

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. E. M. S DENGAN
DIAGNOSA MEDIS CONGESTIVE HEART FAILURE (CHF)
DI RUANG PENYAKIT DALAM ANGGREK III RSUD ENDE**



Oleh :

NURHANIFAH VIRLY HIDAYANTI BAROSAH
PO 530320219946

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

2024

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. E. M. S DENGAN
DIAGNOSA MEDIS CONGESTIVE HEART FAILURE (CHF)
DI RUANG PENYAKIT DALAM ANGGREK III RSUD ENDE**

KARYA TULIS ILMIAH

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



Oleh :

NURHANIFAH VIRLY HIDAYANTI BAROSAH
PO 530320219946

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

2024

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Yang bertanda tangan di bahwa ini :

Nama : Nurhanifah Virly Hidayanti Barosah
Nim : PO530320219946
Program Studi : D III Keperawatan Ende
Judul Karya Tulis : Asuhan Keperawatan Pada Tn. E. M. S Dengan
Diagnosa Medis *Congestive Heart Failure* di
Ruangan Penyakit Dalam III RSUD Ende

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

Ende, 7 Februari 2024

Yang membuat pernyataan

Nurhanifah Virly Hidayanti Barosah
PO 530320219946

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. E. M. S DENGAN
DIAGNOSA MEDIS CONGESTIVE HEART FAILURE (CHF)
DI RUANG PENYAKIT DALAM ANGGREK III RSUD ENDE**

OLEH :

NURHANIFAH VIRLY HIDAYANTI BAROSAH
NIM. PO 530320219946

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

Ende, 7 Februari 2024

Pembimbing



Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.,Ns.,M.Sc
NIP. 197401132002122001

Mengetahui

Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende



Aris Wawomeo, M.,Kep.,Sp.,Kep.,Kom
NIP. 19660114 199102 1 001

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. E. M. S DENGAN
DIAGNOSA MEDIS CONGESIVE HEART FAILURE (CHF)
DI RUANG PENYAKIT DALAM ANGGREK III RSUD ENDE**

NURHANIFAH VIRLY HIDAYANTI BAROSAH
NIM. PO 530320219946

Studi kasus ini telah diujikan dan dipertanggungjawabkan
Pada tanggal 7 Februari 2024

Penguji Ketua



Martina Bedho, SST., M.Kes
NIP. 1958041919866021001

Penguji Anggota



Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.,Ns.,M.Sc
NIP. 197401132002122001

Disahkan Oleh

Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende



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

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dalam rangka memenuhi persyaratan ujian Karya Tulis Ilmiah Diploma III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang Prodi Keperawatan Ende yang berjudul **“Asuhan Keperawatan pada Tn. E. M. S dengan Diagnosa Medis *Congestive Heart Failure* di Ruang Penyakit Dalam Amggrek III RSUD Ende”**.

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

1. Bapak Irfan, SKM.,M.Kes selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Kupang yang telah memberikan kesempatan pada penulis untuk melakukan penelitian studi kasus
2. Bapak Aris Wawomeo, M.Kep., Ns., Sp.Kep. Kom selaku ketua Program Studi DIII Keperawatan Ende
3. Ibu Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.,Ns.,M. Sc selaku dosen pembimbing yang telah membimbing dan memberikan masukan kepada penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah
4. Ibu Martina Bedho, SST.,M.Kes sebagai dosen penguji yang telah mengorbankan waktu dan pikiran untuk memberikan masukan yang berguna bagi penulis demi kesempatan Karya Tulis Ilmiah.

5. Kedua Orang Tua, Keluarga, Saudara – Saudari, serta Teman – Teman semua yang telah membantu secara langsung maupun tidak langsung memberikan masukan kepada penulis.

Penulis menyadari Karya Tulis Ilmiah masih banyak kekurangan, Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari para pembaca guna menyempurnakan segala kekurangan dalam Karya Tulis Ilmiah. Akhir kata, penulis berharap semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat memberikan manfaat pada siapa saja yang membacanya.

Ende, 7 Februari 2024

Penulis

ABSTRAK

Asuhan Keperawatan Pada Tn. E.M.S Dengan Diagnosa Medis Congestive Heart Failure (CHF) Di Ruang Penyakit Dalam Anggrek III RSUD Ende

Nurhanifah Virly Hidayanti Barosah (1)
Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.,Ns.,M.Sc (2)

Penyakit kardiovaskular merupakan gangguan jantung dan pembuluh darah termasuk penyakit jantung koroner, penyakit jantung rematik, penyakit serebrovaskular dan berbagai kondisi lainnya. Dari hasil survey diketahui empat dari lima kematian disebabkan oleh serangan jantung dan stroke, dan sepertiga dari kematian ini dialami pada orang dengan usia di bawah 70 tahun. Berdasarkan *World Health Organization* (WHO), bahwa CHF mengalami peningkatan selama 3 dekade terakhir dan diperkirakan jumlah penderita CHF pada tahun 2040 akan meningkat menjadi 642 juta penderita. Pada tahun 2018 prevalensi kasus CHF diseluruh dunia sebesar 83%. Tingkat kematian untuk CHF sekitar 50% dalam kurun waktu lima tahun.

Tujuan studi kasus yaitu agar Mampu memberikan asuhan keperawatan pada Tn. E. M. S dengan CHF di Ruang Penyakit Dalam Anggrek III RSUD Ende.

Metode yang digunakan dalam Karya Tulis Ilmiah ini adalah metode studi kasus dengan pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan.

Hasil studi kasus pada Tn. E.M.S di laksanakan berdasarkan pendekatan proses keperawatan. Pada pengkajian di temukan data bahwa pasien mengalami dada sakit sebelah kiri menjalar ke punggung, sakit terus menerus, skala sedang 4 – 6, rasanya seperti di tindih beban berat, sesak napas, batuk tanpa lendir, mual muntah yang keluar hanya air, perut terasa kembung dan berputar, kadang kadang mencret.

Diagnosa keperawatan pada Tn. E.M.S yaitu penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung, pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, nyeri akut berhubungan dengan egen pencedera fisik, imobilitas fisik berhubungan dengan ketidakbugaran fisik, deficit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

Intervensi keperawatan di lakukan berdasarkan masalah keperawatan yaitu memberikan terapi oksigen , mengidentifikasi rasa nyeri yang dirasakan, membantu klien untuk melakukan aktivitas ringan, memberikan pendidikan kesehatan tentang sakit yang dialami klien.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan Congestive Heart Failure

Keterangan : (1) Mahasiswa Program studi DIII Keperawatan Ende

(2) Dosen Program Studi DIII Keperawatan Ende

ABSTRACT

Nursing Care for Mr. E.M.S With Medical Diagnosis Congestive Heart Failure (CHF) in Anggrek III Internal Medicine Room, Ende Hospital

Nurhanifah Virly Hidayanti Barosah (1)
Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.,Ns.,M.Sc (2)

Cardiovascular disease is a disorder of the heart and blood vessels including coronary heart disease, rheumatic heart disease, cerebrovascular disease and various other conditions. From the survey results, it is known that four out of five deaths are caused by heart attacks and strokes, and a third of these deaths occur in people under 70 years of age. Based on the World Health Organization (WHO), CHF has increased over the last 3 decades and it is estimated that the number of CHF sufferers in 2040 will increase to 642 million sufferers. In 2018, the prevalence of CHF cases throughout the world was 83%. The death rate for CHF is approximately 50% within five years.

The aim of the case study is to be able to provide nursing care to Mr. E. M. S with CHF in Anggrek III Internal Medicine Room, Ende Hospital.

The method used in this Scientific Writing is a case study method with a nursing care approach which includes assessment, nursing diagnosis, nursing intervention, nursing implementation and evaluation.

The results of the case study on Mr. E.M.S is carried out based on the nursing process approach. In the assessment, data was found that the patient experienced chest pain on the left side radiating to the back, continuous pain, moderate scale 4 - 6, it felt like a heavy burden was pressing on him, shortness of breath, cough without mucus, nausea, vomiting, only water came out, the stomach felt bloated. and spinning, sometimes diarrhea.

Nursing diagnosis for Mr. E.M.S, namely decreased cardiac output related to changes in heart rhythm, ineffective breathing patterns related to difficulty breathing, acute pain related to physical injury agents, physical immobility related to physical unfitness, knowledge deficit related to lack of exposure to information.

Nursing interventions are carried out based on nursing problems, namely providing oxygen therapy, identifying the pain felt, helping clients to carry out light activities, providing health education about the pain experienced by clients.

Keywords: Non-Hemorrhagic Stroke Nursing Care.

Description : (1) Student Ende DIII Nursing Study Program

(2) Supervisor of the Ende DIII Nursing Study Program

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR.....	v
ABSTRAK	vii
ABSTRACT	viii
DAFTAR ISI.....	ix
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar belakang	1
B. Rumusan Masalah.....	3
C. Tujuan	3
D. Metode Penulisan.....	4
E. Manfaat Studi Kasus	4
BAB II TINJAUAN TEORI.....	6
A. Konsep Teori	6
1. Pengertian	6
2. Anatomi	7
3. Etiologi	8
4. Patofisiologi	9
5. Manifestasi Klinis.....	11
6. Pemeriksaan Penunjang	12
7. Penatalaksanaan	13
8. Komplikasi	14
B. Konsep Masalah Keperawatan	15
C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan	19
1. Pengkajian	19
2. Diagnosa	28
3. Intervensi keperawatan.....	28

4. Implementasi Keperawatan	37
5. Evaluasi Keperawatan	37
BAB III METODE STUDI KASUS	38
A. Rancangan /Desain Studi Kasus.....	38
B. Subjek Studi Kasus.....	38
C. Batasan Istilah	39
D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus	39
E. Prosedur Studi Kasus	39
F. Teknik Pengumpulan Data	40
G. Instrument Pengumpulan Data	41
H. Keabsahan Data	41
I. Analisis Data	47
BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	43
A. Hasil Studi Kasus.....	43
1. Gambaran Umum Hasil Studi Kasus.....	43
2. Hasil studi kasus	43
B. Pembahasan	76
1. Pengkajian	76
BAB V PENUTUP	80
A. Kesimpulan.....	80
B. Saran.....	81
DAFTAR PUSTAKA	82
LAMPIRAN.....	84

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Penyakit kardiovaskular merupakan gangguan jantung dan pembuluh darah termasuk penyakit jantung koroner, penyakit jantung rematik, penyakit serebrovaskular dan berbagai kondisi lainnya. Dari hasil survey diketahui empat dari lima kematian disebabkan oleh serangan jantung dan stroke, dan sepertiga dari kematian ini dialami pada orang dengan usia di bawah 70 tahun (*World Health Organization, 2022*).

Jantung merupakan organ tubuh manusia yang mempunyai peran penting dalam kehidupan manusia dan pastinya sangat berbahaya jika jantung kita mempunyai masalah mengingat bahwa banyak kematian disebabkan oleh penyakit jantung. Penyakit jantung adalah penyakit yang disebabkan oleh gangguan fungsi jantung mempunyai masalah mengingat bahwa banyak kematian disebabkan oleh penyakit jantung. Kegagalan sistem kardiovaskuler atau yang umumnya dikenal dengan istilah gagal jantung adalah kondisi medis dimana jantung tidak dapat memompa cukup darah ke seluruh tubuh sehingga jaringan tubuh membutuhkan oksigen dan nutrisi tidak terpenuhi dengan baik. *Congestive Heart Failure (CHF)* merupakan ketidakmampuan jantung memompakan darah untuk memenuhi kebutuhan oksigen dan nutrisi ke jaringan tubuh.

Berdasarkan *World Health Organization (WHO)*, bahwa CHF mengalami peningkatan selama 3 dekade terakhir dan diperkirakan jumlah

penderita CHF pada tahun 2040 akan meningkat menjadi 642 juta penderita. Pada tahun 2018 prevalensi kasus CHF diseluruh dunia sebesar 83%. Tingkat kematian untuk CHF sekitar 50% dalam kurun waktu lima tahun. Prevalensi CHF di Indonesia menurut RISKESDAS (2018) sebesar 72% dari total jumlah penduduk di Indonesia. Hasil Riset Kesehatan Dasar Kementerian Kesehatan (RISKESDAS, 2018). Provinsi dengan prevalensi tinggi jantung koroner salah satunya yaitu Nusa Tenggara Timur sebesar 4,4 %, diikuti oleh Provinsi D.I. Yogyakarta dan Gorontalo sebesar 2,0%. Menurut data yang didapatkan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Ende bahwa jumlah penderita CHF pada tahun 2022 sebanyak 2040 orang. Berdasarkan data 10 besar penyakit rawat inap Di Rumah Sakit Umum Daerah Ende (RSUD) Ende pada tahun 2021 tercatat 29 % orang, pada tahun 2022 tercatat 49% orang, dan pada tahun 2023 sementara tercatat 22% orang.

Dampak paling awal dari penyakit ini adalah pergerakan jantung yang tidak stabil dan menyebabkan jantungnya hanya berdetak saja dan tidak memompa darah. Kondisi ini apabila tidak segera ditangani dengan penanganan yang benar maka akan sangat berbahaya, dan akan terjadi kematian dalam hitungan detik. (Nurhayati & Nuraini, 2019).

Kasus CHF yang terus meningkat maka peran perawat sangat dibutuhkan untuk penanggulangan penyakit CHF, agar tidak menimbulkan komplikasi yang lebih berat lagi yang dapat memperburuk keadaan penderita. CHF harus ditangani dengan segera karena CHF dapat mengurangi aliran darah ke ginjal yang akhirnya dapat menyebabkan gagal ginjal, serta CHF

dapat meningkatkan resiko stroke dan kematian bila tidak ditangani dengan cepat, karena aliran darah melalui jantung lebih lambat pada CHF dari pada di jantung yang normal, maka semakin besar kemungkinan akan mengembangkan pembekuan darah, maka untuk mengatasi masalah tersebut penting di lakukan asuhan keperawatan yang tepat guna mencegah kematian serta dampak – dampak yang mungkin terjadi (Bararah & Jauhar, 2013).

B. Rumusan Masalah

Bagaimana asuhan keperawatan pada Tn. E. M. S dengan *Congestive Heart Failure* (CHF) di Ruang Penyakit Dalam Anggrek III RSUD Ende?

