durasi nyeri 4-6 detik, 09.36 mengajarkan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri dengan hasil : klien belum mampu untuk melakukan teknik relaksasi napas dalam karena klien masih mengeluh lemah, 12.00 mengkolaborasikan pemberian analgetik, jika perlu dengan hasil : klien mendapatkan terapi obat, ISDN 3x5 mg, Paracetamol 3x1 mg.

b. Hari sabtu 21 mei 2022 jam 07.00

1) Diagnosa I

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah gangguan pertukaran gas antara lain : 07.05 monitor frekuensi, irama dan kedalaman serta upaya napas dengan hasil : pernapasan takipneue, bunyi napas wezzing, RR 24x/m, 07.06 memonitor pola napas dengan hasil : pernapasan takipneue, RR 24x/m 07.09 menganjurkan posisi semi foler atau fowler dengan hasil : klien berada pada posisi semi fowler dan klien merasa sedikit nyaman, 07.12 memonitor kemampuan batuk efektif monitor saturasi oksigen dengan hasil : klien belum mampu untuk batuk karna lemah, Spo2 90%, 07.16 mengkolaborasi pemberian oksigen dengan hasil : klien mendapatkan terapi oksigen 3 l/.

2) Diagnosa II

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah penurunan curah jantung antara lain : 07.12 mengidentifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung dengan hasil : klien masih tampak lemah, RR 20x/m, CRT >3 detik, 07.16 mengidentifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung dengan hasil : diaforesis, tampak pucat, klien masih tampak lemah, 07.17 memonitor output dan input cairan dengan hasil : pengeluaran cairan melalui urin 400 ml, dan pemasukan cairan sebanyak 1000 ml, 07.24 memonitor keluhan nyeri dada

dengan hasil : klien mengatikan nyeri dada sedikit berkurang, skala nyeri 3 (nyeri ringan), nyeri di rasakan seperti di tusuk-tusuk dengan durasi 2-4 detik, nyeri hilang timbul, 07.25 memberikan terapi relaksasi fisik sesuai toleransi dengan hasil : klien mampu untuk melakukan teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi nyeri, 07.40 menganjurkan beraktifitas fisik sesuai toleransi dengan hasil : klien belum mampu untuk melakukan aktifitas karna lemah, aktifitas klien masih di bantu keluarga, 07.41 menganjurkan beraktifitas fisik secara bertahap dengan hasil : klien belum mampu untuk melakukan aktifitas karna lemah, aktifitas klien masih di bantu keluarga, 11.30 mengkolaborasikan pemberian obat antiaritmia jika perlu dengan hasil : klien mendapatkan terapi obat : Paracetamol 3x1 gram, Omeprazole 2x40 gram, Ondansentron 3x4 mg, Aspilet 1x80 mg, ISDN 3x5 mg, Simvastatin 1x20 mg

### 3) Diagnosa III

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah nyeri akut antara lain : 11.14 mengidentifikasi lokasi, karakteristik, intensitas nyeri dengan hasil : nyeri berkurang, skala nyeri 3 (ringan), durasi nyeri 2-4 detik, nyeri seperti di tusuk-tusuk, nyeri daerah dada menjalar sampai belakang, 11.16 mengidentifikasi skala nyeri dengan hasil : skala nyeri 3 (nyeri sedang), 11.20 mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri dengan hasil : nyeri di rasakan tiba-tiba, 11.22 memberikan terapi non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) dengan hasil : klien mengatakan kurang nyaman dengan lingkungan yang bising, dan panas, 11.24 menganjurkan monitor nyeri secara mandiri dengan hasil : klien mampu mengenal masalah nyeri, nyeri di rasakan di dada, nyeri hilang timbul, nyeri seperti di tusuk-tusuk, skala nyeri 3, 11.26 mengajarkan teknik non

farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri dengan hasil : klien mampu untuk melakukan teknik non farmakologi (napas dalam), 11.30 mengkolaborasikan pemberian analgetik, jika perlu dengan hasil : klien mendapatkan terapi obat ISDN 3x5 mg, Aspilet 1x80 mg, Paracetamol 3x1 mg

## 6. Evaluasi

a. Hari jumat, 20 mei 2022

### 1. Diagnosa I

Subjektif : Klien mengatakan masih lemah, sesak napas sedikit berkurang

Objektif : klien menggunakan alat bantu napas O<sub>2</sub> nasal kanul 3 l/m, klien terpasang infus NaCl 0,9% 20 atm, takipneu, dispnue, RR 24 x/m, bunyi napas rongki, Spo<sub>2</sub> 90%, tidak adanya penggunaan otot bantu napas.

Assesment : masalah gangguan pertukaran gas belum teratasi.

Planing : intervensi di lanjutkan 1,2,3,4,5,6,7

### 2. Diagnosa II

Subjektif : klien mengeluh lemah, sesak napas

Objektif : klien tampak lemah, dispneu RR 24x/m, CRT > 3 detik, diaforesis, waja tampak meringis, klien belum mampu untuk melakukan aktifitas. Aktifitas klien di bantu oleh keluarga.

Asesment : masalah Penurunan curah jantung belum teratasi

Planing : intervensi dilanjutkan 1,2,3,4,5,6,7,8.

### 3. Diagnosa III

Subjektif : klien mengatakan nyeri di dada sebelah kiri, skala nyeri 3, nyeri seperti di tusuk-tusuk, nyeri menjalar sampai ke belakang, durasi nyeri 2-3 detik.

Objektif : klien masih tampak pucat, klien tampak lemah, terpasang infus NaCl 0.9% 20 tpm, terpasang O<sub>2</sub> nasala kanul 3 l/m, klien mendapatkan terapi obat ISDN 3x5 mg, Aspilet 1x80 mg, Paracetamol 3x1 mg.

Asesment : masalah penurunan curah jantung belum teratasi

Planing : intervensi di lanjutkan 1,2,3,4,5,6,7.

b. Hari sabtu, 21 mei 2022

1. Diagnosa I

Subjektif : klien mengeluh masih lemah, sesak sedikit berkurang

Objektif : klien masih tampak lemah, pucat, RR 20x/m, bunyi napas ronkhi, aktifitas klien masih di bantu, masih terpasang O2 nasal kanul 2 l/m, terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm.

Asesment : masalah gangguan pertukaran gas sebagian teratasi

Planing : intervensi dilanjutkan 1, 3, 5, 6

2. Diagnosa II

Subjektif : klien masih mengeluh lemah, sesak sedikit berkurang, nyeri sedikit berkurang, skala nyeri 3 (nyeri ringan), durasi nyeri 2-3 detik, nyeri hilang timbul

Objektif : : klien masih tampak lemah, pucat, CRT > 3 detik, TD 160/80 mmHg, aktifitas klien masih di bantu total oleh keluarga, klien mendapatkan terapi obat Paracetamol 3x1 gram, Omeprazole 2x40 gram, Ondansentron 3x4 mg, Aspilet 1x80 mg, ISDN 3x5 mg, Simvastatin 1x20 mg

Asesment : masalah penurunan curah jantung sebagian teratasi

Planing : intervensi dilanjutkan 1,2,3,4,5,6.

3. Diagnosa III

Subjektif : klien mengatakan nyeri sedikit berkurang, skala nyeri 3 (nyeri ringan), nyeri di rasakan seperti di tusuk-tusuk), durasi nyeri 2-4 detik.

Objektif : klien tampak lemah, klien mampu melakukan teknik napas dalam, aktifitas klien masih di bantu keluarga, terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm, O2 3 l/m.

Asesment : masalah nyeri akut sebagian teratasi

Planing : intervensi dilanjutkan 1,2,3,4,5,6,7.

c. Minggu 22 mei 2022 jam 07.00 WITA dilakukan catatan perkembangan dan di peroleh hasil

1. Diagnosa I

Subjektif : klien mengatakan sesak sedikit berkurang, tidak lemah lagi.