C. Tujuan

1. Tujuan umum

Mampu memberikan asuhan keperawatan pada Tn. E. M. S dengan CHF di Ruang Penyakit Dalam Anggrek III RSUD Ende

2. Tujuan khusus

Mampu melakukan asuhan keperawatan pada Tn. E. M. S dengan CHF yang meliputi:

- a. Mampu mengidentifikasi pengkajian keperawatan pada Tn. E. M. S dengan CHF di Ruang Penyakit Dalam Anggrek III RSUD Ende
- b. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada Tn. E. M. S dengan CHF di Ruang Penyakit Dalam Anggrek III RSUD Ende
- c. Mampu merumuskan intervensi keperawatan pada Tn. E. M. S dengan CHF di Ruang Penyakit Dalam Anggrek III RSUD Ende

- d. Mampu melakukan implementasi keperawatan pada Tn. E. M. S dengan CHF di Ruang Penyakit Dalam Anggrek III RSUD Ende
- e. Mampu melakukan evaluasi keperawatan pada Tn. E. M. S dengan CHF di Ruang Penyakit Dalam Anggrek III RSUD Ende
- f. Untuk mengetahui kesenjangan teori dan praktek asuhan keperawatan pada Tn. E. M. S dengan CHF di Ruang Penyakit Dalam Anggrek III RSUD Ende

D. Metode Penulisan

Metode yang digunakan adalah menggunakan metode kepustakaan, metode studi kasus, dan metode konsultasi

E. Manfaat Studi Kasus

1. Manfaat Teori

Sebagai referensi dalam mengembangkan ilmu asuhan keperawatan dimasa yang akan datang khususnya pada Tn. E. M. S dengan *Congestive Heart Failure* (CHF) di Ruangan Penyakit Dalam Anggrek 3 Rumah Sakit Umum Daerah Ende

2. Manfaat Praktis

a. Bagi penulis

Menambah wawasan dan sebagai bahan acuan bagi peneliti selanjutnya dalam mengembangkan penelitian lanjutan terhadap pasien CHF

b. Bagi institusi pendidikan

Hasil Penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan acuan bagi pengembangan keilmuan khususnya di Program Studi DIII Keperawatan Ende.

c. Bagi Institusi RSUD Ende

Sebagai masukan dalam pelayanan kesehatan untuk meningkatkan Asuhan Keperawatan kepada Tn. E. M. S dengan CHF.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Teori

1. Pengertian

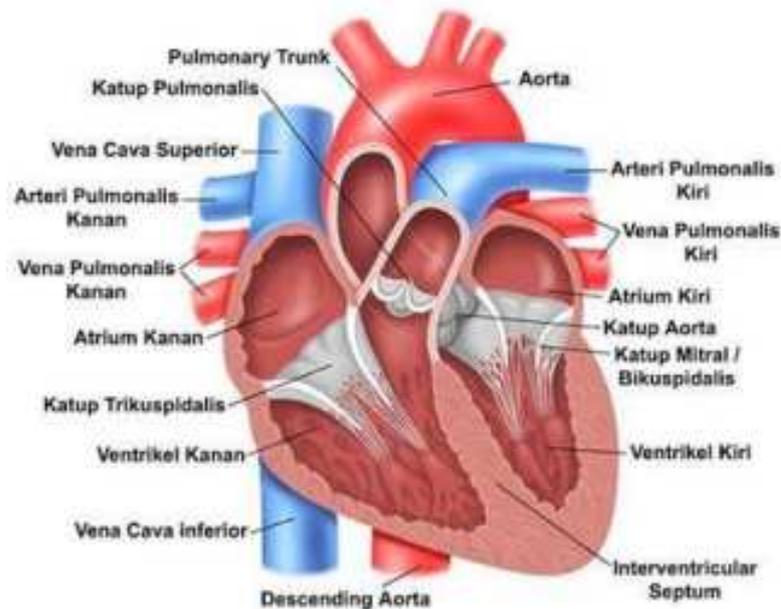
Gagal jantung yaitu suatu keadaan patofisiologi adanya kelainan fungsi jantung yang berakibat jantung gagal memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme jaringan atau peningkatan tekanan pengisian diastolik dari ventrikel kiri atau keduanya, sehingga tekanan kapiler paru meningkat (Asikin, Nuralamsyah & Saldi, 2016).

Congestive Heart Failure (CHF) atau yang biasa disebut juga dengan Gagal jantung kongestif adalah ketidakmampuan jantung untuk memompa darah dalam jumlah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan jaringan terhadap oksigen dan nutrien dikarenakan adanya kelainan fungsi jantung yang berakibat jantung gagal memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme jaringan dan atau kemampuannya hanya ada kalau disertai peninggalan tekanan pengisian ventrikel kiri. (Daryani, 2021)

Congestive Heart Failure (CHF) biasa disebut juga dengan Gagal jantung kongestif adalah sindrom yang terjadi bila jantung tidak mampu memompa cukup darah untuk memenuhi kebutuhan metabolik dan oksigen jaringan. gagal jantung kiri mengakibatkan penurunan kekuatan kontraktil ventrikel kiri dan penurunan curah jantung. Gagal jantung ini dapat diakibatkan oleh hipertensi, iskemia / infark miokard, dan penyakit katup aorta atau mitral. Gagal jantung sebelah kanan mengakibatkan

penurunan kekuatan kontraktile ventrikel kanan dan dan bermanifestasi sebagai kongesti vena sistemik dan edema perifer. Gagal jantung ini dapat diakibatkan oleh penyakit paru, perikarditis, stenosis trikuspid / pulmonal, emboli pulmonal akut, atau paling sering gagal jantung sebelah kiri.). Penyakit gagal jantung yang dalam istilah medisnya disebut dengan “*Heart Failure* atau *Cardiac Failure*” merupakan suatu keadaan darurat medis di mana jumlah darah yang dipompa oleh jantung seseorang setiap menitnya (curah jantung [*cardiac output*]) tidak mampu memenuhi kebutuhan normal metabolisme tubuh (Majid, 2018)

2. Anatomi



Gambar 2.1. Anatomi Jantung (Dee Unglaub Silverthorn, 2014)

Jantung merupakan organ pemompa besar yang memelihara peredaran darah melalui seluruh tubuh. Arteri membawa darah dari jantung, vena membawa darah ke jantung. Kapiler menggabungkan arteri dan vena. Jantung adalah organ berupa otot, berbentuk kerucut, berongga

basisnya diatas, dan puncaknya dibawah. Berat jantung kira – kira 300 gram. Jantung berada di dalam toraks, antara kedua paru – paru dan dibelakang sternum, dan lebih menghadap ke kiri dari pada ke kanan.

Lapisan jantung terdiri atas 3 lapisan yaitu :

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

3. Etiologi

Menurut Notoatmodjo (2010) Faktor - faktor penyebab gagal jantung diantaranya adalah kebiasaan merokok, diabetes, hipertensi, kolestrol, kelebihan berat badan hingga stress. Ada tiga faktor lainnya yang tidak bisa dihindari oleh manusia yakni faktor keturunan dan latar belakang keluarga, faktor usia dan jenis kelamin yang banyak ditemui pada kasus kegagalan jantung. Selain hipertensi, penyebab gagal jantung adalah kelainan otot jantung, aterosklerosis dan peradangan pada miokardium.

a. Faktor sistemik

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

metabolik dan abnormalita elektrolit dapat menurunkan kontraktilitas jantung.

b. Klasifikasi fungsional gagal jantung menurut *New York Heart Association* (NYHA) dalam (Nurarif & Kusuma, 2015)

Kelas 1 : Tidak ada keterbatasan aktivitas fisik. Aktivitas fisik biasa tidak menyebabkan kelelahan atau dispnea.

Kelas 2 : Sedikit keterbatasan fisik. Merasa nyaman saat istirahat, tetapi aktivitas fisik menyebabkan kelelahan atau dispnea.

Kelas 3 : Keterbatasan nyata aktifitas fisik tanpa gejala. Gejala terjadi bahkan saat istirahat, jika aktivitas fisik dilakukan, gejala meningkat.

Kelas 4 : Tidak mampu melakukan aktivitas fisik tanpa gejala. Gejala terjadi bahkan pada saat istirahat, jika aktivitas fisik dilakukan, gejala meningkat.

4. Patofisiologi

Jantung yang normal dapat berespon terhadap peningkatan kebutuhan metabolisme dengan menggunakan mekanisme kompensasi yang bervariasi untuk mempertahankan kardiak output, yaitu meliputi :

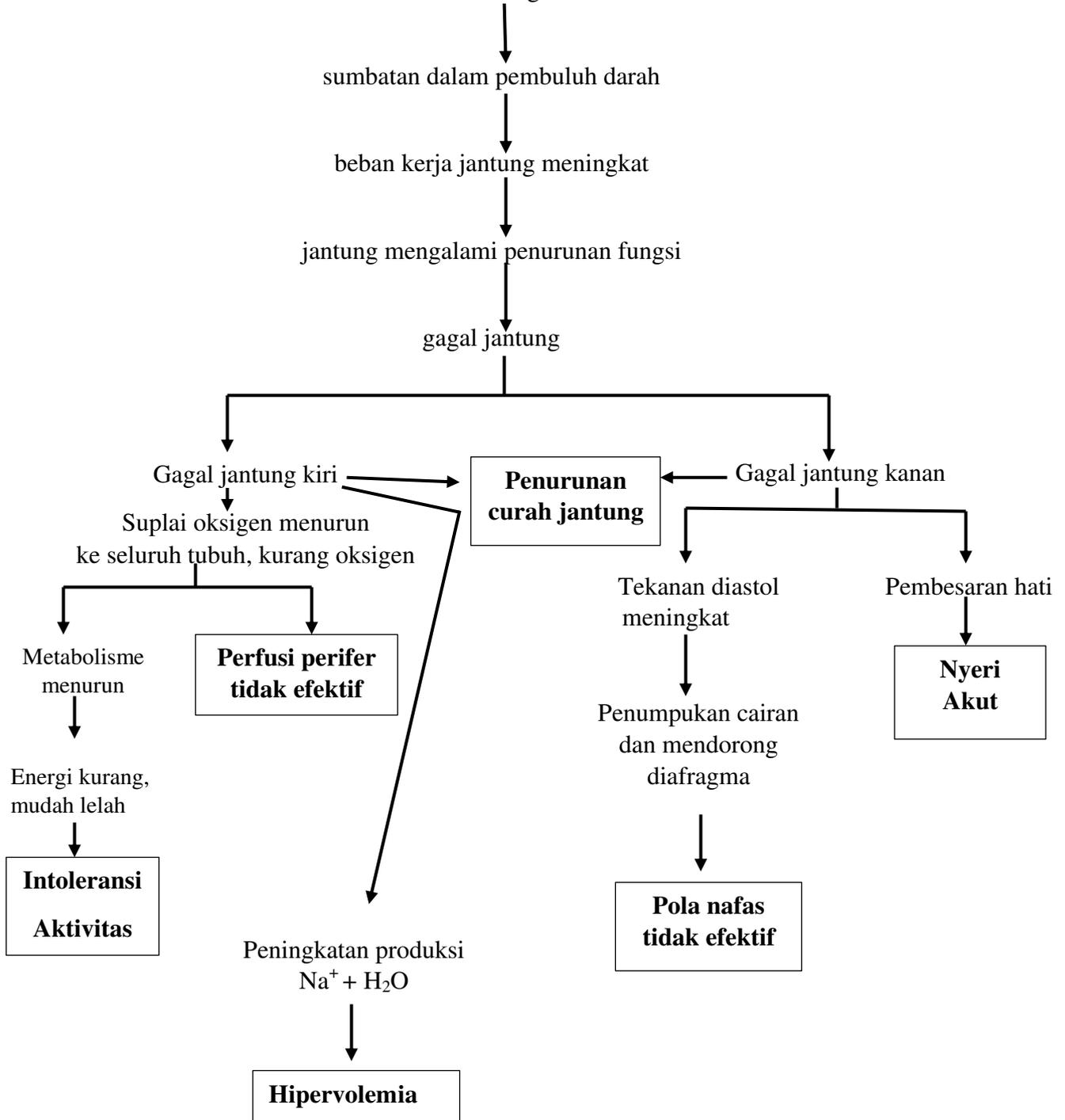
- a. Respon sistem saraf simpatis terhadap baroreseptor atau kemoreseptor.
- b. Pengencangan dan pelebaran otot jantung untuk menyesuaikan terhadap peningkatan volume
- c. Vasokonstriksi arterirenal dan aktivasi system rennin angiotensin

d. Respon terhadap serum sodium dan regulasi ADH dan reabsorpsi terhadap cairan

Kegagalan mekanisme kompensasi dapat dipercepat oleh adanya volume darah sirkulasi yang dipompa untuk melawan peningkatan resistensi vaskuler oleh pengencangan jantung. Kecepatan jantung memperpendek waktu pengisian ventrikel dari arteri coronaria. Menurunnya Cardiac Output (COP) dan menyebabkan oksigen yang tidak adekuat ke miokardium.

Pathway

Kelainan otot jantung, aterosklerosis, hipertensi, peradangan dan penyakit miokardium degeneratif, faktor sistemik, pola makan tidak sehat dan kurang berolahraga



Gambar 2.2 Pathway CHF (Yohanes, 2022)

5. Manifestasi Klinis

Kongestif jaringan akibat tekanan arteri dan vena meningkatkan akibat penurunan curah jantung.

a. Gagal jantung kiri, manifestasi yang terjadi yaitu :

- 1) Dispnea, terjadi akibat penimbunan cairan dalam alveoli dan mengganggu pertukaran gas.
- 2) Mudah lelah, terjadi karena curah jantung yang kurang yang menghambat jaringan dan sirkulasi normal dan oksigen serta menurunnya pembuangan sisa hasil katabolisme.
- 3) Meningkatnya energi yang digunakan untuk bernapas dan insomnia yang terjadi karena distress pernapasan dan batuk.
- 4) Kegelisahan atau kecemasan, terjadi karena akibat gangguan oksigen jaringan, stres akibat kesakitan bernapas dan pengetahuan bahwa jantung tidak berfungsi dengan baik.

b. Gagal jantung kanan, manifestasi yang terjadi yaitu :

- 1) Kongestif jaringan perifer dan visceral
- 2) Oedema ekstremitas bawah, biasanya oedema pitting, penambahan Berat Badan (BB).
- 3) Hepatomegali dan nyeri tekan pada kuadran kanan atas abdomen terjadi akibat pembesaran vena hepar.
- 4) Anoreksia dan mual, terjadi akibat pembesaran vena dan statis vena dalam rongga abdomen
- 5) Nokturia : sering kencing di malam hari

6) Kelemahan

6. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Majid (2018), pemeriksaan diagnostik yang bisa dilakukan yaitu :

- a. EKG (Elektrokardiogram) Hasil EKG pada klien gagal jantung kongestif memberikan gambaran hipertrofi ventrikel kiri (LVH), aritmia atrium dan ventrikel, blok konduksi atrio-ventrikular dan intraventrikel, iskemia dan/infark miokard, hipertrofi ventrikel kanan dan kiri.
- b. Echokardiogram yang dilakukan pada penderita CHF digunakan dan memberikan informasi tentang fraksi ejeksi, volume ventrikel kiri, fungsi diastolik, fungsi ventrikel kanan, hemodinamik, serta regurgitasi katup yang memiliki penanda prognostik dan terapi yang penting.
- c. Foto rontgen dada Foto rontgen dada pada klien CHF biasanya mengalami pembesaran jantung, penimbunan cairan diparu-paru atau penyakit paru lainnya, penonjolan vaskular pada lobus atas, efusi pleura, edema pulmonal interstisial dan edema pulmonal alveolus.
- d. Tes darah BNP Tes darah BNP untuk mengukur kadar hormon BNP (B-type natriuretic peptide) yang pada gagal jantung akan meningkat. 100-300 pg/mL menunjukkan adanya kondisi gagal jantung, 300 pg/mL mengindikasikan gagal jantung ringan, > 600 pg/mL mengindikasikan gagal jantung tingkat sedang, > 900 pg/mL mengindikasikan gagal jantung parah.
- e. Scan jantung Scan jantung baik dilakukan untuk memvisualisasi anatomi arteri koroner pada klien gagal jantung yang memiliki pre-test

probability penyakit jantung koroner yang rendah atau hasil uji stres non invasif yang meragukan, tindakan penyuntikan fraksi dan memperkirakan pergerakan dinding.

f. Katerisasi jantung Pada klien CHF biasanya dilakukan kateterisasi jantung, yaitu memasukan selang panjang tipis melalui pembuluh darah menuju jantung. Dibantu dengan pemberian zat kontras disuntikkan kedalam ventrikel ; menunjukkan ukuran normal dan ejeksi fraksi/perubahan kontraktilitas.

7. Penatalaksanaan

a. Terapi non-farmakologis

- 1) Istirahat untuk mengurangi beban kerja jantung
- 2) Oksigenasi : memberikan terapi O₂
- 3) Dukungan diet : pembatasan natrium untuk mencegah, mengontrol atau menghilangkan oedema.

b. Terapi farmakologis

1) Glikosida jantung

Digitalis, meningkatkan kekuatan otot jantung dan memperlambat frekuensi jantung. Efek yang dihasilkan, peningkatan curah jantung, penurunan tekanan vena dan volume darah, peningkatan diurisi dan mengurangi oedema.

2) Terapi diuretik

Diberikan untuk memacu ekskresi natrium dan air melalui ginjal.

Penggunaan harus hati – hati karena efek samping hiponatremia dan hipokalemia.

3) Terapi vasodilator

Obat – obat vasoaktif digunakan untuk mengurangi impedansi tekanan terhadap penyumbatan darah oleh ventrikel. Obat ini memperbaiki pengosongan ventrikel dan peningkatan kapasitas vena sehingga tekanan pengisian ventrikel kiri dapat diturunkan.

8. Komplikasi

Menurut Kasron (2012), komplikasi pada gagal jantung yaitu :

- a. Edema paru akut terjadi akibat gagal jantung kiri
- b. Syok kardiogenik 17 Stadium dari gagal jantung kiri, kongestif akibat penurunan curah jantung dan perfusi jaringan yang tidak adekuat ke organ vital (jantung dan otak)
- c. Episode trombolitik Karena pembentukan bekuan vena karena statis darah
- d. Efusi perikardial dan tamponade jantung
- e. Toksisitas digitalis akibat pemakaian obat-obatan digitalis

B. Konsep Masalah Keperawatan

Masalah keperawatan yang ditemukan pada pasien CHF antara lain :

1. Penurunan curah jantung

Definisi : ketidakadekuatan jantung memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh.

Penyebab : perubahan irama jantung, perubahan frekuensi jantung, perubahan kontraktilitas, perubahan preload, perubahan afterload

Kriteria mayor : Subjektif : palpitasi, lelah, dispnea, ortopnea, batuk

Objektif : bradikardi/takikardi, edema, disfungsi vena jugularis, hepatomegali, tekanan darah meningkat /menurun, nadi perifer teraba lemah, warna kulit pucat dan/atau sianosis.

Kriteria minor : Subjektif : cemas, gelisah
Objektif : murmur jantung, berat badan bertambah

Kondisi klinis : gagal jantung kongestif, sindrom koroner akut, stenosis mitral, regurginasi mitral, stenosis aorta, aritmia, penyakit jantung bawaan

2. Pola napas tidak efektif

Definisi: inspirasi dan/atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat

Penyebab : depresi pusat pernapasan, hambatan upaya napas (mis. Nyeri saat bernapas, kelemahan otot pernapasan), deformitas dinding dada, deformitas tulang dada, gangguan neuromuskular, gangguan neurologis (mis. *Elektroensefalogram* [EEG] positif, cedera kepala, gangguan

kejang), imaturitas neurologis, penurunan energi, obesitas, posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru, sindrom hipovekilasi, kerusakan inervasi diafragma (kerusakan saraf C5 keatas), cedera pada medula spinalis, efek agen farmakologis, kecemasan.

Kriteria mayor : Subjektif : dispnea Objektif : penggunaan otot bantu pernapasan, fase ekspirasi memanjang, pola napas abnormal (mis. Takipnea, bradipnea, hiperventilasi, *kussmaul*, *cheyne-stokes*)

Kriteria minor : Subjektif : ortopnea Objektif : pernapasan pursed-lip, pernapasan cuping hidung, diameter thoraks anterior – posterior meningkat, ventilasi semenit menurun, kapasitas vital menurun, tekanan ekspirasi menurun, tekanan inspirasi menurun, ekskursi dada berubah

Kondisi klinis : depresi sistem saraf, cedera kepala, trauma thoraks, *Gullian barre syndrom*, *mutiple sclerosis*, *myastenia grafis*, stroke, kuadriplegia, intoksikasi alkohol.

3. Nyeri Akut

Definisi : pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan, yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

Penyebab : agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma), agen pencedera kimiawi (mis. Terbakar, bahan kimia iritan), agen pencedera fisik (mis. Abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

Kriteria mayor : Subjektif : mengeluh nyeri Objektif : tampak meringis, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.

Kriteria minor : Subjektif : - Objektif : tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, berfokus pada diri sendiri, diaforesis.

4. Perfusi Perifer tidak efektif

Definisi : penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh

Penyebab : hiperglikemia, penurunan konsentrasi hemoglobin, peningkatan tekanan darah, kekurangan volume cairan, penurunan aliran arteri dan/atau vena, kurang terpapar informasi tentang faktor pemberat, kurang terpapar informasi tentang faktor proses penyakit, kurang aktivitas fisik

Kriteria mayor : Subjektif : - Objektif : nadi perifer menurun atau tidak teraba, akral teraba dingin, kulit pucat, turgor kulit menurun

Kriteria minor : Subjektif : nyeri ekstremitas Objektif : edema, penyembuhan luka lambat

Kondisi klinis : tromboflebitis, diabetes melitus, anemia, gagal jantung kongestif, kelainan jantung kongenital, trombosis arteri, varises, trombosis vena dalam, sindrom kompartemen

5. Hipervolemia

Definisi : peningkatan volume cairan intravaskular, interstisial, dan/atau intraselular

Penyebab : gangguan mekanisme regulasi, kelebihan asupan cairan, kelebihan asupan natrium, gangguan aliran balik vena, efek agen farmakologis (mis. kortikosteroid, *chlorpropamide*, *tolbutamide*, *vincristine*, *trytilinescarbamazepine*).

Kriteria Mayor : Subjektif : ortopnea, dispnea, paroxymal nocturnal dyspnea (PND). Objektif : edema anasarka dan/atau edema perifer, berat badan meningkat dalam waktu singkat, jugular venous pressure (JVP) dan/atau central venous perifer (CVP) meningkat, reflek hepato jugular meningkat.

Kriteria Minor : Subjektif : - Objektif : distensi vena jugularis, terdengar suara napas tambahan, hepatomegali, kadar Hb/Ht turun, oliguria, intake lebih banyak dari output (balans cairan positif), kongesti paru.

Kondisi klinis : penyakit ginjal : gagal ginjal akut/kronis, sindrom nefrotik, hipoalbuminemia, gagal jantung kongestif, kelainan hormon, penyakit hati (mis. Sirosis, asites, kanker hati), penyakit vena perifer (mis. Varises vena, trombus vena, plebitis), imobilitas.

6. Intoleransi aktivitas

Definisi : ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari – hari

Penyebab : ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, tirah baring, kelemahan, imobilitas, gaya hidup monoton.

Kriteria Mayor : Subjektif : mengeluh lelah. Objektif : frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat

Kriteria Minor : Subjektif : dispnea saat/setelah aktivitas, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas, merasa lemah. Objektif : tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat, gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas, gambaran EKG menunjukkan iskemia, sianosis

Kondisi Klinis : anemia, gagal jantung kongestif, penyakit jantung koroner, penyakit katup jantung, aritmia, penyakit paru obstruktif kronis (PPOK), gangguan metabolik, gangguan muskuloskeletal.

C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

a. Data demografi

CHF sering diderita oleh jenis kelamin pria, angka risiko pria terkena penyakit jantung lebih besar dibandingkan dengan wanita karena pria tidak memiliki hormon estrogen. Hormon estrogen berguna untuk menurunkan kolestrol jahat (LDL) dan meningkatkan kolestrol baik (HDL) sehingga dapat mencegah terjadinya pengendapan di pembuluh darah yang dapat merujuk pada penurunan curah jantung (Shahab, Fauzan & Budiharto, 2016).

b. Identitas :

1) Identitas pasien : Nama, Umur, Jenis Kelamin, Alamat, agama, pekerjaan, diagnosa medis, tanggal masuk rumah sakit, nomor register

2) Identitas penanggung jawab : nama, umur, jenis kelamin, alamat, agama, hubungan dengan pasien.

c. Keluhan dan riwayat

- 1) Keluhan utama : keluhan pada saat pemeriksaan, mengungkapkan hal – hal yang menyebabkan pasien membutuhkan pertolongan.
- 2) Riwayat kesehatan sekarang : keluhan yang paling sering di rasakan klien
- 3) Riwayat kesehatan dahulu : apakah klien pernah mengalami penyakit yang di alami sekarang
- 4) Riwayat kesehatan keluarga : apakah ada keluarga yang mengalami penyakit yang di alami klien atau keluarga mempunyai penyakit turunan lain.

d. Pola kesehatan

Hal – hal yang dapat dikaji pada *Congesive Heart Failure* (CHF) adalah:

- 1) Pola manajemen kesehatan : perilaku individu tersebut mengatasi masalah kesehatan yang berkaitan dengan CHF
- 2) Pola aktivitas – latihan : adanya kegiatan sehari – hari klien
- 3) Pola istirahat – tidur : adanya gangguan rasa nyaman
- 4) Pola persepsi kognitif : gambaran umum indera pasien terganggu atau tidak dan ada atau tidaknya alat bantu dalam pengindraan
- 5) Pola hubungan peran : hubungan klien dengan orang – orang terdekat.
- 6) Pola toleransi koping – stres : adanya ketidaknyamanan mengakibatkan stres pada individu.

- 7) Pola reproduksi – seksual : perilaku pasien terjadi pada individu
- 8) Pola nutrisi metabolik : apa saja yang di konsumsi individu tersebut
- 9) Pola eliminasi : apakah ada gangguan atau tidak BAB/BAK pada klien

e. Pemeriksaan fisik

- 1) Kepala : kebersihan kulit kepala, tekstur dan warna rambut, apakah ada nyeri tekan atau tidak
- 2) Mata : konjungtiva anemis atau tidak, sklera ikterik atau tidak, fungsi penglihatan baik atau tidak
- 3) Telinga : ada serumin atau tidak, ada atau tidaknya gangguan pendengaran pada telinga
- 4) Mulut : mulut bersih, ada atau tidaknya karies gigi
- 5) Hidung : ada atau tidaknya sekret, ada pernapasan cuping hidung atau tidak
- 6) Leher : ada atau tidaknya pembesaran kelenjar tiroid dan limfe
- 7) Dada : gerakan dada, deformitas
- 8) Abdomen : bentuk abdomen, ada atau tidaknya bising usus, ada atau tidaknya nyeri tekan
- 9) Ekstremitas : apakah ada sianosis atau tidak

f. Pengumpulan Data Perpola

1) Aktivitas/Istirahat

Gejala : kelelahan/kelelahan terus menerus sepanjang hari, insomnia, nyeri dada dengan aktivitas, dispnea pada istirahat atau pada pengerahan tenaga

Tanda : gelisah, perubahan status mental

2) Sirkulasi

Gejala : suhu badan meningkat, keringat pada malam hari

Tanda : suhu badan meningkat, keringat pada malam hari

3) Integritas ego

Gejala : ansietas, kuatir, takut, stres yang berhubungan dengan penyakit/keprihatinan finansial (pekerjaan/biaya perawatan medis)

Tanda : berbagai manifestasi perilaku, mis. ansietas, marah, ketakutan, mudah tersinggung

4) Eliminasi

Gejala : penurunan berkemih, urine berwarna gelap, berkemih malam hari (nokturia), diare/konstipasi

5) Makanan/Cairan

Gejala : kehilangan nafsu makan, mual/muntah, penambahan berat badan signifikan, pembengkakan pada ekstremitas bawah, diet tinggi garam/makanan yang telah diproses, lemak, gula, dan kafein, penggunaan diuretik.

Tanda : penambahan berat badan cepat, distensi abdomen (asites)

6) Higiene

Gejala : kelelahan/kelemahan, kelemahan selama aktivitas perawatan diri

Tanda : penampilan mendadak kelalaian perawatan personal

7) Neurosensori

Gejala : kelemahan, pening, episode pingsan

Tanda : letargi, kusut pikir, disorientasi, perubahan perilaku, mudah tersinggung

8) Nyeri/Kenyamanan

Gejala : nyeri dada, nyeri abdomen kanan atas, sakit pada otot

Tanda : tidak tenang, gelisah, fokus menyempit (menarik diri), perilaku melindungi diri

9) Keamanan

Gejala : perubahan dalam fungsi mental, kehilangan kekuatan/tonus otot, kulit lecet

10) Pernapasan

Gejala : dispnea saat aktivitas, tidur sambil duduk, atau dengan beberapa bantal, batuk dengan/tanpa pembentukan sputum, riwayat penyakit paru kronis, penggunaan bantuan pernapasan, mis. oksigen atau medikasi

Tanda : pernapasan takipnea, napas dangkal, penggunaan otot aksesoris pernapasan, batuk kering/nyaring/nonproduktif atau mungkin batuk terus menerus dengan/tanpa pembentukan sputum, sputum mungkin bersemu darah, merah mudah/berbuih

11) Interaksi sosial

Gejala : penurunan keikutsertaan dalam aktivitas sosial yang biasa dilakukan

g. Tabulasi Data

Badan lemah, Nafsu makan menurun, penurunan, batuk, sesak nafas, penggunaan otot bantu pernafasan, sulit tidur, dispnes, ortopnea, pola napas abnormal, oliguria, intake lebih banyak dari output, mengeluh lelah, bradikardi/takikardi, edema, disfungsi vena jugularis, hepatomegali, tekanan darah meningkat /menurun, nadi perifer teraba lemah, warna kulit pucatdan/atau sianosis, murmur jantung, berat badan bertambah, nadi perifer menurun atau tidak terabah, akril terabah dingin, kulit pucat, turgor kulit mneurun, cemas, gelisah, bunyi napas tambahan, tekanan parsial karbondioksida meningkat/menurun, tekanan oksigen menurun, tampak meringis, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, cepat kenyang setelah makan, kram/nyeri abdomen, nafsu makan menurun, bising usus hiperaktif, otot pengunyah lemah, otot menelan lemah, membran mukosa pucat, sariawan, serum albumin turun, diare, kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit, nyeri, perdarahan, kemerahan, hematoma

h. Klasifikasi Data

DS : dispnes, ortopnea, : mengeluh lelah, dispnea saat/setelah melakukan aktivitas, merasa lemah, cemas, gelisah, cepat kenyang setelah makan, kram/nyeri abdomen, nafsu makan menurun

DO : penggunaan otot bantu pernafasan, pola napas abnormal, pernafasan cuping hidung, bradikardi/takikardi, edema, disfungsi vena jugularis, hepatomegali, tekanan darah meningkat /menurun, nadi

perifer terabuh lemah, warna kulit pucat dan/atau sianosis, murmur jantung, berat badan bertambah, nadi perifer menurun atau tidak terabuh, akral terabuh dingin, kulit pucat, turgor kulit mneurun, bunyi napas tambahan, tekanan parsial karbondioksida meningkat/menurun, tekanan oksigen menurun, tampak meringis, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, bising usus hiperaktif, otot pengunyah lemah, otot menelan lemah, membran mukosa pucat, sariawan, serum albumin turun, diare, kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit, nyeri, perdarahan, kemerahan, hematoma

Tabel 2.1.
Analisa Data

No	Sign/simtom	Etiologi	Problem
1.	Ds: palpitasi, lelah, dispnea, ortopnea, batuk cemas, gelisah Do: bradikardi/takikardi, edema, disfungsi vena jugularis, hepatomegali, tekanan darah meningkat /menurun, nadi perifer terabuh lemah, warna kulit pucat dan/atau sianosis, murmur jantung, berat	perubahan irama jantung	penurunan curah jantung

	badan bertambah.		
2.	Ds: dispnes, ortopnea Do: penggunaan otot bantu pernapasan, fase ekspirasi memanjang, pola napas abnormal, pernapasan pursed-lip, pernapasan cuping hidung, ventilasi semenit menurun, kapasitas vital menurun.	hambatan upaya napas	pola napas tidak efektif
3.	Ds : mengeluh nyeri Do : tampak meringis, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, berfokus pada diri sendiri, diaforesis.	Agen pencedera fisik (mis. latihan fisik berlebihan, trauma, mengangkat berat, abses, amputasi, prosedur operasi)	nyeri akut
4.	Ds : nyeri ekstremitas Do : nadi perifer menurun	penurunan aliran arteri dan	Perfusi Perifer Tidak

	atau tidak terabab, akral terabab dingin, kulit pucat, turgor kulit menurun, edema, penyembuhan luka lambat	/atau vena	Efektif
5.	Ds : ortopnea, dispnea, <i>Proxymal Nocturnal Dyspnea (PND)</i> Do : edema anasarka atau edema perifer, berat badan meningkat dalam waktu singkat, distensi vena jugularis, terdengar suara napas tambahan, oliguria, intake lebih banyak dari output, kongesti paru	Gangguan Mekanisme Regulasi	Hipervolemia
6.	Ds : mengeluh lelah, dispnea saat/setelah melakukan aktivitas, merasa lemah Ds : sianosis, iskemia	Kelemahan	Intoleransi Aktivitas

2. Diagnosa

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

DS : palpitasi, lelah, dispnea, ortopnea, batuk cemas, gelisah

DO : : bradikardi/takikardi, edema, disfungsi vena jugularis, hepatomegali, tekanan darah meningkat /menurun, nadi perifer teraba lemah, warna kulit pucat dan/atau sianosis, murmur jantung, berat badan bertambah.

- b. Pola Napas Tidak Efektif berhubungan dengan tekanan darah meningkat ditandai dengan :

DS : dispnes, ortopnea

DO : penggunaan otot bantu pernapasan, fase ekspirasi memanjang, pola napas abnormal, pernapasan pursed-lip, pernapasan cuping hidung, ventilasi semenit menurun, kapasitas vital menurun.