Objektif : klien tidak lemah lagi, wajah masih tampak pucat, RR 20x/m, terpasang O2 nasal kanul 2 l/m, terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm.

Assesment : masalah gangguan pertukaran gas sebagian teratasi

Planing : lanjutkan intervensi 1, 2, 8

Implementasi :

Jam 08.00 WITA monitor pola napas klien. Hasil: pernapasan vesikuler, RR 20x/m, tidak ada bunyi napas tambahan, tidak ada penggunaan otot bantu napas.

Jam 08.10 WITA monitor adanya suara napas tambahan. Hasil : tidak adanya suara napas tambahan.

Jam 09.00 WITA Monitor kemampuan batuk efektif monitor saturasi oksigen. Hasil : klien sudah mampu untuk melakukan teknik batuk efektif, klien merasa nyaman.

Evaluasi :

Subjektif : klien mengatakan sudah tidak sesak napas lagi

Objektif : tidak adanya suara napas tambahan, terpasang O2 nasal kanul 2 l/m, terpasang infus Nacl 0,9%, klien sudah mampu untuk melakukan teknik batuk efektif, RR 20x/m

Assesment : masalah gangguan pertukaran teratasi

Planing : hentikan intervensi

## 2. Diagnosa II

Subjektif : klien mengeluh lemah, nyeri dada berkurang, skala nyeri 3 (nyeri ringan), nyeri hilang timbul, durasi nyeri 2-4 detik.

Objektif : klien masih tampak lemah, klien masih terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm, terpasang infus 2 l/m, CRT >3 detik.

Assesment : masalah penurunan curah jantung sebagian teratasi

Planing : intervensi dilanjutkan 1, 4, 5, 6

Implementasi :

Jam 09.10 Periksa sirkulasi perifer (mis:nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu). Hasil : tidak ada edema, CRT > 3 detik, kulit tampak pucat, suhu 36,7<sup>0</sup>c.

Jam 09.02 Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan dan penurun kolesterol jika perlu. Hasil : klien mengerti dan masih mengikuti anjuran untuk meminum obat sesuai program yaitu obat simvastatin dan aspilet.

Jam 09.04 Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur. Hasil : klien mengerti dan masih minum obat secara teratur sesuai dengan program.

Jam 09.10 Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan. Hasil : klien mengerti, klien melaporkan perubahan yang di alami klien pada perawat.

Evaluasi :

klien mengatakan nyeri dada berkurang, skala nyeri 3, nyeri hilang timbul, klien masih tampak lemah, pucat, CRT > 3 detik, RR 20x/m, Nadi 80x/m, suhu 37,3<sup>0</sup>c. Masalah penurunan curah jantung sebagian tertasi intervensi dihentikan.

## 3. Diagnosa III

Subjektif : klien mengeluh lemah, nyeri dada berkurang, skala nyeri 3 (nyeri ringan), nyeri hilang timbul, durasi nyeri 2-4 detik.

Objektif : klien masih tampak lemah, pucat, klien mampu untuk melakukan teknik napas dalam untuk mengurangi nyeri yang dirasakan.

Assesment : masalah nyeri tertasi

Planing : intervensi dilanjutkan 3, 5

Implementasi :

Jam 10.02 mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. Hasil : klien mengatakan jika teralulh lama bergerak dan melakukan aktifitas nyeri akan semakin terasa dan nyeri bisa berkurang ketika klien beristirahat di tempat tidur.

Jam 10.15 menganjurkan monitor nyeri secara mandiri. Hasil : klien mampu untuk melakukan teknik non farmakologi berupa napas dalam untuk mengontrol rasa nyeri yang muncul.

Evaluasi :

Klien mengatakan nyeri sedikit berkurang, skala nyeri 3, nyeri hilang timbul, nyeri di rasakan ketika klien teralulh banyak aktifitas. Masalah nyeri akut tertasi intervensi di hentikan.

## B. Pembahasan

Pemberian asuhan keperawatan pada Ny. A. M dengan diagnosa medis congestive heart failure menggunakan metode pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Dalam pembahasan akan dilihat kesenjangan antara teori dan praktik (kasus nyata), yang di temukan pada klien Ny. A.M di Ruang Penyakit Dalam 3 RSUD Ende.

### 1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Pengkajian pada Ny. A. M dengan diagnosa medis CHF di temukan data, klien mengeluh nyeri dada sebelah kiri seperti di tusuk tembus ke belakang, dan sesak napas. Saat dilakukan pemeriksaan fisik wajah tampak meringsis, skala nyeri 4, bunyi napas wezzing, RR 32x/m, Nadi 65x/m, Suhu 36,5<sup>o</sup>c, TD 180/90 mmHg, Spo2 90%. Pernapasan takipnue, wajah tampak pucat, diaforesis, tangan daerah dextra terpasang infus Nacl 0,9% 20x/m tpm, CRT >3 detik, terpasang O2 nasal kanul 3 l/m, aktifitas di bantu oleh keluarga.

Berdasarkan data tersebut menunjukkan bahwa ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata di mana data yang tidak

di temukan pada kasus adalah tidak adanya edema. hal ini menunjukkan bahwa terdapat kesenjangan manifestasi klinik pada Ny. A.M karena klien sudah mendapatkan pengobatan dan perawatan sebelumnya di Rumah Sakit pada tanggal 16 mei 2022 dan mendapatkan terapi diuretik furosemin.

Studi kasus ini sesuai dengan studi kasus yang dilakukan oleh Dewi Ita Sari pada tuan S, dengan diagnosa medis congestive heart failure di ruangan flamboyan RSUD Arifin Achmad Pekanbaru dimana pada kasus tersebut tidak ditemui adanya edema. Serta studi kasus yang dilakukan oleh Wahyu E. Prihantono pada Ny. G, dengan diagnosa CHF di Bangsal Anggrek Bongenville RSUD Pandanaradang Boyolali, tidak ditemukan adanya edema pada kedua tungkai kakinya.

Berdasarkan hal tersebut maka dapat disimpulkan bahwa tanda dan gejala pada penderita congestive heart failure masing-masing orang berbeda tergantung dari lamanya menderita dan kecepatan dalam mencari pengobatan.

## 2. Diagnosa medis

Secara teori diagnosa medik untuk kasus congestive hear failure (CHF) ada 10 yaitu 1) gangguan pertukaran gas 2). Pola napas tidak efektif 3). Penurunan curah jantung 4). Nyeri akut 5). Hipervolemia 6). Penurunan perfusi perifer 7). Intoleransi aktifitas 8). Ansietas 9) defisit nutrisi 10). Resiko gangguan integritas kulit. Sedangkan diagnosa keperawatan yang diangkat pada pasie Ny. A.M hanya tiga diagnosa yaitu : 1) pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas 2). Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan preload, perubahan afterload dan/atau perubahan kontraktilitas 3) nyeri akut berhubungan dengan iskemik.

Berdasarkan hal tersebut menunjukkan bahwa ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata dimana pada kasus hanya diangkat 3 buah diagnosa sedangkan terdapat 10 diagnosa keperawatan pada teori. Adapun diagnosa keperawatan pada kasus dan terdapat pada teori yaitu



gangguan pertukaran gas, penurunan curah jantung dan nyeri akut. Selain itu untuk diagnosa keperawatan hipervolemia tidak diangkat karna pada saat dikaji tidak ditemukan edema anaraksa, berat badan meningkat dalam waktu singkat, JVP/CVP meningkat, orthopnue data tersebut kurang mendukung. Untuk diagnosa penurunan perfusi perifer tidak ditemukan akral teraba dingin, turgor kulit menurun, nadi perifer menurun atau tidak teraba data tersebut kurang mendukung. Untuk diagnosa ansietas disaat pengkajian tidak ditemukan klien merasa bingung, dan khawatir, sulit berkonsentrasi, tampak gelisah, tampak tegang, dan sulit tidur data tersebut kurang mendukung. Untuk diagnosa intoleransi aktifitas dari pengkajian tidak di temukan frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat. Untuk diagnosa defisit nutrisi dari pengkajian tidak ditemukan berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal, data tersebut kurang mendukung.

Dalam hal ini ada kesenjangan antara teori dan fakta. Hal ini berarti bahwa tidak semua penderita CHF akan di tegakan diagnosa seperti pada teori namun tergantung dari kondisi pasien dan kecepatannya dalam mendapatkan pengobatan dan perawatan.

### 3. Intervensi keperawatan

Semua intervensi baik pada tinjauan teoritis maupun pada tinjauan kasus adalah sama intervensi keperawatan merupakan suatu petunjuk atau bukti tertulis yang dilakukan terhadap klien sesuai dengan kebutuhannya. Semua intervensi dari diagnosa keperawatan 1-3 telah dilaksanakan dengan baik karna adanya peran serta klien dan keluarga dalam membantu perawat didalam memberikan data-data dan bekerja sama dengan perawat saat melaksanakan intervensi keperawatan, namun beberapa intervensi keperawatan seperti pemeriksaan GDS, belum dapat dilaksanakan karna adanya keterbatasan dalam sarana.

### 4. Implementasi keperawatan

Implementasi yang dilakukan pada Ny. A.M dengan diagnosa medis CHF berdasarkan tiga diagnosa yang telah di temukan selama 3 hari. Implementasi dilakukan berdasarkan intervensi atau rencana kegiatan dari masing-masing diagnosa yang berisi tindakan realitas mulai dari mengkaji TTV, mengkaji keadaan umum, hingga tindakan mandiri klien, dengan

tujuan mengatasi masalah-masalah keperawatan mulai dari pola napas tidak efektif, penurunan curah jantung dan nyeri akut. Hasil implementasi diharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam ketiga masalah diatas dapat teratasi. Implementasi pertama dilaksanakan pada tanggal 20 Mei 2022, hari kedua dilaksanakan pada tanggal 21-22 Mei 2022. Semua implementasi pada kasus nyata telah dilaksanakan berkat adanya kerjasama antar pasien, keluarga dan tenaga kesehatan. Tidak ada perbedaan antar teori dan kasus. Semua intervensi dilaksanakan dengan baik dan telah mengatasi masalah serta memberi hasil yang baik, dimana pasien dan keluarga mau bersama-sama dalam melaksanakan asuhan keperawatan.

#### 5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi dilakukan berdasarkan tujuan yang telah ditetapkan melalui catatan perkembangan selama 3 hari. Pada kasus NY.A.M evaluasi dapat dianalisa berdasarkan tujuan yang telah ditetapkan. Pada evaluasi keperawatan dilaksanakan berdasarkan intervensi atau rencana kegiatan dari masing-masing diagnosa yang terdapat pada kasus nyata Ny. A.M yaitu untuk masalah keperawatan gangguan pertukaran gas perubahan membran alveolus kapiler dimana klien mengatakan sesak napas sedikit berkurang, tidak ada penggunaan otot bantu napas, RR 20x/m. Untuk masalah keperawatan penurunan curah jantung berhubungan dengan Perubahan afterload sebagian teratasi dimana pasien mengatakan sesak napas sedikit berkurang, RR 20x/m, CRT > 3 detik, nadi 80x/m, suhu 37,3<sup>o</sup>c, TD 140/80 mmHG. Untuk masalah keperawatan Nyeri akut berhubungan dengan iskemik teratasi dimana pasien mengatakan nyeri berkurang dengan skala nyeri 3, nyeri hilang timbul, klien mampu untuk mengontrol rasa nyeri. Untuk masalah keterbatasan studi kasus, dalam studi kasus ini terdapat hal-hal yang menghambat jalannya studi kasus antara lain waktu yang terbatas dalam membuat studi kasus, kesulitan untuk mencari referensi sebagai bahan acuan teori.

Implikasi untuk keperawatan yaitu beberapa peran perawat yang ditemukan dalam studi kasus ini, antara lain : 1. Sebagai pendidik : memberikan informasi berupa pengajaran mengenai pengetahuan dan keterampilan dasar, pada studi nyata ditemukan perawat menjelaskan

kurang dimengerti pasien dari segi fasilitas maupun Isinnys. 2. Sebagai advokad : tindakan perawat dalam mencapai suatu kepentingan pasien atau bertindak untuk atau untuk bertindak untuk mencegah kesalahan yang tidak diinginkan ketika pasien atau bertindak untuk mencegah kesalahan yang tidak diinginkan ketika pasien sedang menjalani pengobatan. Pada studi kasus nyata di temukan perawat selaluh mendampingi pasien apabila pasien mengalami kesulitan dan membutuhkan bantuan. 3. Sebagai pemberi perawatan : memberikan perawatan secara langsung pada individu, keluarga atau kelompok, pada studi kasus nyata di temukan perawat melakukan asuhan keperawatan langsung pada pasien Ny. M. A.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Bedasarkan hasil pengkajian dari studi kasus pada klien Ny. M.A dan di dukung oleh tinjauan teoritis maka dapat di tarik kesimpulan bahwa :

1. Data pengkajian pada pasien Ny. M.A dengan diagnosa medis CHF ditemukan data hampir semuanya sesuai dengan yang ada di teori. Klien mengatakan nyeri pada daerah dada kiri sampai tembus belakang, sesak napas, nyeri seperti di tusuk-tusuk dengan durasi 4-6 menit, klien mengeluh lemah, mual, sesak napas, klien mudah lelah saat melakukan aktifitas, skal nyeri 4, nyeri hilang timbul, aktifitas klien di bantu total, Nadi 65x/m, Suhu 36,5°C, TD 180/90 mmHg, RR 32x/m, Spo2 90%, mukosa bibir pucat, dan kering, ada penggunaan otot bantu napas, pernapasan takipnea, bunyi napas rongki, akral dingin, wajah tanpak meringis, CRT > 3 detik, diaforesis. Setelah data di kumpulkan kemudian dianalisa, ditemukan maslah keperawatan yaitu gangguan pertukaran gas, penurunan curah jantung, dan nyeri akut.
2. Terdapat tiga diagnosa keperawatan yang di angkat pada kasus Ny. M.A yaitu gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus kapiler. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload, nyeri akut berhubungan dengan iskemik
3. Semua intervensi telah direncanakan sesuai dengan masing-masing diagnosa dan dilaksanakan dengan kemampuan perawat serta kesepakatan dengan pasien dan keluarga.
4. Implemetasi keperawatan telah dilaksanakan dengan baik berkat kerjasama dan peran serta klien, keluarga dan didukung oleh ketaatan penderita dalam mengkomsumsi obat Congestive Heart Failure (CHF) secara teratur. Setelah dilakukan perawatan dan pengobatan selama 3x24 jam terhadap klien Ny. M.A diperoleh hasil bahwa masalah gangguan pertukaran gas telah teratasi, masalah penurunan curah jantung teratasi sebagian dan masalah nyeri akut teratasi.
5. Ada kesenjangan antara data yang di temukan pada kasus dengan data yang di temukan.

## B. Saran

### 1. Bagi perawat

Seiring dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi diharapkan perawat mampu menentukan standar pelayanan asuhan keperawatan kepada klien dengan congestive heart failure

### 2. Bagi institusi pendidikan

Agar meningkatkan kualitas pendidikan keperawatan dengan meningkatkan sarana praktek, perpustakaan dan praktek laboratorium yang efektif.

### 3. Bagi klien

Agar selalu memperhatikan pola hidup yang sehat dan teratur untuk berobat congestive heart failure dan mematuhi segala anjuran yang disampaikan oleh petugas kesehatan.