- c. Nyeri Akut berhubungan dengan pencedera fisiologis ditandai dengan:

DS : mengeluh nyeri

DO : tampak meringis, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, berfokus pada diri sendiri, diaforesis.

- d. Perfusi Perifer Tidak Efektif berhubungan dengan penurunan aliran arteri dan/atau vena ditandai dengan :

DS : nyeri ekstremitas

DS : nadi perifer menurun atau tidak teraba, akral teraba dingin,
kulit pucat, turgor kulit menurun, edema

- e. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi ditandai dengan :

DS : ortopnea, dispnea, *Proxymal Nocturnal Dyspnea (PND)*

DO : edema anasarka atau edema perifer, berat badan meningkat dalam waktu singkat, distensi vena jugularis, terdengar suara napas tambahan, oliguria, intake lebih banyak dari output, kongesti paru

- f. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan:

DS : mengeluh lelah, dispnea saat/setelah melakukan aktivitas, merasa lemah

DO : sianosis, iskemia

3. Intervensi keperawatan

DX I : penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung ditandai dengan :

Data Subjektif : palpitasi, lelah, dispnea, ortopnea, batuk cemas, gelisah

Data Objektif : bradikardi/takikardi, edema, disfungsi vena jugularis, hepatomegali, tekanan darah meningkat /menurun, nadi perifer teraba lemah, warna kulit pucatdan/atau sianosis, murmur jantung, berat badan bertambah.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah penurunan curah jantung dengan kriteria hasil : palpitasi menurun,

bradikardia/takikardia menurun, edema menurun, lelah menurun, murmur jantung menurun, batuk menurun, tekanan darah membaik

Intervensi :

1.) Pantau tekanan darah. Ukur pada kedua tangan. Gunakan ukuran manset yang tepat

Rasional : perbandingan dari tekanan memberikan gambaran yang lebih lengkap tentang keterlibatan/bidang masalah vaskular.

2.) Auskultasi tonus jantung dan bunyi napas

Rasional : adanya hipertrofi atrium(peningkatan volume/ tekanan atrium)

3.) Catat edema umum/tertentu

Rasional : dapat mengindikasikan gagal jantung, kerusakan ginjal atau vaskular

4.) Berikan lingkungan yang nyaman, tenang, kurang aktivitas/keributan lingkungan. Batasi jumlah pengunjung

Rasional : membantu untuk menurunkan rangsang simpatis, meningkatkan relaksasi

5.) Pertahankan pembatasan aktivitas. Seperti istirahat di tempat tidur/kursi. Bantu pasien melakukan aktivitas perawatan diri sesuai kebutuhan

Rasional : menurunkan stres dan ketegangan yang mempengaruhi perjalanan penyakit

6.) Lakukan tindakan – tindakan yang nyaman, seperti meninggikan kepala di tempat tidur

Rasional : mengurangi ketidaknyamanan dan dapat menurunkan rangsang simpatis

7.) Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum pemberian obat.

Rasional : mengetahui tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum memberi obat

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

Rasional : memberi diet dan/atau makanan sesuai yang dianjurkan dokter

9.) Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%.

Rasional : mempertahankan saturasi oksigen dalam tubuh

10.) Anjurkan pasien dan keluarga mengukur berat badan harian.

Rasional : mengetahui berat badan klien setiap harinya

11.) Anjurkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan harian.

Rasional : mengetahui cairan masuk dan keluar setiap harinya

DX II : pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas ditandai dengan :

Data Subjektif : dispnes, ortopnea

Data Objektif : penggunaan otot bantu pernapasan, fase ekspirasi memanjang, pola napas abnormal, pernapasan pursed-lip, pernapasan cuping hidung, ventilasi semenit menurun, kapasitas vital menurun.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah Pola Napas Tidak Efektif teratasi dengan kriteria hasil : dispnea menurun, penggunaan otot bantu napas menurun, perpanjangan fase ekspirasi menurun, ortopnea menurun, frekuensi napas membaik, kedalaman napas membaik, kedalaman napas membaik.

Intervensi :

1) Monitor pola napas, Monitor bunyi napas tambahan, Monitor sputum

Rasional : menyatakan adanya kongesti paru/pengumpulan sekret menunjukkan kebutuhan untuk intervensi lanjutan

2) Posisikan semi fowler atau fowler.

Rasional : menurunkan konsumsi oksigen/kebutuhan dan meningkatkan inflamasi paru maksimal

3) Berikan minum hangat.

Rasional : melonggarkan jalan napas, mengencerkan sputum jika ada sputum

4) Ajarkan teknik batuk efektif.

Rasional : membersihkan jalan napas dan memudahkan aliran oksigen

5) Berikan oksigen tambahan sesuai indikasi

Rasional : meningkatkan konsentrasi alveolar, yang dapat memperbaiki/menurunkan hipoksemia jaringan

6) Kolaborasi pemberian bronkodilator

Rasional : meningkatkan aliran oksigen dengan mendilatasi jalan napas kecil dan mengeluarkan efek diuretik ringan untuk menurunkan kongesti paru

DX III : nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan :

Data Subjektif : mengeluh nyeri

Data Objektif : tampak meringis, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, berfokus pada diri sendiri, diaforesis.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah nyeri akut teratasi dengan kriteria hasil : keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, pola napas membaik, tekanan darah membaik, nafsu makan membaik, pola tidur membaik.

Intervensi :

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

Rasional : mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri

2.) Identifikasi skala nyeri.

Rasional : mengetahui skala nyeri yang dirasakan klien

3.) Berikan teknik non-farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri.

Rasional : tindakan yang menurunkan tekanan vaskular serebral dan yang memperlambat/memblok respons simpatis efektif dalam menghilangkan sakit

4.) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri.

Rasional : hilangkan/minimalkan aktifitas vasokonstriksi yang dapat meningkatkan sakit.

5.) Fasilitasi istirahat tidur.

Rasional : meminimalkan stimulasi/meningkatkan relaksasi

6.) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat.

Rasional : dapat mengurangi tegangan dan ketidaknyamanan yang diperberat oleh stres

7.) Kolaborasi pemberian analgetik.

Rasional : menurunkan/mengontrol nyeri dan menurunkan rangsang sistem saraf simpatis

DX IV : Perfusi Perifer Tidak Efektif berhubungan dengan penurunan aliran arteri dan/atau vena ditandai dengan :

Data Subjektif : nyeri ekstremitas

Data Objektif : nadi perifer menurun atau tidak teraba, akral teraba dingin, kulit pucat, turgor kulit menurun, edema, penyembuhan luka lambat

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah perfusi perifer tidak efektif teratasi dengan kriteria hasil : denyut nadi perifer meningkat, kulit pucat menurun, turgor kulit membaik, akral membaik.

Intervensi :

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

Rasional : mengetahui sirkulasi perifer

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

Rasional : perfusi serebral secara langsung sehubungan curah jantung dan juga dipengaruhi oleh elektrolit.

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

Rasional : mengetahui adanya panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas

- 4) Lakukan hidrasi (pemenuhan kembali cairan dalam tubuh)

Rasional : menjaga keseimbangan cairan dalam tubuh dan merupakan syarat penting untuk menjamin fungsi metabolisme sel tubuh

- 5) Anjurkan berhenti merokok.

Rasional : melakukan hidup sehat dengan berhenti merokok

- 6) Anjurkan berolahraga rutin.

Rasional : menggerakkan otot-otot tubuh agar tetap kuat

- 7) Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolesterol.

Rasional : mengatasi komplikasi yang lain

- 8) Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur.

Rasional : menurunkan tekanan darah yang tinggi

9) Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis. Rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3).

Rasional : menjaga pola makan

10) Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis. Rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa).

Rasional : mengetahui dan menginformasikan tanda dan gejala darurat

DX V : Hipervolemia berhubungan dengan Gangguan Mekanisme Regulasi ditandai dengan :

Data Subjektif : ortopnea, dispnea, *Proxymal Nocturnal Dyspnea (PND)* : sesak napas di malam hari yang mungkin muncul tiba – tiba.

Data Objektif : edema anasarka atau edema perifer, berat badan meningkat dalam waktu singkat, distensi vena jugularis, terdengar suara napas tambahan, oliguria, intake lebih banyak dari output, kongesti paru

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah hipervolemia teratasi dengan kriteria hasil : edema menurun, dispnea menurun, oliguria menurun, *Paroxymal Nocturnal Dyspnea (PND)* menurun.

Intervensi :

1) Identifikasi penyebab hipervolemia.

Rasional : mengetahui penyebab hipervolemia

2) Evaluasi turgor kulit, kelembaban, membran mukosa, adanya edema dependen/umum

Rasional : indikator langsung status cairan/perbaikan ketidakseimbangan

3) Monitor intake dan output.

Rasional : evaluasi langsung status cairan.

4) Batasi asupan cairan dan garam.

Rasional : tergantung pada situasi, cairan dibatasi atau diberikan terus.

Pemberian informasi melibatkan pasien pada pembuatan jadwal.

5) Kolaborasi pemberian diuretik.

Rasional : obat pengurang cairan dalam tubuh

DX VI : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

Data Subjektif : mengeluh lelah, dispnea saat/setelah melakukan aktivitas, merasa lemah

Data Objektif : sianosis, iskemia

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah intoleransi aktivitas teratasi dengan kriteria hasil : keluhan lelah menurun, dispnea saat aktivitas menurun, dispnea setelah aktivitas menurun, sianosis menurun.

Intervensi :

1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan.

Rasional : mengetahui penyebab timbulnya kelelahan pada tubuh

2) Monitor pola dan jam tidur.

Rasional : untuk mengurangi beban kerja jantung dan pemenuhan istirahat

3) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas.

Rasional : mengetahui tempat dan ketidaknyamanan saat melakukan aktivitas

4) Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan.

Rasional : memberikan ketenangan dan kenyamanan

5) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap.

Rasional : mengurangi aktivitas dapat memulihkan energy kembali

4. Implementasi Keperawatan

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

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah membandingkan secara sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan dengan kenyataan yang ada pada klien, dilakukan dengan cara bersinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. (Dinarti & Mulyanti, 2017)

BAB III

METODE STUDI KASUS

A. Rancangan /Desain Studi Kasus

Karya tulis ini menggunakan jenis penelitian deskriptif dalam bentuk Karya tulis Ilmiah. Metode penelitian deskriptif merupakan suatu metode yang memiliki tujuan dengan memberikan gambaran situasi atau fenomena secara jelas dan rinci tentang apa yang terjadi (Ariyanti, Yati.2020). Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi pada klien dengan diagnose medic Congesive Heart Failure (CHF).

B. Subjek Studi Kasus

Subjek studi kasus yang digunakan pada studi kasus asuhan keperawatan ini adalah individu dengan kasus yang telah di teliti secara rinci dan mendalam. Adapun subjek studi kasus yang diteliti berjumlah satu kasus dengan masalah keperawatan yang komprehensif dan holistik dengan diagnosa medis Congesive Heart Failure (CHF).

C. Batasan Istilah

Tabel 3.1
Definisi Operasional

No.	Pernyataan	Definisi Operasional
1.	Asuhan keperawatan	Asuhan keperawatan adalah proses kegiatan pada praktik keperawatan yang secara langsung ditunjukkan kepada klien atau pasien di berbagai pelayanan kesehatan dengan 5 komponen yaitu Pengkajian, Diagnosa, Intervensi, Implementasi, dan Evaluasi.
2.	Congesive Heart Failure (CHF)	Congestive Heart Failure (CHF) adalah ketidakmampuan jantung memompa darah untuk memenuhi kebutuhan oksigen dan nutrisi jaringan tubuh yang disebabkan kelainan sekunder dari abnormalitas struktur jantung dan fungsi yang merusak kemampuan ventrikel kiri untuk mengisi atau mengeluarkan darah.

D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus

Karya tulis ilmiah dilakukan di Rumah sakit Umum Daerah Ende di Ruangan Penyakit Dalam kelas tiga.

E. Prosedur Studi Kasus

Studi kasus diawali dengan penyusunan studi kasus dengan menggunakan metode studi kasus. Setelah disetujui oleh pembimbing studi kasus maka studi kasus dilanjutkan dengan kegiatan pengumpulan data. Data studi kasus berupa hasil pengukuran, observasi, wawancara, pelaksanaan

tindakan dan studi dokumentasi terhadap kasus yang dijadikan subjek studi kasus.

F. Teknik Pengumpulan Data

Proses pengumpulan data diawali dengan meminta ijin Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ende, setelah mendapatkan ijin dari Direktur kemudian meminta ijin kepala ruangan penyakit dalam, kemudian kepala ruangan menyerahkan surat permohonan pengambilan pasien untuk menentukan kasus yang dipilih. Setelah itu memilih responden lalu menjelaskan tujuan dan meminta tanda tangan informed Consent. Pada penulisan ini, metode pengumpulan data yang digunakan yaitu :

1. Wawancara

Wawancara dipergunakan untuk mengumpulkan data secara lisan dari pasien dan keluarga yaitu menanyakan mengenai biodata klien, tanggung jawab, keluhan utama yang dirasakan klien saat wawancara berlangsung, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit terdahulu, riwayat kesehatan keluarga, riwayat sosial, kebutuhan dasar seperti, nutrisi, aktivitas/istirahat, personal hygiene, eliminasi, pengkajian fisik dan mental.

2. Observasi dan pemeriksaan fisik

Observasi pada pasien bertujuan untuk mendapatkan data yang dibutuhkan oleh peneliti dalam mendukung penulisan tugas akhir, observasi dilakukan dengan cara pemeriksaan fisik kepada pasien dengan prinsip head to toe dan hal ini dilakukan dengan menggunakan pendekatan

IPPA yaitu inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi, dengan menggunakan instrument seperti stetoskop, tensi meter, thermometer.

3. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi dilakukan dengan mendapatkan data-data laporan dan informasi dari tenaga kesehatan rumah sakit umum Daerah Ende.

G. Instrument Pengumpulan Data

Alat atau instrument pengumpulan data menggunakan format Asuhan Keperawatan Medikal Bedah mulai dari pengkajian sampai evaluasi sesuai 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 penanggung jawab, keluhan utama yang dirasakan klien saat wawancara berlangsung, riwayat penyakit sekarang, riwayat kesehatan terdahulu, 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), yaitu istri dan keluarga yang mengerti dan dekat dengan klien

meliputi riwayat penyakit keluarga, peran keluarga dalam perawatan pasien di rumah dan di laporkan ke petugas kesehatan.

I. Analisis Data

Analisi data yang dikumpulkan dalam penelitian ini dimulai dengan mengumpulkan data-data berupa data kesehatan dan data keperawatan yang kemudian diklasifikasikan dalam bentuk data subjektif dan data objektif. Setelah diklasifikasikan, data-data tersebut kemudian dianalisis untuk mendapatkan masalah keperawatan yang muncul pada pasien. Dari masalah-masalah keperawatan yang ditemukan tersebut dijadikan diagnosa keperawatan yang akan diatasi dengan perencanaan keperawatan yang tepat dan diimplementasikan kepada pasien. Setelah dilakukan implementasi, dilanjutkan dengan mengevaluasi hasil tindakan yang telah dilakukan. Data-data dari hasil pengkajian sampai evaluasi ditampilkan dalam bentuk naratif, kemudian dianalisis kesenjangan antara teori dan kasus nyata pada pasien dengan Congestive Heart Failure (CHF).

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

1. Gambaran Umum Hasil Studi Kasus

Studi kasus ini diambil di Ruang Penyakit Dalam III (Ruang Anggrek) RSUD Ende di Jalan, Prof. W. Z. Johannes Kelurahan Paupire, Kecamatan Ende Tengah, Kabupaten Ende, Provinsi Nusa Tenggara Timur. Rumah Sakit Umum Daerah Ende merupakan Rumah Sakit Umum satu – satunya yang berada di Kabupaten Ende. Pengambilan kasus bertempat di Ruang Penyakit Dalam III, kamar Perempuan ada 6 bed, kamar laki – laki ada 7 bed, kamar khusus ada 5 bed, total ada 18 bed dan masing masing terdapat toilet.