**Kode Responden**

**PENJELASAN UNTUK MENGIKUTI PENELITIAN**

1. Saya adalah mahasiswa berasal dari program studi Keperawatan Ende dengan ini meminta anda untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam studi kasus yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis CHF di RSUD Ende”.
2. Tujuan dari studi kasus ini adalah untuk melaksanakan studi kasus pada pasien dengan CHF. Studi kasus ini akan berlangsung selama 3 hari.
3. Prosedur pengambilan bahan data dengan wawancara terbuka dengan menggunakan pedoman wawancara untuk mengambil data pada pasien yang akan berlangsung lebih kurang 15-20 menit, serta melakukan pemberian asuhan keperawatan pada pasien selama 3 hari. Cara ini mungkin menyebabkan ketidaknyamanan tetapi anda tidak perlu khawatir karena studi kasus ini untuk kepentingan pengembangan asuhan pelayanan keperawatan.
4. Keuntungan yang anda peroleh dalam keikutsertaan anda pada penelitian ini adalah anda turut terlibat aktif mengikuti pengembangan asuhan/pelayanan keperawatan.
5. Nama anda dan jati diri anda serta seluruh informasi yang saudara sampaikan akan tetap dirahasiakan
6. Jika anda membutuhkan informasi sehubungan dengan penelitian ini, silahkan menghubungi penenliti pada nomor Hp: 081353463229.

**Peneliti**

**Maria I. Jaga**

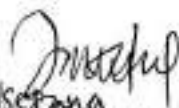
**INFORMED CONSENT**  
**(PERSETUJUAN MENJADI PARTISIPAN)**

Saya yang bertandatangan di bawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai Proposal Karya Tulis Ilmiah yang akan dilakukan oleh Mria Ivantris Jaga dengan judul “ Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis CHF Di RSUD Ende”.

Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi 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, Maret 2022

Yang Memberikan Persetujuan

  
(...gusefana.....)

## A. Pengkajian

## I. Pengumpulan data

## a. Identitas pasien

Nama : Ny. A. M  
 Umur : 71 Tahun  
 Jenis kelamin : Perempuan  
 Pendidikan : SD  
 Alamat : Nangapenda (Raja Wawo)

## b. Identitas penanggung jawab

Nama : Tn. I.S  
 Umur : 45 tahun  
 Hubungan dengan klien : anak kandung  
 Alamat : Nangapenda (Raja Wawo)  
 Diagnosa medis : CHF  
 Waktu dan tanggal pengobatan :  
 Obat-obat yang terakhir dipakai :

No	Nama obat	Dosis
1.	Paracetamol	3X1 gram
2.	Omeprazole	2x40 gram
3.	Ondansteron	3x4 mg
4.	Aspilet	1x80 mg
5.	ISDN	3x5 mg
6.	Simvastatin	1x20 mg

## II. Keadaan umum

## a. Riwayat kesehatan

1. Keluhan utama : Nyeri dada kiri sampai ke belakang, sesak napas.
2. Riwayat kesehatan sekarang : klien mengeluh nyeri dada kiri, klien mengeluh lemah, mual, sesak napas, terpasang infus tangan sebelah kanan NaCl 0,9 20 tpm, klien tampak pucat, nafsu makan menurun, terpasang 02 nasal kanul 3 l/m.
3. Riwayat kesehatan masa lalu : keluarga klien mengatakan klien sebelumnya pernah di rawat dengan keluhan yang sama sesak napas dan nyeri dada di RSUD Ende.
4. Riwayat kesehatan keluarga : keluarga klien tidak ada yang menderita penyakit yang sama dengan klien
5. Pengkajian perpola :
  - a) Pola persepsi terhadap kesehatan :



Dahulu : keluarga klien mengatakan sakit yang dialami sekarang ini adalah sakit akibat reaksi tubuh terhadap penyakit, klien membutuhkan pengobatan dan perawatan yang tepat dari fasilitas kesehatan, klien dan keluarga tidak pernah berfikir kalau sakit yang dialami adalah sesuatu yang berhubungan dengan karma.

Sekarang : keluarga klien mengatakan sakit yang dialami sekarang karna akibat reaksi tubuh terhadap penyakit, klien membutuhkan pengobatan dan perawatan yang tepat dari fasilitas kesehatan, klien dan keluarga tidak pernah berfikir kalau sakit yang dialami adalah sesuatu yang berhubungan dengan karma.

b) Pola nutrisi metabolik

Dahulu : keluarga klien mengatakan klien makan 3x sehari dengan porsi makan banyak dan di habiskan, klien makan dengan menu seperti nasi, sayur, dan kadang-kadang lauk seperti ikan dan, telur dan tahu tempe, klien tidak ada pantangan dalam makanan dan minuman.

Sekarang : keluarga klien mengatakan klien makan 3x sehari, makan bubur dengan porsi makanan sedikit dan tidak di habiskan, dengan menu bubur, sayur dan lauk, klien diet rendah garam, kolesterol. Nafsu makan klien menurun.

c) Pola eliminasi

Dahulu : keluarga mengatakan klien BAB 1x sehari , dengan konsisten padat dan lembek, tidak ada keluhan saat BAB, BAK sehari 4-5 kali warna kuning keruh, berbauh urine, tidak ada keluhan saat BAK.

Sekarang : keluarga klien mengatakan klien BAB 2-3 kali sehari, dengan konsisten padat, klien BAB dengan di bantu keluarga, BAK sehari 4-6 kali warna kuning keruh, berbauh urine, tidak ada keluhan saat BAK, klien menggunakan pampers.

d) Pola aktifitas dan latihan

Dahulu : klien dapat melakukan aktifitas seperti biasa tanpa di bantu keluarga, tidak ada keluhan ketika klien melakukan aktifitas.

Sekarang : aktifitas klien di bantu total, klien mudah lelah saat melakukan aktifitas dan sesak napas, pergerakan klien terbatas.

e) Pola istirahat dan tidur

Dahulu : keluarga klien mengatakan klien tidur mulai dari jam 09.00- 05.00 untuk tidur malam, sedangkan tidur siang 1-2 jam, tidak ada keluhan yang berhubungan dengan tidur.

Sekarang : keluarga klien mengatakan klien tidur mulai jam 08.00-05.00, tidur siang 1-2 jam, tidak ada keluhan pada saat tidur.

f) Pola kognitif dan persepsi sensori

klien dan keluarga mengatakan sudah satu tahun pengelihatannya mulai kabur karna faktor umur, tidak ada gangguan pada sistem pendengaran, perasa dan penciuman.

g) Pola peran dan hubungan dengan sesama

Dahulu : klien merupakan ibu rumah tangga dengan 9 orang anak, klien mempunyai hubungan yang baik dengan anggota keluarganya, semua keputusan selaluh di bicarakan bersama-sama, keluarga selaluh mendukung klien untuk sembuh, klien mempunyai hubungan yang baik dengan masyarakat dan selaluh aktif dalam kegiatan yang ada di masyarakat

Sekarang : klien merupakan ibu rumah tangga, klien mempunyai hubungan yang baik dengan keluarga dan semua keputusan selaluh di bicarakan bersama-sama, keluarga selaluh mendukung klien untuk cepat sembuh, tetangga sering datang untuk mengunjungi klien ketika sedang sakit.

h) Pola mekanisme penyesuaian toleransi terhadap stres

Dahulu : klien dan keluarga mengatakan jika mengalami masalah klien selaluh membicarakan

bersama istri dan mengambil keputusan bersama istri, klien tidak secara terus-menerus memikirkan masalahnya.

Sekarang : klien dan keluarga mengatakan jika mengalami masalah klien selaluh membicarakan bersama istri dan mengambil keputusan bersama istri, klien tidak secara terus-menerus memikirkan masalahnya.

i) Pola sistem nilai dan kepercayaan

Dahulu : keluarga klien mengatkan klien rajin beribadah ke gereja

Sekarang ; klien tidak pernah melakukan ibadah di gereja karna sakit yang di alaminya, klien merasa lemah klien sudah jarang beribadah di rumah sakit.

6. Pemeriksaan fisik

Keadaan umum : composmentis

TTV : Nadi 65x/m

Suhu 36,5<sup>o</sup>c

TD 180/90 mmHg

RR 32x/m

Spo2 90%

a) Kepala :

I : tanpak bersih, testur rambut lembut, penyebaran rambut rata, tidak rontok

P : tidak ada masa, tidak ada nyeri tekan.

P : -

A :-

b) Mata :

I : konjungtiva tidak anemis, sklera tida iterik, bentuk mata simetris

P : -

P :-

A :-

c) Telingah :

I : tidak ada serume, bentuk simetris, tidak ada lesi

P :-

P:-

A :-

d) Hidung :

I : bentuk simetris, tidak ada lesi, terpasang 02 nasal kanul 3 l/m

P :-

P :-

A : bunyi napas wezzing

e) Bibir :

I : mukosa bibir pucat, dan kering, lidah tidak kotor, gigi sudah tidak utuh lagi

P :-

P :-

A :-

f) Wajah :

I : tanpak bersih, bentuk wajah tidak simetris, klien tanpak pucat, tanpak kusam.

P :-

P:-

A:-

g) Leher :

I : bentuk simetris, tidak ada lesi

P : tidak ada pembesaran vena jugularis

P:-

A: -

h) Dada :

I : bentuk simetris,tidak ada penggunaan otot bantu napas, pernapasan takipnue.

P : tidak ada masa, tidak adanya nyeri tekan.

P :

A : RR 32x/m, adanya bunyi napas tambahan wezzing, dyspnea

i) Abdomen :

I : bentuk simetris

P : bentuk simetris, tidak ada nyeri tekan, tidak adanya masa.

P : -

A : peristaltik usus 20x/m

j) Genetelia

Tidak dilakukan pemeriksaan genetelia karna klien tidak mengeluh sakit pada daerah genetelia

k) Ekstermitas

Atas : tangan daerah dextra terpasang infus Nacl 0,9% 20x/m tpm, CRT >3 detik,

Bawah : tidak ada edema, CRT >3 detik, akral teraba dingin. Kulit tanpak pucat.

7. Pemeriksaan penunjang

Darah lengkap

Result	Flags	Unit	Expected	Values
WBC	6,6	10 <sup>3</sup> µL	4,6	10,2
LYM	1,3	10 <sup>3</sup> µL	0,6	3,4
MID	0,5	10 <sup>3</sup> µL	0,0	1,2
GRA	4,8	10 <sup>3</sup> µL	1,5	7,0
LYM%	20,1	%	10,0	50,0
MID%	7,7	%	4,0	18,0
GRA%	72,2	%	40,0	74,0
RBC	4,05	10 <sup>6</sup> µL	4,04	6,13
HGB	11,1	g/dL	12,2	18,1
HCT	34,2	%	37,7	53,7
MCU	84,4	fL	80,0	97,0
MCH	27,4	Pg	27,0	31,2
MCHC	32,5	g/dL	31,8	35,4
RDW	14,4	%	11,6	14,6
PLT	247	10 <sup>3</sup> µL	142	424
MPV	7,7	fL	0,0	0,0

8) Terapi

No	Nama obat	Dosis
7.	Paracetamol	3X1 gram
8.	Omeprazole	2x40 gram
9.	Ondansteron	3x4 mg
10	Aspilet	1x80 mg
11	ISDN	3x5 mg
12	Simvastatin	1x20 mg

b. Tabulasi data

klien mengeluh nyeri dada kiri, skala nyeri 4 (nyeri sedang) seperti di tusuk-tusuk, nyeri hilang timbul, durasi nyeri 4-6 menit, wajah tanpak meringis, klien mengeluh lemah, mual, sesak napas, terpasang infus tangan sebelah kanan Nacl 0,9% 20 tpm, klien tanpak pucat, dan kusam, terpasang 02 nasal kanul 3 l/m. aktifitas klien di bantu total, klien mudah lelah saat melakukan aktifitas. Nadi 65x/m, Suhu 36,5°C, TD 180/90 mmHg, RR 32x/m, Spo2 90%, mukosa bibir pucat, dan kering, tidak ada penggunaan otot bantu napas, pernapasan takipnea,

bunyi napas wezzing, akral dingin, diaforesis, CRT > detik, mual.

c. Klasifikasi data

DS : klien mengeluh nyeri dada kiri, nyeri seperti di tusuk-tusuk dengan durasi 4-6 menit, klien mengeluh lemah, mual, sesak napas, klien mudah lelah saat melakukan aktifitas dan sesak napas, skal nyeri 4, nyeri hilang timbul.

DO : terpasang infus tangan sebelah kanan Nacl 0,9% 20 tpm, klien tampak pucat, dan kusam, terpasang 02 nasal kanul 3 l/m. aktifitas klien di bantu total, Nadi 65x/m, Suhu 36,5°C, TD 180/90 mmHg, RR 32x/m, Spo2 90%, mukosa bibir pucat, dan kering, tidak ada penggunaan otot bantu napas, pernapasan takipnea, bunyi napas wezzingi, akral dingin, wajah tampak meringis, CRT > 3 detik, diaforesis.

d. Analisa data

No	Sign/simptom	Etiologi	Problem
1.	DS : klien mengeluh nyeri dada kiri, nyeri seperti di tusuk-tusuk dengan durasi 4-6 menit, skala nyeri 4, nyeri hilang timbul DO : wajah tampak meringis, Nadi 65x/m, Suhu 36,5°C, TD 180/90 mmHg, RR 32x/m, Spo2 90%.	Agen pencedera biologi (iskemia)	Nyeri akut
2.	DS : klien mengeluh sesak napas, pusing, mual DO : warna kulit pucat, pernapasan takipneu, RR 32x/m, CRT >3 detik, adanya bunyi napas tambahan rongki, adanya penggunaan otot bantu napas, diaforesis, RR 32x/m	Perubahan membran alveolus kapiler.	Gangguan pertukaran gas
3.	DS : klien mengeluh sesak napas, pusing DO : warna kulit pucat, adanya penggunaan otot bantu napas, pernapasan takipnea, RR 32x/m, CRT >3 detik, nadi 65 x/m dan teraba lemah	Perubahan afterload	Penurunan curah jantung

Prioritas masalah :

1. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus kapiler.
2. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload
3. Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera biologi (iskemia)

B. Diagnosa Keperawatan

1. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus kapiler yang ditandai dengan :  
DS : klien mengeluh sesak napas, pusing.  
DO : warna kulit pucat, pernapasan takipneu, RR 32x/m, CRT >3 detik, adanya bunyi napas tambahan wezzing, tidak adanya penggunaan otot bantu napas, diaforesis, RR 32x/m
2. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload yang ditandai dengan  
DS : klien mengeluh sesak napas, pusing, mual  
DO : warna kulit pucat, adanya penggunaan otot bantu napas, pernapasan takipnea, RR 32x/m, CRT >3 detik, nadi 65 x/m dan teraba lemah,
3. Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera biologi (iskemia) yang ditandai dengan  
DS : klien mengeluh nyeri dada kiri, nyeri seperti di tusuk-tusuk dengan durasi 4-6 menit, skala nyeri 4, nyeri hilang timbul  
DO : wajah tampak meringis, Nadi 65x/m, Suhu 36,5°C, TD 180/90 mmHg, RR 32x/m, Spo2 90%.