2. Hasil studi kasus

a. Pengkajian

Asuhan keperawatan yang dilakukan pada Tn. E.M.S selama 3 hari di Rumah Sakit Umum Daerah Ende (RSUD) di dapat hasil sebagai berikut :

1) Pengumpulan data

Pengkajian keperawatan pada pasien berinisial Tn. E.M.S dilakukan pada tanggal 11 januari 2024 jam 15.00 WITA. Hasil anamnesa data pasien dengan, umur 55 tahun, berjenis kelamin laki– laki, pendidikan terakhir SMP, beragama katolik, alamat di jalan

Kelimutu. Identitas penanggung jawab yaitu Ny. R.S, berumur 43 tahun, dan hubungan dengan klien adalah istri. Keluhan utama Tn. E.M.S saat dikaji yaitu klien mengatakan dada sakit sebelah kiri menjalar ke punggung, sakit terus menerus, skala sedang, skala yang nyeri yang dirasakan 4 – 6, rasanya seperti di tindih beban berat, sesak napas, batuk tanpa lendir, mual muntah yang keluar hanya air, perut terasa kembung dan berputar, kadang kadang mencret. Riwayat penyakit sekarang nyeri dada bagian kiri tembus punggung rasanya seperti di tindih bebam berat, sesak napas, sulit tidur seperti gelisah. Riwayar penyakit dahulu klien mengatakan pernah di rawat dengan keluhan yang sama pada tahun 2016 di runag RPD III dan di tahun 2018 di ruang ICU. Riwayat penyakit keluarga klien mengatakan ada riwayat penyakit keluarga yaitu Hipertensi dari bapak dan riwayat CHF dari ibu. Tanda – tanda vital : kesadaran Composmentis, kuantitatif Eye : 4 Respon Verbal : 5 Respon Motorik : 6 GCS : 15 (pasien sadar penuh), Tekanan Darah : 100/60 mmHg, Suhu : 36,8⁰C Nadi : 54 x/m, RR : 22 x/m SPO₂ : 98%.

2) Pengkajian pola kesehatan

a) Pola persepsi dan manajemen kesehatan

Sebelum sakit : klien mengatakan sebelum sakit selalu memperhatikan kesehatan dan apabila klien merasa sakit klien memeriksa kesehatannya ke puskesmas terdekat atau ke Rumah Sakit. Klien dan keluarga tidak pernah berpikir kalau sakit yang

dialaminya adalah suatu yang berhubungan dengan karma atau kutukan.

b) Pola nutrisi metabolik

Sebelum sakit : Klien mengatakan jarang makan di rumah, makan di rumah hanya malam saja, pagi sarapan di tempat kerja, siang makan di tempat kerja menu makanannya kebanyakan nasi padang seperti daging – dagingan rendang, ikan goreng, telur goreng/balado sayur – sayuran santan. Makanan kesukaan klien yaitu daging babi goreng, sambal jeruk, dan sayur ngeta daun ubi.

Saat sakit : makan makanan Rumah Sakit menu seperti nasi, sayur-mayur bening, ikan, tahu, tempe, telur rebus, dan buah-buahan.

c) Pola eliminasi

Sebelum sakit : klien mengatakan BAB 1 – 2 kali sehari, dengan konsistensi padat dan lembek, tidak ada keluhan saat BAB, sedangkan BAK klien bisa sampai 4 – 5 kali sehari warna kuning, berbau urine, tidak ada keluhan saat BAK.

Saat ini : klien belum BAB sejak 4 hari lalu. BAK saat ini 4 – 6 kali sehari, warna kuning, berbau urine, dan tidak ada keluhan saat BAK, sering kencing di malam hari.

d) Pola aktivitas dan latihan

Sebelum sakit : klien mengatakan sebelum sakit klien bisa melakukan banyak aktivitas sendiri (mandi, makan, berpakaian,

berpindah tempat) dan melakukan aktivitas lainnya sebagai seorang buruh proyek tidak menggunakan alat bantu.

Saat ini : klien melakukan aktivitas yang perlu bantuan seperti mandi, berganti pakaian, ke toilet, dan berpindah tempat, makan bisa sendiri, merasa lemah dan lelah saat terlalu banyak aktivitas.

e) Pola tidur dan istirahat

Sebelum sakit : klien mengatakan tidak pernah tidur siang karena bekerja, dari jam 7 pagi sampai jam 6 sore berada di tempat kerja proyek. Malam susah tidur, baru bisa tidur di jam 11 atau jam 12 malam bangun jam 5 pagi.

Saat sakit : pasien tidak bisa tidur dari malam sampai pagi, sering kencing di malam hari.

f) Pola kognitif dan persepsi

Sebelum sakit : klien mengatakan penglihatan, pendengaran masih berfungsi normal.

Saat ini : klien mengatakan pendengaran masih berfungsi normal dan penglihatan masih jelas.

g) Pola persepsi dan konsep diri

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

Saat ini klien sedang sakit dan terbaring lemah di Rumah Sakit dan klien ingin sembuh dan pulang agar bisa berkumpul dengan keluarganya.

h) Pola peran dan hubungan

Sebelum sakit klien mengatakan selalu menjalin hubungan baik dengan anak – anak, dan keluarga serta orang – orang di sekitarnya. Saat ini klien selalu mendapat motivasi dan dukungan dari keluarganya agar cepat sembuh dari penyakitnya.

i) Pola nilai dan kepercayaan

Sebelum sakit : klien mengatakan jarang pergi ke gereja, klien hanya berdoa di rumah.

Saat ini klien mengatakan klien hanya bisa berdoa di rumah, saat sakit klien merasa lemah tetapi klien mengatakan ia selalu percaya bahwa sakit yang di deritanya sekarang adalah cobaan yang diberikan Tuhan untuk dirinya.

j) Pola toleransi stres – coping

Klien mengatakan, jika klien stres klien tidak menceritakannya, tetapi klien melampiaskan pada rokok.

3) Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan umum : composmentis. GCS : 15 (E : 4, V : 5, M : 6).

Tekanan Darah : 100/60 mmHg, Suhu : 36,8⁰C Nadi : 54 x/m,
RR : 22 x/m SPO₂ : 98%.

b) Kepala

Klien tidak pernah mengalami trauma kepala, tidak ada hemato atau riwayat operasi, bentuk kepala bulat, tidak ada benjolan dan

tidak ada nyeri tekan, rambut hitam gelombang, kulit kepala bersih

c) Wajah

tampak bersih, bentuk wajah simetris, klien tampak pucat dan lemah.

d) Mata

Konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, bentuk mata simetris, dan penglihatan masih normal.

e) Mulut

Bentuk simetris, berbicara jelas, mukosa bibir lembab.

f) Hidung

Bentuk simetris, tidak ada sekret, tidak ada nyeri tekan, terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm.

g) Telinga

Tidak ada serumen, bentuk simetris, tidak ada penggunaan alat bantu dengar.

h) Leher

Inspeksi : bentuk simetris, tidak ada pembesaran vena jugularis.

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

i) Dada

Inspeksi : bentuk dada simetris

Palpasi : tidak ada nyeri tekan dan tidak ada masa, getaran paru simetris

Perkusi : suara kedua paru sonor

Auskultasi : detak jantung lemah, Nadi : 54 x/m, bunyi napas vesikuler, pernapasan 22 x/m, tidak ada bunyi napas tambahan.

j) Abdomen

Inspeksi : bentuk simetris, tidak ada pembengkakan

Palpasi : tidak ada nyeri tekan dan tidak ada benjolan

Auskultasi : bising usus 20 x/m.

k) Ekstremitas

Inspeksi : jari – jari tangan dan jari – jari kaki lengkap, tidak terdapat udem pada ekstremitas atas maupun bawah, terpasang infus NaCl 0,9% 8tpm di tangan kanan, akral hangat CRT <3 detik, turgor kulit kering dan tampak keriput.

Pemeriksaan Diagnostik

Tabel 4.1
Pemeriksaan darah lengkap (RSUD Ende)
Tanggal pemeriksaan 10 januari 2024

WBC	7.46	[10 ³ uL]	(3.80 – 10.60)
EO%	4.3	[%]	(2.0 – 4.0)
HGB	13.0	[g/dL]	(13.2 – 17.3)
HCT	38.4	[%]	(40.0 – 52.0)
RDW-CV	36.8	[fL]	(37.0 – 54.0)

Tabel 4.2
Pemeriksaan Laboratorium
Tanggal pemeriksaan 11 januari 2024

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
Faal Hati		
SGOT/AST	17.3	0 – 35 UL
SGPT/ALT	13.1	4 – 36 UL
Faal Ginjal		
Ureum	41.9	10 – 50 mg/dL
Creatinin	0.97	0.6 – 1.2 mg/dL
Kardiovakuler		
CKMB	18	L : 24 – 195 U/L P : 24 – 170 U/L

Tabel 4.3
Terapi Medis

No.	Nama Obat	Dosis
1.	Aspilet	1 x 160 mg (Oral)
2.	Clopidogrel	1 x 300 mg (Oral)
3.	Atorvastatin Calcium Tryhidrate	1 x 40 mg (Oral)
4.	Diviti	1 x 2,5 mg (SC)

4) Tabulasi Data

Klien mengatakan dada sakit sebelah kiri menjalar ke punggung, sakit terus menerus, skala sedang, skala sedang, skala yang nyeri yang dirasakan 4 – 6, rasanya seperti di tindih beban berat, klien tampak meringis sesekali, sesak napas, klien mengatakan lelah saat melakukan aktivitas ringan, batuk tanpa lendir, mual muntah yang keluar hanya air, perut terasa kembung dan berputar, kadang kadang menceret, sering kencing di malam hari, makanan kesukaan klien yaitu daging babi goreng, sambal jeruk, dan sayur ngeta daun ubi, klien mengatakan, jika klien setres klien tidak menceritakannya,

tetapi klien melampiaskan pada rokok, susah tidur, belum BAB sejak 4 hari yang lalu. Terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm, terpasang infus NaCl 0,9% 8 tpm di tangan kanan. Kesadaran composmentis, aktivitas di bantu oleh keluarga. Tekanan Darah : 100/60 mmHg, Suhu : 36,8⁰C Nadi : 54 x/m, RR : 22 x/m SPO₂ : 98% CRT <3 detik.

5) Klasifikasi Data

DS : klien mengatakan dada sakit sebelah kiri menjalar ke punggung, sakit terus menerus, skala sedang, skala yang nyeri yang dirasakan 4 – 6, klien mengatakan rasanya seperti di tindih beban berat, sesak napas, klien mengatakan lelah saat melakukan aktivitas ringan, batuk tanpa lendir, mual muntah yang keluar hanya air, perut terasa kembung dan berputar, kadang – kadang mencret, klien mengatakan makanan kesukaan klien yaitu daging babi goreng, sambal jeruk, dan sayur ngeta daun ubi, Klien mengatakan, jika klien setres klien tidak menceritakannya, tetapi klien melampiaskan pada rokok. sering kencing di malam hari, sulit tidur, belum BAB sejak 4 hari lalu.

DO : klien tampak meringis sesekali, Terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm, terpasang infus NaCl 0,9% 8 tpm di tangan kanan. Kesadaran composmentis, aktivitas di bantu oleh keluarga. Tekanan Darah : 100/60 mmHg, Suhu : 36,8⁰C Nadi : 54 x/m, RR : 22 x/m SPO₂ : 98% CRT <3 detik.

6) Analisa Data

Tabel 4.4
Analisa Data

No	Sign/Symptom	Etiologi	Problem
1.	<p>DS : nyeri dada sebelah kiri tembus ke punggung belakang, rasanya seperti di tindih beban berat, sesak napas, klien mengatakan sulit tidur</p> <p>DO : klien tampak meringis sesekali, Tekanan Darah : 100/60 mmHg, Suhu : 36,8⁰C Nadi : 54 x/m, RR : 22 x/m SPO₂ : 98% CRT <3 detik.</p>	Perubahan irama jantung	Penurunan curah jantung
2.	<p>DS : klien mengatakan sesak napas, batuk tanpa lendir</p> <p>DO : terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm, Tekanan Darah : 100/60 mmHg, Suhu : 36,8⁰C Nadi : 54 x/m, RR : 22 x/m SPO₂ : 98% CRT <3 detik.</p>	Tekanan darah meningkat	Pola Napas Tidak Efektif
3.	<p>DS : klien mengatakan dada sakit sebelah kiri menjalar ke punggung, sakit terus menerus, skala sedang 4 – 6, rasanya seperti di tindih beban berat</p> <p>DO : klien tampak meringis sesekali, Tekanan Darah : 100/60 mmHg, Suhu : 36,8⁰C Nadi : 54 x/m, RR : 22 x/m SPO₂ : 98% CRT <3 detik.</p>	Agen pencedera fisiologis	Nyeri Akut
4.	<p>DS : klien mengatakan lelah saat melakukan aktivitas ringan</p> <p>DO : Tekanan Darah : 100/60 mmHg, Suhu : 36,8⁰C Nadi : 54 x/m, RR : 22 x/m SPO₂ : 98% CRT <3 detik.</p>	Perubahan metabolisme	Imobilitas Fisik
5	<p>DS : Klien mengatakan, jika klien setres klien tidak menceritakannya, tetapi klien melampiaskan pada rokok. Klien mengatakan makanan kesukaan klien yaitu daging babi goreng, sambal jeruk, dan sayur ngeta daun ubi.</p> <p>DO : klien tampak belum paham dengan penyakit yang di deritanya.</p>	Kurang Terpapar Informasi	Defisit Pengetahuan

7) Prioritas Masalah

Dari hasil analisa data di atas, maka penulis dapat menentukan prioritas masalah pada Tn. E.M.S yaitu :

- a) Penurunan Curah Jantung
- b) Pola Napas Tidak Efektif
- c) Nyeri Akut
- d) Imobilitas Fisik
- e) Defisit Pengetahuan

b. Diagnosa Keperawatan

Dari masalah-masalah keperawatan yang di temukan, maka penulis dapat menegakkan diagnosa keperawatan pada Tn. E.M.S yaitu:

1) Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung ditandai dengan :

DS : nyeri dada sebelah kiri tembus ke punggung belakang, rasanya seperti di tindih beban berat, sesak napas, klien mengatakan sulit tidur

DO : klien tampak meringis sesekali, Tekanan Darah : 100/60 mmHg, Suhu : 36,8⁰C Nadi : 54 x/m, RR : 22 x/m SPO₂ : 98% CRT <3 detik.

2) Pola napas tidak efektif berhubungan dengan tekanan darah meningkat :

DS : klien mengatakan sesak napas, batuk tanpa lender

DO : terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm, Tekanan Darah : 100/60 mmHg, Suhu : 36,8⁰C Nadi : 54 x/m, RR : 22 x/m SPO₂ : 98% CRT <3 detik.

3) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan :

DS : : klien mengatakan dada sakit sebelah kiri menjalar ke punggung, sakit terus menerus, skala sedang 4 – 6, rasanya seperti di tindih beban berat

DO : klien tampak meringis sesekali, Tekanan Darah : 100/60 mmHg, Suhu : 36,8⁰C Nadi : 54 x/m, RR : 22 x/m SPO₂ : 98% CRT <3 detik.

4) Imobilitas fisik berhubungan dengan program perubahan metabolisme ditandai dengan :

DS : klien mengatakan lelah saat melakukan aktivitas ringan

DO : Tekanan Darah : 100/60 mmHg, Suhu : 36,8⁰C Nadi : 54 x/m, RR : 22 x/m SPO₂ : 98% CRT <3 detik.

5) Defisit pengetahuan tentang manajemen gagal jantung berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan :

DS : Klien mengatakan, jika klien stres klien tidak menceritakannya, tetapi klien melampiaskan pada rokok. Klien mengatakan makanan kesukaan klien yaitu daging babi goreng, sambal jeruk, dan sayur ngeta daun ubi.

DO : klien tampak belum paham dengan penyakit yang di deritanya.

c. Perencanaan Keperawatan

Rencana keperawatan yang di susun berdasarkan diagnosa yang muncul pada Tn. A.A yaitu :

Dx 1 : Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung ditandai dengan :

DS : nyeri dada sebelah kiri tembus ke punggung belakang, rasanya seperti di tindih beban berat, sesak napas, klien mengatakan sulit tidur, batuk tanpa adanya lender

DO : klien tampak meringis sesekali, Tekanan Darah : 100/60 mmHg, Suhu : 36,8⁰C Nadi : 54 x/m, RR : 22 x/m SPO₂ : 98% CRT <3 detik.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan masalah Penurunan curah jantung teratasi dengan kriteria hasil : batuk menurun, sesak napas menurun, nyeri menurun, pola tidur membaik.