C. Intervensi keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Perencanaan	
			Intervensi	Rasional
1	Gangguan pertukaran gas aberhubungan dengan perubahan membran alveolus kapiler	<p>Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawtaan diharapkan pertukaran gas meningkat</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dispneue menurun</li> <li>2. Bunyi napas tamabahan menurun</li> <li>3. Pola napas membaik</li> <li>4. PCO2 dan O2 membaik.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor frekuensi, irama kedalaman dan upaya napas</li> <li>2. Monitor pola napas</li> <li>3. Monitor kemampuan batuk efektif monitor saturasi oksigen</li> <li>4. Auskultasi bunyi napas</li> <li>5. Dokumentasi hasil pemantauan</li> <li>6. Kolaborasi pemberian oksigen</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Takipnue, pernapasan dangkaldan gerakan dada tak simetris sering terjadi karena ketidak nyamanan gerakan gerakan dinding dada/cairan paru.</li> <li>2. Mengetahui frekuensi kedalaman, irama napas</li> <li>3. Menurunnya saturasi oksigen atau meningkatnya PCO2 menunjukkan perluhnyapenanganan yang lebih adekuat atau perubahan terapi.</li> <li>4. Rongki dan wezzing menyertai obstuksi jalan napas, kegagalan pernapasan.</li> <li>5. Mengetahui perkembangan klien dan merencanakan tindakan selanjutnya</li> <li>6. Memenuhi kebutuhan oksigen dalam tubuh</li> </ol>
2	Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload	<p>Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan cuyrah jantung jantung meningkat</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung (dispnue, kelelahan, edema, orthopneu, paroxymal nocturnal)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penilaian awal untuk mengetahui terjadinya penurunan curah jantung ditandai dengan gejala dispnue</li> </ol>



		<p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tanda vital dalam rentan normal</li> <li>2. Kekuatan nadi perifer meningkat</li> <li>3. Tidak ada edema</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (peningkatan BB, hepametogali, distensi vena jugularis, palpitasi, kulit pucat, oliguria)</li> <li>3. Monitor output dan input cairan</li> <li>4. Monitor keluhan nyeri dada</li> <li>5. Berikan terapi relaksasi fisik sesuai toleransi</li> <li>6. Anjurkan beraktifitas fisik sesuai toleransi</li> <li>7. Anjurkan beraktifitas fisik secara bertahap</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Untuk mengetahui perubahan tanda-tanda vital yang dapat menggambarkan keadaan umum pasien.</li> <li>3. Penurunan curah jantung, mengakibatkan gangguan perfusi ginjal, retensi natrium/air, dan penurunan output urine</li> <li>4. Untuk mencegah perburukan atau aritmia.</li> <li>5. Pemberian terapi relaksasi pada klien dapat meningkatkan kenyamanan pada klien</li> <li>6. Melatih pasien beraktifitas sesuai toleransi</li> <li>7. Melatih pasien beraktifitas secara bertahap agar tidak mengalami kekakuan otot</li> <li>8. Untuk menangani gangguan pada irama jantung</li> </ol>
--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

			8. Kolaborasi pemberian obat antiaritmia, jika perlu	
4	Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera biologi (iskemia)	<p>Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan nyeri berkurang dari skala 7 menjadi 2</li> <li>2. Pasien menunjukkan ekspresi wajah tenang</li> <li>3. Pasien dapat beristirahat dengan nyaman.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>4. Berikan terapi non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> <li>5. Anjurkan monitor nyeri secara mandiri</li> <li>6. Ajarkan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri</li> <li>7. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nyeri merupakan pengalaman subjektif, identifikasi karakteristik nyeri dan faktor yang berhubungan merupakan suatu hal yang amat penting untuk memilih intervensi yang cocok untuk mengetahui keefektifan dari terapi yang di berikan.</li> <li>2. Mengetahui seberapa berat nyeri yang dirasakan klien</li> <li>3. Mengetahui nyeri dapat di perberat dan diperingan klien</li> <li>4. Lingkungan yang aman dan nyaman bagi pasien dapat membantu klien untuk beristirahat dan pasien merasa rileks</li> <li>5. Klien dapat mengetahui sendiri karakteristik, penyebab nyeri serta klien dapat mengatasi nyeri yang di rasakan</li> <li>6. Meningkatkan relaksasi yang dapat menurunkan rasa nyeri klien</li> <li>7. Pemberian analgesik dapat mengurangi nyeri yang dirasakan, klien diberikan dengan dosis yang tepat sehingga tujuan perawatan klien tercapai.</li> </ol>

D. Implementasi keperawatan

Hari /tanggal	No DX	Jam	Implementasi	Evaluasi
20 mei 2022	1	09.00	1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya nafas dengan hasil : pernapasan takipnue, bunyi napas wezzing, RR 32x/m	<p>S : Klien mengatakan masih lemah, sesak napas sedikit berkurang                      O : klien menggunakan alat bantu napas O2 nasal kanul 3 l/m, klien terpasang infus Nacl 0,9% 20 atm, takipneu, dispnue, RR 24 x/m, bunyi napas rongki, Spo2 90%, adanya penggunaan otot bantu napas                      A : gangguan pertukaran gas belum teratasi.                      P : intervensi di lanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor frekuensi, irama kedalaman dan upaya napas.</li> <li>2. Monitor pola napas</li> <li>3. Monitor kemampuan batuk efektif monitor saturasi oksigen</li> <li>4. Auskultasi bunyi napas</li> <li>5. Dokumentasi hasil pemantauan</li> <li>6. Kolaborasi pemberian oksigen</li> </ol>
		09.06	2. memonitor pola napas dengan hasil : RR 32x/m, dispnue, tidak adanya penggunaan otot bantu napas, terpasang O2 nasal kanul 3l/m.	
		09.10	3. monitor kemampuan batuk efektif dengan hasil : klien mengeluh masih lemah dan belum mampu untuk melakukan batuk	
		09.14	4. monitor saturasi oksigen dengan hasil : Spo2 90%	
		09.16	5. mengauskultasi bunyi napas tambahan dengan hasil :	

		09.17	<p>adanya bunyi napas tambahan wezing, RR 32x/m</p> <p>6. mengkolaborasi pemberian oksigen dengan hasil : klien mendapatkan terapi oksigen 3 l/.</p>	
20 mei 2022	2	09.18	<p>1. mengidentifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung dengan hasil : klien mengatkan lemah, RR 32x/m, dispneu, CRT &gt; 3 detik</p>	<p>S : klien mengeluh lemah, sesak napas. O : klien tampak lemah, dispneu RR 24x/m, CRT &gt; 3 detik, diaforesis, waja tampak meringis, klien belum mampu untuk melakukan aktifitas. Aktifitas klien di bantu oleh keluarga. A: masalah Penurunan curah jantung belum teratasi P : intervensi di lanjutkan</p> <p>1. Identifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung 2. Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung 3. Monitor output dan input cairan 4. Monitor keluhan nyeri dada 5. Berikan terapi relaksasi fisik sesuai toleransi 6. Anjurkan beraktifitas fisik sesuai toleransi 7. Anjurkan beraktifitas fisik secera bertahap 8. Kolaborasi pemeberian obat antiaritmia jika perlu</p>
		09.20	<p>2. mengidentifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung dengan hasil : diaforesis, klien tampak pucat, mukosa bibir pucat</p>	
		09.24	<p>3. memonitor output dan input cairan dengan hasil : pengeluaran cairan melalui urin 400 ml, dan pemasukan cairan sebanyak 1000 ml</p>	
			<p>4. memonitor keluhan nyeri dengan</p>	

		09.26	<p>hasil :</p> <p>klien mengeluh nyeri -dada sebelah kiri seperi di tusuk-tusuk menjalar sampai ke belakang, dengan durasi nyeri 4, durasi nyeri 4-6 menit.</p>	
		09.29	<p>5. Berikan terapi relaksasi fisik sesuai toleransi</p> <p>Dengan hasil :</p> <p>Klien masih mengeluh lemah, dan masih sulit untuk melakukant teknik relaksasi dengan napas dalam.</p>	
		09.30	<p>6. Menganjurkan beraktifitas fisik sesuai toleransi</p> <p>Dengan hasil :</p> <p>Klein masih mengeluh lemah untuk melakukan aktiftas ringan, aktifitas klien total di bantu oleh keluarga</p>	
		09.31	<p>7. Menganjurkan beraktifitas fisik secera bertahap</p> <p>Dengan hasil :</p> <p>Klien tanpak mengerti dan belum mampu untuk melakukan aktifitas karna masih mengeluh lemah</p>	