Rencana Keperawatan :

1) Pantau tekanan darah. Ukur pada kedua tangan. Gunakan ukuran manset yang tepat

Rasional : perbandingan dari tekanan memberikan gambaran yang lebih lengkap tentang keterlibatan/bidang masalah vaskular.

2) Auskultasi tonus jantung dan bunyi napas

Rasional : adanya hipertrofi atrium(peningkatan volume/ tekanan atrium)

3) Berikan lingkungan yang nyaman, tenang, kurang aktivitas/ keributan lingkungan. Batasi jumlah pengunjung

Rasional : membantu untuk menurunkan rangsang simpatis, meningkatkan relaksasi

4) Pertahankan pembatasan aktivitas. Seperti istirahat di tempat tidur/kursi. Bantu pasien melakukan aktivitas perawatan diri sesuai kebutuhan

Rasional : menurunkan ketegangan yang mempengaruhi perjalanan penyakit

5) Lakukan tindakan – tindakan yang nyaman, seperti meninggikan kepala di tempat tidur

Rasional : mengurangi ketidaknyamanan dan dapat menurunkan rangsang simpatis

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

Rasional : memberi diet dan/atau makanan sesuai yang dianjurkan dokter

7) Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%.

Rasional : mempertahankan saturasi oksigen dalam tubuh

8) Anjurkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan harian.

Rasional : mengetahui cairan masuk dan keluar setiap harinya untuk pembatasan cairan klien

Dx 2 : Pola napas tidak efektif berhubungan dengan tekanan darah meningkat ditandai dengan :

DS : klien mengatakan sesak napas, batuk tanpa lendir

DO : terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm, Tekanan Darah : 100/60 mmHg, Suhu : 36,8⁰C Nadi : 54 x/m, RR : 22 x/m SPO₂ : 98% CRT <3 detik.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan masalah pola napas tidak efektif teratasi dengan kriteria hasil : sesak napas menurun, frekuensi napas membaik, kedalaman napas membaik, batuk berkurang.

Rencana Keperawatan :

1) Monitor pola napas, Monitor bunyi napas tambahan, Monitor sputum

Rasional : menyatakan adanya kongesti paru/pengumpulan sekret menunjukkan kebutuhan untuk intervensi lanjutan

2) Berikan oksigen tambahan sesuai indikasi

Rasional : meningkatkan konsentrasi alveolar, yang dapat memperbaiki/menurunkan hipoksemia jaringan

Dx 3 : Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan :

DS : klien mengatakan dada sakit sebelah kiri menjalar ke punggung, sakit terus menerus, skala sedang, skala sedang, skala yang nyeri yang dirasakan 4 – 6, rasanya seperti di tindih beban berat

DO : klien tampak meringis sesekali

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan masalah nyeri akut teratasi dengan kriteria hasil : keluhan nyeri menurun, tampak meringis menurun, kesulitan tidur menurun.

Rencana Keperawatan :

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

Rasional : mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri

- 2) Identifikasi skala nyeri.

Rasional : mengetahui skala nyeri yang dirasakan klien

- 3) Berikan teknik non-farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri.

Rasional : tindakan yang menurunkan tekanan vaskular serebral dan yang memperlambat/memblok respons simpatis efektif dalam menghilangkan sakit

- 4) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri.

Rasional : hilangkan/minimalkan aktifitas vasokonstriksi yang dapat meningkatkan sakit.

- 5) Fasilitasi istirahat tidur.

Rasional : meminimalkan stimulasi/meningkatkan relaksasi

- 6) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat.

Rasional : dapat mengurangi tegangan dan ketidaknyamanan yang diperberat oleh stres

7) Kolaborasi pemberian analgetik.

Rasional : menurunkan/mengontrol nyeri dan menurunkan rangsang sistem saraf simpatis

Dx 4 : Imobilitas fisik berhubungan dengan perubahan metabolisme ditandai dengan :

DS : klien mengatakan lelah saat melakukan aktivitas ringan

DO : Tekanan Darah : 100/60 mmHg, Suhu : 36,8⁰C Nadi : 54 x/m, RR : 22 x/m SPO₂ : 98% CRT <3 detik.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan masalah imobilitas fisik teratasi dengan kriteria hasil : kelemahan fisik menurun, gerakan terbatas menurun, nyeri menurun.

Rencana Keperawatan :

- 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. Rasional : mengetahui adanya nyeri atau keluhan fisik pada klien
- 2) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi atau pergerakan. Rasional : mengetahui keadaan jantung dan tekanan darah klien
- 3) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi. Rasional : mengetahui jika klien ada keluhan saat melakukan mobilisasi atau pergerakan
- 4) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur)

- 5) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan.
- 6) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)

Dx 5 : Defisit pengetahuan tentang manajemen gagal jantung berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan :

DS : Klien mengatakan, jika klien stres klien tidak menceritakannya, tetapi klien melampiaskan pada rokok. Klien mengatakan makanan kesukaan klien yaitu daging babi goreng, sambal jeruk, dan sayur ngeta daun ubi.

DO : klien tampak belum paham dengan penyakit yang di deritanya.

Rencana keperawatan :

- 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
Rasional : mengetahui kesian klien dan keluarga dalam menerima informasi
- 2) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan
Rasional : membuat klien dan keluarga mengerti dengan materi yang disampaikan
- 3) Berikan kesempatan untuk bertanya
Rasional : mengidentifikasi adanya materi yang belum dipahami oleh klien dan keluarga

- 4) Ajarkan perilaku menjaga kesehatan

Rasional : mengajarkan agar klien dan keluarga menerapkan materi menjaga kesehatan yang sudah diberikan.

d. Implementasi & Evaluasi Keperawatan

Implementasi keperawatan pada Tn. A.A di lakukan selama 3 hari.

- 1) Hari kamis, 11 janauari 2024

Diagnosa Pertama

tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah penurunan curah jantung

15:00 Pantau tekanan darah. Ukur pada kedua tangan. Gunakan ukuran manset yang tepat. Hasil : Tekanan Darah : 100/60 mmHg, Suhu : 36,8⁰C Nadi : 54 x/m, RR : 22 x/m SPO₂ : 98% CRT <3 detik.

15:02 Auskultasi tonus jantung dan bunyi napas. Hasil : detak jantung cepat, bunyi napas vesikuler, pernapasan 22 x/m, tidak ada bunyi napas tambahan.

15:05 Berikan lingkungan yang nyaman, tenang, kurang aktivitas/keributan lingkungan. Batasi jumlah pengunjung. Hasil : klien mengatakan lingkungan klien nyaman dan tidak banyak jumlah pengunjung

15.08 Pertahankan pembatasan aktivitas. Seperti istirahat di tempat tidur/kursi. Bantu pasien melakukan aktivitas perawatan diri sesuai

kebutuhan. Hasil : pasien mengerti dengan apa yang dianjurkan perawat.

15:10 Lakukan tindakan – tindakan yang nyaman, seperti meninggikan kepala di tempat tidur. Hasil : Klien mengatakan setelah di tinggikan posisi tidur kepala lebih tinggi, klien merasa napas lebih nyaman.

15:13 Berikan diet jantung yang sesuai (mis. Batasi asupan kafein, natrium, kolesterol, dan makanan tinggi lemak). Hasil : klien mematuhi anjuran perawat untuk makan makanan sehat dan menjauhi larangan.

15:15 Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%.. hasil : klien terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm

15:17 Anjurkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan harian. Hasil : klien minum air botol aqua besar ukuran 1,5 liter di habiskan 2 hari, klien sering BAK kurang lebih 4 – 6 kali sehari.

Evaluasi : Kamis, 11 januari 2024 (18.50)

S : klien mengatakan klien masih merasa nyeri dada dan masih batuk sesekali, tidak ada lendir.

O : tekanan darah : 100/70 mmHg, suhu : 36,4⁰C, nadi : 46 x/m RR : 20 x/m SPO₂ : 97%

A : masalah penurunan curah jantung belum teratasi

P : intervensi dilanjutkan

Diagnosa kedua

Tindakan untuk mengatasi masalah pola napas tidak efektif.

15:00 Monitor pola napas, Monitor bunyi napas tambahan, Monitor sputum. hasil : napas klien cepat dan denyut jantung kejang, tidak ada sputum.

15.11 Berikan oksigen tambahan sesuai indikasi. Hasil : terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm.

Evaluasi : Kamis, 11 januari 2024 (18.50)

S : klien mengatakan masih sesak napas, batuk sesekali, tidak ada lendir

O : masih terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm, tekanan darah : 100/70 mmHg, suhu : 36,4⁰C, nadi : 46 x/m RR : 20 x/m SPO₂ : 97%

A : masalah pola napas tidak efektif belum teratasi

P : intervensi dilanjutkan

Diagnosa ketiga

Tindakan untuk mengatasi nyeri akut.

15:13 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. hasil : klien mengatakan nyeri dada bagian kiri tembus di punggung belakang, sakit terus menerus, rasanya seperti di tindih beban berat.

15:15 Identifikasi skala nyeri. hasil : skala nyeri 4 – 6 (sedang)

15:17 Berikan teknik non-farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri.
hasil : menganjurkan klien menarik napas dalam dan memberikan aromaterapi

15.19 Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri. hasil :
mengurangi aktivitas agar mengurangi beban kerja jantung

15.20 Fasilitasi istirahat tidur. Hasil : klien mematuhi apa yang dianjurkan oleh perawat untuk istirahat tidur agar mengurangi beban kerja jantung.

Evaluasi : Kamis, 11 januari 2024 (18.50)

S : klien mengatakan dada sebelah kiri masih sakit, tetapi sedikit berkurang, masih terasa seperti di tindih beban berat.

O : klien tampak meringis sudah berkurang

A : masalah nyeri akut belum teratasi

P : intervensi dilanjutkan

Diagnosa keempat

Tindakan untuk mengatasi masalah imobilitas fisik.

15:13 Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. Hasil :
klien masih sedikit nyeri dada dan merasa lelah

15:21 Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi. Hasil : Tekanan Darah : 100/60 mmHg, Suhu :
36,8⁰C Nadi : 54 x/m, RR : 22 x/m SPO₂ : 98%.

15:23 Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi. Hasil :
kondisi umum baik, klien masih merasa cepat lelah

15:25 Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu. Hasil : memasang pagar tempat tidur klien

15:27 Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. Hasil : keluarga pasien tampak selalu membantu semua aktivitas klien

15:28 Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan. Hasil : klien mau dan mampu melakukannya seperti duduk di samping tempat tidur, berdiri dan berjalan di sekitar tempat tidur.

Evaluasi : Kamis, 11 januari 2024 (18.50)

S : klien mengatakan masih sangat lemah dan lelah saat beraktivitas

O : tekanan darah : 100/70 mmHg, suhu : 36,4⁰C, nadi : 46 x/m RR : 20 x/m SPO₂ : 97%

A : masalah imobilitas fisik belum teratasi

P : intervensi dilanjutkan.

Diagnosa kelima

Tindakan untuk mengatasi masalah defisit pengetahuan

15:30 Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi.

Hasil : klien siap menerima materi yang akan di berikan

15:32 Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan. Hasil : materi dan media (poster) tentang CHF

15:38 Berikan kesempatan untuk bertanya. Hasil : saat klien di beri kesempatan untuk bertanya, tetapi tidak ada pertanyaa, dan saat di

suruh jelaskan kembali tentang materi yang disampaikan hasilnya klien bisa mengulang kembali dan paham.

15:40 Ajarkan perilaku menjaga kesehatan. Hasil : klien paham dengan apa yang di ajarkan, seperti menjaga makan, dilarang merokok.

2) Jumat, 12 januari 2024

Diagnosa Pertama

tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah penurunan curah jantung

08:00 Pantau tekanan darah. Ukur pada kedua tangan. Gunakan ukuran manset yang tepat. Hasil : Tekanan Darah : 100/60 mmHg, Suhu : 36,8⁰C Nadi : 54 x/m, RR : 22 x/m SPO₂ : 98% CRT <3 detik.

08:02 Auskultasi tonus jantung dan bunyi napas. Hasil : detak jantung cepat, bunyi napas vesikuler, pernapasan 22 x/m, tidak ada bunyi napas tambahan.

08:05 Berikan lingkungan yang nyaman, tenang, kurang aktivitas/keributan lingkungan. Batasi jumlah pengunjung. Hasil : klien mengatakan lingkungan klien nyaman dan tidak banyak jumlah pengunjung

08:08 Pertahankan pembatasan aktivitas. Seperti istirahat di tempat tidur/kursi. Bantu pasien melakukan aktivitas perawatan diri sesuai

kebutuhan. Hasil : pasien mengerti dengan apa yang dianjurkan perawat.

08:10 Lakukan tindakan – tindakan yang nyaman, seperti meninggikan kepala di tempat tidur. Hasil : Klien mengatakan setelah di tinggikan posisi tidur kepala lebih tinggi, klien merasa napas lebih nyaman.

08:13 Berikan diet jantung yang sesuai (mis. Batasi asupan kafein, natrium, kolesterol, dan makanan tinggi lemak). Hasil : klien mematuhi anjuran perawat untuk makan makanan sehat dan menjauhi larangan.

08:15 Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%.. hasil : klien terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm

08:17 Anjurkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan harian. Hasil : klien minum air botol aqua besar ukuran 1,5 liter di habiskan 2 hari, klien sering BAK kurang lebih 4 – 6 kali sehari.

Evaluasi : jumat, 12 januari 2024 (13.50)

S : klien mengatakan klien masih merasa nyeri dada dan masih batuk sesekali, tidak ada lendir.

O : tekanan darah : 100/70 mmHg, suhu : 36,4⁰C, nadi : 46 x/m RR : 20 x/m SPO₂ : 97%

A : masalah penurunan curah jantung belum teratasi

P : intervensi dilanjutkan

Diagnosa kedua

Tindakan untuk mengatasi masalah pola napas tidak efektif.

08:00 Monitor pola napas, Monitor bunyi napas tambahan, Monitor sputum. hasil : napas klien cepat dan denyut jantung kecapang, tidak ada sputum.

08.11 Berikan oksigen tambahan sesuai indikasi. Hasil : terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm.

Evaluasi : jumat, 12 januari 2024 (13.50)

S : klien mengatakan masih sesak napas, batuk sesekali, tidak ada lendir

O : masih terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm, tekanan darah : 100/70 mmHg, suhu : 36,4⁰C, nadi : 46 x/m RR : 20 x/m SPO₂ : 97%

A : masalah pola napas tidak efektif belum teratasi

P : intervensi dilanjutkan

Diagnosa ketiga

Tindakan untuk mengatasi nyeri akut.

08:13 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. hasil : klien mengatakan nyeri dada bagian kiri tembus di punggung belakang, sakit terus menerus, rasanya seperti di tindih beban berat.

08:15 Identifikasi skala nyeri. hasil : skala nyeri 4 – 6 (sedang)

08:17 Berikan teknik non-farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri.
hasil : menganjurkan klien menarik napas dalam dan memberikan aromaterapi

08:19 Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri. hasil :
mengurangi aktivitas agar mengurangi beban kerja jantung

08:20 Fasilitasi istirahat tidur. Hasil : klien mematuhi apa yang
dianjurkan oleh perawat untuk istirahat tidur agar mengurangi beban
kerja jantung.

Evaluasi : jumat, 12 januari 2024 (13.50)

S : klien mengatakan dada sebelah kiri masih sakit, tetapi sedikit
berkurang, masih terasa seperti di tindih beban berat.

O : klien tampak meringis sudah berkurang

A : masalah nyeri akut belum teratasi

P : intervensi dilanjutkan

Diagnosa keempat

Tindakan untuk mengatasi masalah imobilitas fisik.

08:13 Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. Hasil :
klien masih sedikit nyeri dada dan merasa lelah

08:21 Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum
memulai mobilisasi. Hasil : Tekanan Darah : 100/60 mmHg, Suhu :
36,8⁰C Nadi : 54 x/m, RR : 22 x/m SPO₂ : 98%.

08:23 Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi. Hasil :
kondisi umum baik, klien masih merasa cepat lelah

08:25 Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu. Hasil : memasang pagar tempat tidur klien

08:27 Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. Hasil : keluarga pasien tampak selalu membantu semua aktivitas klien

08:28 Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan. Hasil : klien mau dan mampu melakukannya seperti duduk di samping tempat tidur, berdiri dan berjalan di sekitar tempat tidur.

Evaluasi : jumat, 12 januari 2024 (13.50)

S : klien mengatakan masih sangat lemah dan lelah saat beraktivitas

O : tekanan darah : 100/70 mmHg, suhu : 36,4⁰C, nadi : 46 x/m RR : 20 x/m SPO₂ : 97%

A : masalah imobilitas fisik belum teratasi

P : intervensi dilanjutkan.

Diagnosa kelima

Tindakan untuk mengatasi masalah defisit pengetahuan

08:30 Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi.

Hasil : klien siap menerima materi yang akan di berikan

08:32 Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan. Hasil : materi dan media (poster) tentang CHF

08:38 Berikan kesempatan untuk bertanya. Hasil : saat klien di beri kesempatan untuk bertanya, tetapi tidak ada pertanyaa, dan saat di

suruh jelaskan kembali tentang materi yang disampaikan hasilnya klien bisa mengulang kembali dan paham.

08:40 Ajarkan perilaku menjaga kesehatan. Hasil : klien paham dengan apa yang di ajarkan, seperti menjaga makan, dilarang merokok.

Evaluasi : jumat, 12 januari 2024 (13.50)

S : klien mengatakan klien sudah memahami tentang materi yang sudah di berikan.

O : klien tampak memahami isi materi yang di berikan dan klien dapat menjelaskan kembali isi materi

A : masalah defisit pengetahuan teratasi

P : intervensi dihentikan

3) Sabtu, 13 januari 2024

Diagnosa pertama

Tindakan untuk mengatasi masalah penurunan curah jantung

08.00 Pantau tekanan darah. Ukur pada kedua tangan. Gunakan ukuran manset yang tepat. Hasil : Tekanan Darah : 100/70 mmHg, Suhu : 36,9⁰C Nadi : 46 x/m, RR : 22 x/m SPO₂ : 99% CRT <3 detik.

08.02 Auskultasi tonus jantung dan bunyi napas. Hasil : detak jantung cepat, bunyi napas vesikuler, pernapasan 22 x/m, tidak ada bunyi napas tambahan.

08.04 Berikan lingkungan yang nyaman, tenang, kurang aktivitas/keributan lingkungan. Batasi jumlah pengunjung. Hasil : klien mengatakan lingkungan klien nyaman dan tidak banyak jumlah pengunjung

08.05 Pertahankan pembatasan aktivitas. Seperti istirahat di tempat tidur/kursi. Bantu pasien melakukan aktivitas perawatan diri sesuai kebutuhan. Hasil : pasien mengerti dengan apa yang dianjurkan perawat.

08.07 Lakukan tindakan – tindakan yang nyaman, seperti meninggikan kepala di tempat tidur. Hasil : Klien mengatakan setelah di tinggikan posisi tidur kepala lebih tinggi, klien merasa napas lebih nyaman.

08.08 Berikan diet jantung yang sesuai (mis. Batasi asupan kafein, natrium, kolesterol, dan makanan tinggi lemak). Hasil : klien mematuhi anjuran perawat untuk makan makanan sehat dan menjauhi larangan.

08.10 Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%.. hasil : klien terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm

08.11 Anjurkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan harian. Hasil : klien minum air botol aqua besar ukuran 1,5 liter di habiskan 2 hari, klien sering BAK kurang lebih 4 – 6 kali sehari.

Evaluasi : sabtu, 13 januari 2024 (13.50)

S : klien mengatakan sudah tidak nyeri dada, tidak batuk lagi

O : tekanan darah : 110/80 mmHg, Suhu : 36,9⁰C Nadi : 44 x/m, RR : 20 x/m SPO₂ : 99% CRT <3 detik.

A : masalah penurunan curah jantung teratasi.

P : intervensi dihentikan.

Diagnosa kedua

Tindakan untuk mengatasi masalah pola napas tidak efektif

08.05 Monitor pola napas, Monitor bunyi napas tambahan, Monitor sputum. hasil : napas klien cepat dan denyut jantung kecapang, tidak ada sputum.

08.15 Berikan oksigen tambahan sesuai indikasi. Hasil : terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm.

Evaluasi : sabtu, 13 januari 2024 (13.50)

S : klien mengatakan sudah tidak sesak lagi, sudah tidak batuk lagi

O : O₂ nasal kanul dilepas sesuai anjuran dokter, tekanan darah : 110/80 mmHg, Suhu : 36,9⁰C Nadi : 44 x/m, RR : 20 x/m SPO₂ : 99% CRT <3 detik.

A : masalah bersihan jalan napas teratasi

P : intervensi dihentikan

Diagnosa ketiga

Tindakan untuk mengatasi masalah nyeri akut.

08.07 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. hasil : klien mengatakan nyeri dada bagian kiri

tembus di punggung belakang, sakit terus menerus, rasanya seperti di tindih beban berat.

08.17 Identifikasi skala nyeri. hasil : skala nyeri 4 – 6 (sedang)

08.18 Berikan teknik non-farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri.
hasil : menganjurkan klien menarik napas dalam dan memberikan aromaterapi

08.20 Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri. hasil : mengurangi aktivitas agar mengurangi beban kerja jantung

08.21 Fasilitasi istirahat tidur. Hasil : klien mematuhi apa yang dianjurkan oleh perawat untuk istirahat tidur agar mengurangi beban kerja jantung.

Evaluasi : sabtu, 13 januari 2024 (13.50)

S : klien mengatakan sudah tidak nyeri dada sebelah kiri, tidak sesak, dan tidak batuk lagi

O : klien tampak sudah tidak meringis kesakitan lagi

A : masalah nyeri akut teratasi

P : intervensi dihentikan

Diagnosa keempat

Tindakan untuk mengatasi masalah imobilitas fisik

08.22 Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. Hasil : klien masih mengatakan sudah tidak nyeri dada, dokter menganjurkan untuk melakukan aktivitas ringan, seperti berjalan – jalan

08.24 Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi. Hasil : Tekanan Darah : 100/70 mmHg, Suhu : 36,9⁰C Nadi : 46 x/m, RR : 22 x/m SPO₂ : 99% CRT <3 detik.

08.25 Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi. Hasil : kondisi umum baik, klien masih merasa cepat lelah

08.28 Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu. Hasil: memasang pagar tempat tidur klien

08.30 Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. Hasil : keluarga pasien tampak selalu membantu semua aktivitas klien

08.33 Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan. Hasil : klien mau dan mampu melakukannya seperti duduk di samping tempat tidur, berdiri dan berjalan di sekitar tempat tidur.

Evaluasi : sabtu, 13 januari 2024 (13.50)

S : klien mengatakan sudah mulai kuat melakukan aktivitas ringan seperti jalan jalan ringan

O : tekanan darah : 110/80 mmHg, Suhu : 36,9⁰C Nadi : 44 x/m, RR : 20 x/m SPO₂ : 99% CRT <3 detik.

A : masalah imobilitas fisik teratasi

P : intervensi dihentikan

Diagnosa kelima

Tindakan untuk mengatasi masalah defisit pengetahuan

08.35 Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi.

Hasil : klien siap menerima materi yang akan di berikan

08.37 Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan. Hasil :
materi dan media (poster) tentang CHF

08.43 Berikan kesempatan untuk bertanya. Hasil : saat klien di beri
kesempatan untuk bertanya, tetapi tidak ada pertanyaa, dan saat di
suruh jelaskan kembali tentang materi yang disampaikan hasilnya
klien bisa mengulang kembali dan paham.

08.45 Ajarkan perilaku menjaga kesehatan. Hasil : kliem paham
dengan apa yang di ajarkan, seperti menjaga makan, dilarang
merokok.

Evaluasi : sabtu, 13 januari 2024 (13.50)

S : klien mengatakan klien sudah memahami tentang materi yang
sudah di berikan.

O : klien tampah memahami isi materi yang di berikan dan klien
dapat menjelaskan kembali isi materi

A : masalah defisit pengetahuan teratasi

P : intervensi dihentika.

C. Pembahasan

Fokus pembahasan pada pelaksanaan asuhan keperawatan untuk melihat kesenjangan antara studi kasus ini dengan teori ataupun studi kasus terdahulunya mulai dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

1. Pengkajian

Menurut teori (PPNI, 2016) tanda dan gejala CHF yaitu Dispnea, Mudah lelah, Meningkatnya energi yang digunakan untuk bernapas, Kegelisahan atau kecemasan, Oedema ekstremitas bawah, penambahan Berat Badan (BB), Hepatomegali dan nyeri, Anoreksia dan mual, Nokturia: sering kencing di malam hari, Kelemahan. Sedangkan pada kasus Tn. E. M. S ditemukan keluarga mengatakan klien nyeri dada bagian kiri tembus punggung belakang, nyeri seperti di tindih beban berat, nyeri sedang skala 4 - 6, sulit tidur, mengatakan lemah, sesak napas, batuk sesekali tanpa ada lendir, mual – muntah yang keluar hanya air. Hal ini menunjukkan bahwa adanya kesenjangan antara teori dan kasus nyata, dimana pada kasus Tn. E. M. S tidak ditemukan udem pada ekstremitas, anoreksia, penambahan berat badan di karenakan pada Tn. E. M. S tidak di temukan masalah yang menyerang pada sistem organ pencernaan di bagian lambung dan masalah. Selain itu pada penelitian kasus yang dilakukan F.N.R (2020) Di Ruang Penyakit Dalam Pria Non-Bedah RSUP Dr.M.Djamil Padang sesak napas, nyeri pada dada bagian kiri, hal ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh A.PW (2022) Di Ruang

ICCU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya sesak napas, nyeri pada dada bagian kiri, batuk sesekali tidak berdahak. Hal ini disebabkan karena adanya gangguan pada sistem organ kardiovaskuler pada bagian jantung.

Menurut PPNI (2016). Diagnosa yang muncul pada CHF yaitu : penurunan curah jantung, nyeri akut, gangguan perfusi perifer, hipervolemia, intoleransi aktivitas dan pola napas tidak efektif, namun pada kasus Tn E. M. S di temukan diagnosa penurunan curah jantung, pola napas tidak efektif, nyeri akut, imobilitas fisik dan defisit pengetahuan hal ini di karenakan sesuai dengan batasan karakteristik yang di temukan pada pengkajian. Sedangkan pada diagnosa hipervolemia, perfusi perifer tidak efektif, dan intoleransi aktifitas ada di teori dan tidak ada di kasus karena di teori lebih fokus ke masalah utama CHF tanpa adanya masalah lain yang akan timbul. Perbedaan intoleransi aktivitas dan imobilitas fisik yaitu, intoleransi aktivitas adalah ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari – hari dan imobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih secara mandiri.

Perencanaan keperawatan pada tinjauan teori menurut Doenges Marilyn. E, Mary F. Moorhouse, Alice C. Geissler (2000) penurunan curah jantung ada 11 pada kasus Tn. E. M. S masalah penurunan curah jantung ada 8 hal ini ada kesenjangan pada teori dan kasus dikarenakan 3 intervensi pada teori catat edema umu/tertentu, anjurkan pasien dan keluarga mengukur berat badan harian, periksa tekanan darah dan nadi sebelum pemberian obat, karena pada Tn. E.M.S tidak mengalami udem

dan tidak menerima obat penurunan udem. Diagnosa pola napas tidak efektif pada teori ada 6 intervensi dan pada kasus Tn.E.M.S pola napas tidak efektif ada 2 intervensi dikarenakan 4 intervensi pada teori berikan minum hangat, ajarkan batuk efektif, kolaborasi pemberian bronkodilator, posisikan semi fowler atau fowler, karena pada Tn. E.M.S tidak ada sekret yang tertahan pada jalan napas, selama perawatan 3 hari tidak ada data yang mendukung untuk 4 intervensi tersebut. Masalah nyeri akut dalam teori ada 7 intervensi dan pada kasus Tn. E.M.S nyeri akut ada 7 intervensi, sehingga tidak ada kesenjangan pada intervensi tersebut. Masalah imobilitas fisik tidak ada dalam teori dan pada kasus Tn. E.M.S masalah imobilitas fisik ada 6 intervensi yaitu identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur), libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi). Dan masalah defisit pengetahuan tidak ada dalam teori dan pada kasus Tn. E.M.S masalah defisit pengetahuan ada 4 intervensi yaitu identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, sediakan materi dan media pendidikan kesehatan, berikan kesempatan untuk bertanya, ajarkan perilaku menjaga kesehatan.

Tahap implementasi merupakan tahap melaksanakan rencana keperawatan dengan berpedoman pada intervensi atau aktifitas yang telah di tentukan. Implementasi pada kasus Tn. E. M. S dalam masalah keperawatan penurunan curah jantung, pola napas tidak efektif, nyeri akut, imobilitas fisik, dan defisit pengetahuan dapat dijalankan dengan baik karena di dukung oleh sarana dan partisipan keluarga serta petugas kesehatan. Dengan demikian seluruh intervensi yang direncanakan dapat di implementasikan pada Tn. E. M. S

Menurut Huitzi-Egilegor et al., (2014) dalam Malisa Novi, dkk (2021) evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari proses keperawatan dan merupakan sebuah perbandingan yang terencana dan sistematis antara hasil akhir dan tujuan atau kriteria hasil yang telah di lakukan pada tahap perencanaan. Setelah di laksanakan asuhan keperawatan selama 3 (tiga) hari masalah penurunan curah jantung, nyeri akut, hipervolemia. langkah selanjutnya diharapkan klien dan keluarga untuk mengikuti semua anjuran dari petugas kesehatan dengan baik dan tujuan untuk mencegah timbulnya *Congestive Heart Failure*.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil studi kasus gambaran asuhan keperawatan pada klien dengan *Congestive Heart Failure* di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende pada tanggal 11-13 Januari 2024 (3 hari) maka dapat disimpulkan sebagai berikut : Tn. E.M.S umur 55 tahun keatas dengan diagnosa *Congestive Heart Failure*.

Pengkajian pada kasus di temukan data yang ada di teori tetapi tidak ada di kasus yaitu : udem pada ekstremitas, anoreksia, penambahan berat badan di karenakan pada Tn. E. M. S tidak di temukan masalah yang menyerang pada sistem organ pencernaan di bagian lambung.

Diagnosa keperawatan yang tidak ditemukan pada kasus namun ada pada teori yaitu : hipervolemia, perfusi perifer tidak efektif dan intoleransi aktivitas. Diagnosa yang ada di kasus nyata dan juga ada pada teori yaitu : penurunan curah jantung, pola napas tidak efektif, dan nyeri akut, dan ada penambahan 2 dignosa pada kasus nyata yaitu imobilitas fisik dan defisit pengetahuan. Intervensi keperawatan pada pasien *Congestive Heart Failure* mengacu pada teori dan dimodifikasi sesuai dengan keadaan klien dan memudahkan dalam pelaksanaannya. Evaluasi pada kasus Tn. E.M.S setelah di laksanakan tindakan keperawatan selama 3 (tiga) hari masalah penurunan curah jantung teratasi, pola napas tidak efektif teratasi, nyeri akut teratasi, imobilitas fisik teratasi, dan defisit pengetahuan teratasi.

B. Saran

1. Bagi peneliti

Hasil dari studi kasus ini diharapkan dapat menjadikan pengalaman belajar dilapangan dan dapat meningkatkan pengetahuan penulis tentang asuhan keperawatan pada Tn. E.M.S dengan *Congestive Heart Failure*

2. Bagi rumah sakit

Hasil studi kasus ini di harapkan dapat menjadikan suatu tolak ukur serta upaya ruamah sakit dalam meningkatkan pelayanan

3. Bagi institusi pendidikan

Agar informasi penelitian ini dapat di gunakan sebagai bahan tambahan untuk memperkaya pengetahuan serta mengkatkatkan kapasitas dan kualitas pendidikan

4. Bagi keluarga

Mengajari keluarga klien dengan cara menganjurkan klien untuk melakukan pemeriksaan yang rutin ke fasilitas kesehatan agar mencegah terjadinya *Congestive Heart Failure*.