		11.30	<p>8. Mengkolaborasi pemberian obat antiaritmia, jika perlu  Dengan hasil :  Klein mendapatkan terapi obat  Paracetamol 3x1 gram  Omeprazole 2x40 gram  Ondansentron 3x4 mg  Aspilet 1x80 mg  ISDN 3x5 mg  Simvastatin 1x20 mg</p>	
20 mei 2022	3	09.25	<p>1. mengidentifikasi lokasi, karakteristik, intensitas nyeri  dengan hasil : nyeri di rsk di dada sebelah kiri, menjalar samapai pada bagaian belakang, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusk, dengan skala nyeri 4, nyeri durasi nyeri 4-6 detiik.</p>	<p>S : klien mengatkan nyeri di dada sebelah kiri, skala nyeri 3, nyeri seperti di tusuk-tusuk, nyeri menjalar sampai ke belakang, durasi nyeri 2-3 detik,  O : klien masih tanpak pucat, klien tanpak lemah, terpasang infus Nacl 0.9% 20 tpm, terpasang O2 nasala kanul 3 l/m, klien mendapatkan terapi obat ISDN 3x5 mg, Aspilet 1x80 mg, Paracetamol 3x1 mg  A : Masalah nyeri akut belum teratasi  P:intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>4. Berikan terapi non farmakologi untuk mengurangi rsa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> <li>5. Anjurkan monitor nyeri secara mandiri</li> <li>6. Ajarkan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri</li> <li>7. Kola borasi pemberian analgetik, jika perlu</li> </ol>
		09.27	<p>2. mengidentifikasi skala nyeri  dengan hasil :  skala nyeri yang dirasakan klien 4 (nyeri sedang).</p>	
		09.28	<p>3. mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri  dengan hasil :</p>	

			<p>klien mengatakan jika klien melakukan aktifitas betar akan merasakan nyeri di bagian dada dan nyeri sedikit meredah ketika klien beristirahat dengan keadaan berbaring.</p>	
		09.30	<p>4. memberikan terapi non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) dengan hasil : klien merasa terganggu dengan lingkungan rumah sakit yang bising, dan suhu lingkungan ruangan yang panas</p>	
		09.32	<p>5. menganjurkan monitor nyeri secara mandiri dengan hasil : klien mengatakan nyeri terjadi secara tiba-tiba ketika melakukan aktifitas, skal nyeri 4 (nyeri sedang), durasi nyeri 4-6 detik.</p>	
			<p>6. mengajarkan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri</p>	

		09.36	<p>dengan hasil :  klien belum mampu untuk melakukan teknik relaksasi napas dalam karna klien masih mengeluh lemah.</p>	
		12.00	<p>7. mengkolaborasikan pemberian analgetik, jika perlu dengan hasil :  klien mendapatkan terapi obat  ISDN 3x5 mg  Aspilet 1x80 mg  Paracetamol 3x1 mg</p>	



Hari/tanggal	No. DX	Jam	Implementasi	Evaluasi (14.00)
21 mei 2022	1	07.05	Monitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya napas : Dengan hasil : pernapasan takipnue, bunyi napas wezzing RR 24x/m	S : klien mengeluh masih lemah, sesak sedikit berkurang O : klien masih tanpak lemah, pucar, RR 20x/m, bunyi napas wezzing, aktifitas klien masih di bantu, masih terpasang O2 nasal kanul 2 l/m, terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm. A : gangguan pertukaran gas belum teratasi P : intervensi dilanjutkan
		07.06	1. memonitor pola napas dengan hasil : RR 20x/m, pernapasan takipnue.	1. Monitor frekuensi, irama kedalaman dan upaya napas. 2. Monitor pola napas 3. Monitor kemampuan batuk efektif monitor saturasi oksigen 4. Auskultasi bunyi napas 5. Dokumentasi hasil pemantauan 6. Kolaborasi pemberian oksigen Monitor kemampuan batuk efektif monitor saturasi oksigen
		07.09	2. Monitor kemampuan batuk efektif , monitor saturasi oksigen dengan hasil : klien belum mampu batuk, klien masih mengeluh lemah, Spo2 95%	Kolaborasi pemberian oksigen
		07.09	3. Mengauskultasi bunyi napas dengan hasil : terdapat bunyi napas wezzing	

		07.10	4. Mendokumentasikan hasil pemantauan dengan hasil : perawat melakukan dokumentasi asuhan keperawatan yang di berikan	
		07.10	5. mengkolaborasi pemberian oksigen dengan hasil : klien mendapatkan terapi oksigen 3 l/.	
21 mei 2022	2	07.12	1. mengidentifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung dengan hasil : klien masih tampak lemah, RR 20x/m, CRT >3 detik.	S : klien masih mengeluh lemah, sesak sedikit berkurang, nyeri sedikit berkurang, skala nyeri 3 (nyeri ringan), durasi nyeri 2-3 detik, nyeri hilang timbul  O : klien masih tampak lemah, pucat, CRT > 3 detik, TD 160/80 mmHg, aktifitas klien masih di bantu total oleh keluarga, klien mendapatkan terapi obat Paracetamol 3x1 gram, Omeprazole 2x40 gram, Ondansentron 3x4 mg, Aspilet 1x80 mg, ISDN 3x5 mg, Simvastatin 1x20 mg
		07.16	2. mengidentifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung dengan hasil : diaforessi, tampak pucat, klien masih tampak	A : masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi  P : intervensi dilanjutkan 1. Periksa sirkulasi perifer (mis:nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu) 2. Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi

		07.17	<p>lemah</p> <p>3. memonitor output dan input cairan dengan hasil :  pengeluaran cairan melalui urin 400 ml, dan pemasukan cairan sebanyak 1000 ml</p>	<p>3. Lakukan hidrasi</p> <p>4. Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulandan penurun kolesterol jika perluh</p> <p>5. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur</p> <p>6. Infomasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan</p>
		07.24	<p>4. memonitor keluhan nyeri dada dengan hasil :  klien mengatkan nyeri dada sedikit berkurang, skala nyeri 3 (nyeri ringan), nyeri di rasakan seperti di tusuk-tusuk dengan durasi 2-4 detik, nyeri hilang timbul.</p>	
		07.25	<p>5. memberikan terapi relaksasi fisik sesuai toleransi dengan hasil :  klien mampu untu melakukan teknik</p>	

			relaksasi napas dalam untuk mengurangi nyeri	
		07.40	6. menganjurkan beraktifitas fisik sesuai toleransi dengan hasil : klien belum mampu untuk melakukan aktifitas karna lemah, aktifitas klein msih di bantu keluarga	
		07.41	7. menganjurkan beraktifitas fisik secera bertahap dengan hasil : klien belum mampu untuk melakukan aktifitas karna lemah, aktifitas klein msih di bantu keluarga	
		11.30	8. mengkolaborasikan pemeberian obat antiaritmia jika perluh dengan hasil :	

			<p>klien mendapatkan terapi obat :</p> <p>Paracetamol 3x1 gram</p> <p>Omeprazole 2x40 gram</p> <p>Ondansentron 3x4 mg</p> <p>Aspilet 1x80 mg</p> <p>ISDN 3x5 mg</p> <p>Simvastatin 1x20 mg</p>	
21 mei 2022	3	11.14	<p>1. mengidentifikasi lokasi, karekteristik, intensitas nyeri dengan hasil : nyeri berkurang, skala nyeri 3 (ringan), durasi nyeri 2-4 detik, nyeri seperti di tusuk-tusuk, nyeri daerah dada menjalar sampai belakang</p>	<p>S : klien mengatakan nyeri sedikit berkurang, skala nyeri 3 (nyeri ringan), nyeri di rasakan seperti di tusuk-tusuk), durasi nyeri 2-4 detik</p> <p>O : klien tampak lemah, klien mampu melakukan teknik napas dalam, aktifitas klien masih di bantu keluarga, terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm, O2 3 l/m.</p> <p>A : masalah nyeri akut sebagian teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karekteristik, intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>4. Berikan terapi non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> <li>5. Anjurkan monitor nyeri secara mandiri</li> <li>6. Ajarkan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri</li> <li>7. Kola borasi pemberian analgetik, jika perlu</li> </ol>
		11.16	<p>2. mengidentifikasi skala nyeri dengan hasil : skala nyeri 3 (nyeri sedang)</p>	

		11.20	3. mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri dengan hasil : nyeri di rasakan tiba-tiba	
		11.22	4. memberikan terapi non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) dengan hasil : klien mengatakan kurang yaman dengan lingkungan yang bisung, dan panas klien merasa	
		11.24	5. menganjurakan monitor nyeri secara mandiri dengan hasil : klien mampu mengenal masalah nyeri, nyeri di rasakan di dada, nyeri hilang timbul, nyeri	

			seperti di tusuk-tusuk, skala nyeri 3	
		11.26	6. mengajarkan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri dengan hasil : klien mampu untuk melakukan teknik non farmakologi (napas dalam)	
		11.30	7. mengkolaborasikan pemberian analgetik, jika perlu dengan hasil : klien mendapatkan terapi obat ISDN 3x5 mg Aspilet 1x80 mg Paracetamol 3x1 mg	

E. evaluasi keperawatan

Tanggal/ jam	Diagnosa keperawatan	Cacatan perkembangan (14.00)
22 mei 2022	Pola napas tidak efektif berhubungan dengan	<p>S : klien mengatakan masih merasa lemah, sesak napas sedikit berkurang</p> <p>O : klien tampak lemah, tampak pucat, RR 20 x/m, terpasang O2 2 l/m, terpasang infus Nacl 0,9 m/l.</p> <p>A : masalah pola napas tidak efektif sebagian teratasi</p> <p>P : intervensi di lanjutkan</p> <p>1, 2, 8</p> <p>I :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor pola napas</li> <li>2. Monitor bunyi napas tambahan</li> <li>3. Monitor kemampuan batuk efektif monitor saturasi oksigen</li> </ol> <p>E : 14.00</p> <p>Klien tampak lemah, sesak sedikit berkurang, RR 20x/m, klien masih tampak pucat, terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm, terpasang oksigen nasal kanul 2 l/m, klien sudah mampu batuk efektif, pernapasan vesikuler, tidak adanya penggunaa otot bantu napas.</p>



22 mei 2022	Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload	<p>S : klien mengeluh lemah, nyeri pada perut, skala nyeri 3 (ringan)</p> <p>O : klien tampak lemah, pucat CRT &gt;3 detik, klien masih terpasang oksigen nasla kanul 2 l/m, terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm.</p> <p>A : masalah penurunan curah jantung sebagian teratasi</p> <p>P : intervensi di lanjutkan 1, 4, 5, 6</p> <p>I :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa sirkulasi perifer (mis:nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu)</li> <li>2. Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulandan penurun kolesterol jika perluh</li> <li>3. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur</li> <li>4. Infomasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan</li> </ol> <p>E : 14.00</p> <p>Klien tampak lemah, sesak sedikit berkurang, RR 20x/m, klien masih tampak pucat, terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm, terpasang oksigen nasal kanul 2 l/m, nyeri sedikit berkurang, skal nyeri 3 (ringan), nyeri hilang timbul, nyeri terasa seperti di tusuk-tusuk dengan durasi nyeri 2-4 detik, CRT &gt; 3 detik, nadi 80x/m, suhu 37,3°C.</p>
22 mei 2022	Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera biologi (iskemia)	<p>S : klien mengatakan nyeri berkurang, skala nyeri 3 (nyeri sedang), nyeri seperti di tusuk-tusuk, durasi 2-4 detik, nyeri hilang timbul</p> <p>O : klien tampak lemah, klien masih terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm, terpasang infus 2 l/m</p> <p>A : masalah nyeri akut sebagian teratasi</p> <p>P : intervensi di lanjutkan 3 dan 5</p>

		<p>I :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li><li>2. menganjurkan monitor nyeri secara mandiri</li></ol> <p>E : klien mengatakan masih lemah, nyeri sedikit berkurang, nyeri hilang timbul, skala nyeri 3 (nyeri ringan).</p>
--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN ENDE**



**LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN  
KARYA TULIS ILMIAH**

**NAMA** : Maria I. Jaga  
**NIM** : PO. 530320219. 940  
**PEMBIMBING** : Maria Salestina Sekunda, SST, M.Kes

NO.	HARI/ TANGGAL	HASIL KONSULTASI	PARAF
1	Selasa, 8/2/2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tambahkan data kejadian CHF di dunia, Indonesia, NTT dan Ende.</li> <li>- Perbaiki latar belakang</li> <li>- Tambahkan pada latar belakang : bagaimana dampak CHF apabila tidak ditangani dengan baik</li> <li>- Tambahkan rumusan masalah seperti di out line</li> </ul>	SP
2	Rabu, 9/2/2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tambahkan dampak apabila CHF tidak ditangani dengan baik apa yang terjadi</li> <li>- Tambahkan konsep medik CHF. Jelaskan Penatalaksanaan CHF.</li> <li>- Tambahkan data Riskesdas kasus CHF</li> </ul>	SP
3	Senin, 14/2/2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tambahkan sedikit alasan pengambilan kasus CHF pada latar belakang</li> <li>- Perbaiki pathway pisahkan sesuai jenis CHF</li> </ul>	SP
4	Rabu, 23/2/2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pisahkan antara penatalaksanaan keperawatan dan penatalaksanaan medis</li> <li>- Tambahkan penulisan diagnosa</li> </ul>	SP

		keperawatan sesuai SDKI	
5	Rabu, 9/3/2022	- Literatur dalam BAB I dan BAB II harus jelas dan nampak dalam daftar pustaka. - Lengkapi BAB I-BAB III. - Perbaiki Pathway	gn
6	Senin, 14/3/2022	- Batasan istilah/definisi operasional dijelaskan tentang CHF dan aspek CHF : dibuat dengan kata-kata yang operasional.	gn
7	Jumad, 18/3/2022	- Lengkapi lampiran dan perbaiki Pathway	gn
8	Senin, 21/3/2022	- ACC, kontrak waktu dengan penguji dan siap ujian.	gn
9	Rabu, 25 Mei 2022	- Lengkapi pengkajian, lihat data fokus	gn
10	Selasa, 31 Mei 2022	- Perbaiki diagnosa sesuai SDKI	gn
11	Senin, 6 Juni 2022	- Perbaiki intervensi sesuai SDKI, Implementasi sesuai kondisi RS	gn
12	Kamis, 9 Juni 2022	- Perbaiki pembahasan	gn
13	Senin, 13 Juni 2022	- Lengkapi penutup	gn
14	Kamis, 16 Juni 2022	- ACC, Siap Ujian, hubungi dosen penguji	gn

Mengetahui

Ketua Program Studi D II Keperawatan Ende



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

NIP. 19660114 199102 1 001

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Maria Ivantris Jaga

Nim : Po. 530320219940

Tempat, Tanggal Lahir : Ende 20 Mei 2022

Jenis Kelamin : Perempuan

Alamat : Desa Wolotolo, Kecamatan Detusoko, Kabupaten Ende, Provinsi NTT

Riwayat Pendidikan :

Jenis Pendidikan	Tempat Pendidikan	Tahun masuk dan Lulus
SDK Wolotolo	Desa Wolotolo, Kec. Detusoko, Kab.Ende	2001-2006
SAMPK Wolotolo	Desa Wolotolo, Kec. Detusoko, Kab.Ende	2007-2009
SMAK Santo Petrus	Kabupaten Ende, Provinsi NTT	2010-2012

MOTTO :

MENEBARKAN KASIH YANG TAK TERHINGGA UNTUK ORANG-

ORANG SEKELILING DI MULAI DARI KELUARGA