DAFTAR PUSTAKA

- Asikin, M., Nuralamsyah, M., & Susaldi (2016). Keperawatan Medikal BEDAH: Sistem Kardiovaskuler. Jakarta: Erlangga
- Bararah, T dan Jauhar, M. 2013. Asuhan Keperawatan Panduan Lengkap Menjadi Perawat Profesional. Jakarta : Prestasi Pustakaraya
- Carpenito, Lynda Juall. 1995. Rencana Asuhan & Dokumentasi Keperawatan. Jakarta. Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Daryani, N. K. 2021. Asuhan keperawatan pasien Ny H dengan acute decompensated heart failure yang mengalami masalah penurunan curah jantung di ruang intermediate pjt RSUP Sanglah. Denpasar. (Poltekkes Kemenkes Denpasar Jurusan Keperawatan 2021)
<http://repository.poltekkesdenpasar.ac.id/7657/>
- Dinarti, & Mulyanti, Y. (2017). Dokumentasi Keperawatan. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 167.
[http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wpcontent/uploads/2017/11/PR-AKTIKA-DOKUMEN-KEPERAWATAN- xvii DAFIS.pdf](http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wpcontent/uploads/2017/11/PR-AKTIKA-DOKUMEN-KEPERAWATAN-xvii-DAFIS.pdf)
- Doenges Marilyn. E, Mary F. Moorhouse, Alice C. Geissler. 2000. Rencana Asuhan Keperawatan : pedoman untuk perencanaan dan pendokumentasian perawatan pasien. Jakarta. Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Kasron, S.KP., Ns (2012). Buku Ajar Gangguan Sistem Kardiovaskular. Nuha Medika;Yogyakarta.
- Majid, Abdul. 2018. Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Kardiovaskular. Pustaka Baru Press : Yogyakarta
- Majid, Abdul. 2018. Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Kardiovaskular. Pustaka Baru Press : Yogyakarta
- McPhee, Stephen J & William F. Ganong. 2015. Patofisiologi Penyakit : Pengantar Menuju Kedokteran Klinis. Jakarta. Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Nurarif, A. H, & Kusuma, H. (2015). NANDA NIC-NOC Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis. Jilid 2. Yogyakarta: Mediacion

- Nurhayati, Eius dan Nuraini. 2009. Gambaran faktor resiko terhadap penyakit gagal jantung di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung
- Padila. 2019. Buku Ajar : Keperawatan Medikal Bedah. Yogyakarta. Nuha Medika
- PPNI (2016). Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator diagnostik, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI (2018). Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- Price, Sylvia Anderson & Lorraine M. Wilson. 1995. Patofisiologi : Konsep Klinis Proses – Proses Penyakit. Jakarta. Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS). 2018. Laporan Nasional RISKESDAS 2018
Kementerian Kesehatan RI Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- RSUD Ende. (2023). Data Rekam Medik Penyakit Diabetes Melitus. Ende: Rumah Sakit Umum Daerah Ende
- Shahab, S., Fauzan, S & Budiharto, I. (2016). Pengaruh Posisi Tidur Semi Fowler 45 Terhadap Kualitas Tidur Pasien Gagal Jantung Di Ruang ICCU RSUD dr. Soedarso Pontianak. Jurnal ProNers, 3
- Silverthorn, Dee Unglaub. 2014. Fisiologi Manusia : Sebuah Pendekatan Terintegrasi. Jakarta. Penerbit Buku Kedokteran EGC.

INFORMED CONSENT

(persetujuan menjadi partisipan)

Yang bertanda tangan dibawah ini, menyatakan bahwa: saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai studi kasus yang akan dilakukan oleh : Nurhanifah Virly Hidayanti Barosah, dengan judul: asuhan keperawatan pada Tn. E. M. S Dengan Diagnosa Medis Congestive Heart Failure (CHF) Di Ruang Penyakit Dalam Anggrek III RSUD Ende

Saya setuju untuk ikut berpartisipasi pada studi kasus ini secara sukarela tanpa paksaan dari siapapun. Apabila selama penelitian studi kasus ini saya mengundurkan diri, maka saya dapat menngundurkan diri sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun

Ende, 11 Januari 2024

Saksi



Keluarga

Yang memberikan persetujuan



Pasien

Peneliti



Nurhanifah Virly Hidayanti Barosah
NIM. PO530320219946

PENJELASAN SEBELUM PENELITIAN STUDI KASUS

1. Kami adalah mahasiswa dari Poltekkes Kemenkes Kupang Program Studi DIII Keperawatan Ende, dengan ini meminta Bapak/Ibu/Saudara untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam studi kasus yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Diagnosa Medis *Congestive Heart Failure* (CHF). Tujuan dari studi kasus ini adalah untuk mengetahui dan melaksanakan proses asuhan Keperawatan pada Tn. E.M.S dengan Congestive Heart Failure (CHF) di RPD III RSUD Ende, yang dapat memberi manfaat berupa pasien dan keluarga dapat mengetahui tentang CHF yang diderita pasien dan mengetahui arah penanganan pasien dengan CHF.
2. Studi kasus ini akan berlangsung selama mulai dari 11 – 13 januari 2024
3. Prosedur pelaksanaan berupa asuhan keperawatan (pengkajian/pengumpulan data, perumusan diagnosa, penetapan rencana intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan) yang akan berlangsung selama 20 – 30 menit setiap kali pertemuan. Cara ini mungkin menyebabkan ketidaknyamanan tetapi tidak perlu khawatir karena studi kasus ini tidak akan menimbulkan masalah kesehatan/memperburuk status kesehatan.
4. Keuntungan yang bapak /ibu/saudara peroleh dari keterlibatan dalam studi kasus ini adalah bapak/ibu/saudara mendapat pelayanan keperawatan yang lebih baik dan turut terlibat aktif mengikuti perkembangan asuhan yang diberikan.

5. Nama dan jati diri serta seluruh informasi yang bapak/ibu/saudara sampaikan akan selalu dirahasiakan.
6. Jika bapak/ibu/ saudara membutuhkan informasi terkait dengan studi kasus ini silahkan menghubungi saya pada nomor HP : 082122703948

Ende, 11 Januari 2024

Peneliti



Nurhanifah Virly Hidayanti Barosah
NIM. PO.530320219946

FORMAT LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN
ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. E.M.S
DENGAN DIAGNOSA MEDIS *CONGESTIVE HEART FAILURE*
DI RUANG PENYAKIT DALAM ANGGREK III RSUD ENDE
TANGGAL 11 – 13 JANUARI 2024

I. PENGKAJIAN

A. PENGUMPULAN DATA

1. Identitas

a. Identitas asien

Nama : Tn. E.M.S

Umur : 55 Tahun

Agama : katolik

jenis Kelamin : laki – laki

Status : kawin

Pendidikan : SMP

Pekerjaan : buruh proyek

Suku Bangsa : Indonesia

Alamat : Jl. Kelimutu

Tanggal Masuk : 10 januari 2024

Tanggal Pengkajian : 11 januari 2024

Diagnosa Medis : Congestive Heart Failure (CHF)

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Ny. R.S

Umur : 43 Tahun

Hub. Dengan Pasien : Istri

Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga

Alamat : Jl. Kelimutu

2. Status Kesehatan

a. Status Kesehatan Saat Ini

1) Keluhan Utama

Tn. E.M.S saat dikaji yaitu klien mengatakan dada sakit sebelah kiri menjalar ke punggung, sakit terus menerus, skala sedang 4 – 6, rasanya seperti di tindih beban berat, sesak napas, batuk tanpa lendir, mual muntah yang keluar hanya air, perut terasa kembung dan berputar, kadang kadang mencret.

2) Riwayat Keluhan Utama

nyeri dada bagian kiri tembus punggung rasanya seperti di tindih bebam berat, sesak napas, sulit tidur seperti gelisah.

b. Satus Kesehatan Masa Lalu

1) Pernah dirawat

klien mengatakan pernah di rawat dengan keluhan yang sama pada tahun 2016 di runag RPD III dan di tahun 2018 di ruang ICU.

2) Alergi

Klien mengatakan klien tidak memiliki alergi makanan maupun obat – obatan.

c. Kebiasaan (merokok/kopi/alkohol dll)

Klien mengatakan kllien tidak biasa minum kopi dan minum alcohol, klien hanya kebiasaan merokok. Jika klien sedang setres akan melampiaskan pada rokok.

d. Riwayat Penyakit Keluarga

Hipertensi dari bapak dan riwayat CHF dari ibu

3. Pola Kebutuhan Dasar (Data Bio-psiko-sosio-kultural-spiritual)

a. Pola Persepsi dan Manajemen Kesehatan

Sebelum sakit : klien mengatakan sebelum sakit selalu memperhatikan kesehatan dan apabila klien merasa sakit klien memeriksa kesehatannya ke puskesmas terdekat atau ke Rumah

Sakit. Klien dan keluarga tidak pernah berpikir kalau sakit yang dialaminya adalah suatu yang berhubungan dengan karma atau kutukan.

b. Pola Nutrisi-Metabolik

- 1) Sebelum sakit : : Klien mengatakan jarang makan di rumah, makan di rumah hanya malam saja, pagi sarapan di tempat kerja, siang makan di tempat kerja menu makanannya kebanyakan nasi padang seperti daging – dagingan rendang, ikan goreng, telur goreng/balado sayur – sayuran santan. Makanan kesukaan klien yaitu daging babi goreng, sambal jeruk, dan sayur ngeta daun ubi.
- 2) Saat sakit : makan makanan Rumah Sakit menu seperti nasi, sayur-mayur bening, ikan, tahu, tempe, telur rebus, dan buah-buahan.

c. Pola Eliminasi

- 1) Sebelum sakit : Sebelum sakit : klien mengatakan BAB 1 – 2 kali sehari, dengan konsistensi padat dan lembek, tidak ada keluhan saat BAB, sedangkan BAK klien bisa sampai 4 – 5 kali sehari warna kuning, berbau urine, tidak ada keluhan saat BAK.
- 2) Saat sakit : klien belum BAB sejak 4 hari lalu. BAK saat ini 4 – 6 kali sehari, warna kuning, berbau urine, dan tidak ada keluhan saat BAK, sering kencing di malam hari.

d. Pola aktivitas dan latihan

**Lampiran
Tabel Aktivitas**

Kemampuan perawatan diri	0	1	2	3	4
Makan dan minum	✓				
Mandi			✓		
Toileting			✓		
Berpakaian	✓				
Berpindah			✓		

Ket :

0: mandiri, 1: Alat bantu, 2: dibantu orang lain, 3: dibantu orang lain dan alat, 4: tergantung total

1) Latihan

a) Sebelum sakit : klien mengatakan sebelum sakit klien bisa melakukan banyak aktivitas sendiri (mandi, makan, berpakaian, berpindah tempat) dan melakukan aktivitas lainnya sebagai seorang buruh proyek tidak menggunakan alat bantu.

b) Saat sakit : klien melakukan aktivitas yang perlu bantuan seperti mandi, berganti pakaian, ke toilet, dan berpindah tempat, makan bisa sendiri, merasa lemah dan lelah saat terlalu banyak aktivitas.

e. Pola kognitif dan Persepsi

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

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

f. Pola Persepsi-Konsep diri

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

Saat ini : klien sedang sakit dan terbaring lemah di Rumah Sakit dan klien ingin sembuh dan pulang agar bisa berkumpul dengan keluarganya

g. Pola Tidur dan Istirahat

1) Sebelum sakit : klien mengatakan tidak pernah tidur siang karena bekerja, dari jam 7 pagi sampai jam 6 sore berada di tempat kerja

proyek. Malam susah tidur, baru bisa tidur di jam 11 atau jam 12 malam bangun jam 5 pagi.

2) Saat sakit : pasien tidak bisa tidur dari malam sampai pagi, sering kencing di malam hari.

h. Pola Peran-Hubungan

Sebelum sakit klien mengatakan selalu menjalin hubungan baik dengan anak – anak, dan keluarga serta orang – orang di sekitarnya. Saat ini klien selalu mendapat motivasi dan dukungan dari keluarganya agar cepat sembuh dari penyakitnya.

i. Pola Toleransi Stress-Koping

Klien mengatakan, jika klien stres klien tidak menceritakannya, tetapi klien melampiaskan pada rokok.

j. Pola Nilai-Kepercayaan

Sebelum sakit : klien mengatakan jarang pergi ke gereja, klien hanya berdoa di rumah.

Saat ini klien mengatakan klien hanya bisa berdoa di rumah, saat sakit klien merasa lemah tetapi klien mengatakan ia selalu percaya bahwa sakit yang di deritanya sekarang adalah cobaan yang diberikan Tuhan untuk dirinya.

4. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan umum : composmentis. GCS : 15 (E : 4, V : 5, M : 6).

Tekanan Darah : 100/60 mmHg, Suhu : 36,8⁰C Nadi : 54 x/m, RR : 22 x/m SPO₂ : 98%.

a) Kepala

Klien tidak pernah mengalami trauma kepala, tidak ada hemato atau riwayat operasi, bentuk kepala bulat, tidak ada benjolan dan tidak ada nyeri tekan, rambut hitam gelombang, kulit kepala bersih

- b) Wajah
tampak bersih, bentuk wajah simetris, klien tampak pucat dan lemah.
 - c) Mata
Konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, bentuk mata simetris, dan penglihatan masih normal.
 - d) Mulut
Bentuk simetris, berbicara jelas, mukosa bibir lembab.
5. Hidung
Bentuk simetris, tidak ada sekret, tidak ada nyeri tekan, terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm.
6. Telingan
Tidak ada serumen, bentuk simetris, tidak ada penggunaan alat bantu dengar.
7. Leher
Inspeksi : bentuk simetris, tidak ada pembesaran vena jugularis.
Palpasi : tidak ada nyeri tekan
8. Dada
Inspeksi : bentuk dada simetris
Palpasi : tidak ada nyeri tekan dan tidak ada masa, getaran paru simetris
Perkusi : suara kedua paru sonor
Auskultasi : detak jantung cepat, bunyi napas vesikuler, pernapasan 22 x/m, tidak ada bunyi napas tambahan.
9. Abdomen
Inspeksi : bentuk simetris, tidak ada pembengkakan
Palpasi : tidak ada nyeri tekan dan tidak ada benjolan
Auskultasi : bising usus 20 x/m.
10. Ekstremitas
Inspeksi : jari – jari tangan dan jari – jari kaki lengkap, tidak terdapat udem pada ekstremitas atas maupun bawah, terpasang infus NaCl

0,9% 8tpm di tangan kanan, akral hangat CRT <3 detik, turgor kulit kering dan tampak keriput.

11. Pemeriksaan Penunjang

Data Laboratorium & Diagnostik *(d disesuaikan)

Tabel 4.1
Pemeriksaan darah lengkap (RSUD Ende)
Tanggal pemeriksaan 10 januari 2024

WBC	7.46	[10 ³ uL]	(3.80 – 10.60)
EO%	4.3	[%]	(2.0 – 4.0)
HGB	13.0	[g/dL]	(13.2 – 17.3)
HCT	38.4	[%]	(40.0 – 52.0)
RDW-CV	36.8	[fL]	(37.0 – 54.0)

Tabel 4.2
Pemeriksaan Laboratorium
Tanggal pemeriksaan 11 januari 2024

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
Faal Hati		
SGOT/AST	17.3	0 – 35 UL
SGPT/ALT	13.1	4 – 36 UL
Faal Ginjal		
Ureum	41.9	10 – 50 mg/dL
Creatinin	0.97	0.6 – 1.2 mg/dL
Kardiovakuler		
CKMB	18	L : 24 – 195 U/L P : 24 – 170 U/L

Tabel 4.3
Terapi Medis

No.	Nama Obat	Dosis
1.	Aspilet	1 x 160 mg (Oral)
2.	Clopidogrel	1 x 300 mg (Oral)
3.	Atorvastatin Calcium Tryhidrate	1 x 40 mg (Oral)
4.	Diviti	1 x 2,5 mg (SC)

8) Tabulasi Data

Klien mengatakan dada sakit sebelah kiri menjalar ke punggung, sakit terus menerus, skala sedang 4 – 6, rasanya seperti di tindih beban berat, klien tampak meringis sesekali, sesak napas, klien mengatakan lelah saat melakukan aktivitas ringan, batuk tanpa lendir, mual muntah yang keluar hanya air, perut terasa kembung dan berputar, kadang kadang mencret, sering kencing di malam hari, makanan kesukaan klien yaitu daging babi goreng, sambal jeruk, dan sayur ngeta daun ubi, Klien mengatakan, jika klien setres klien tidak menceritakannya, tetapi klien melampiaskan pada rokok, susah tidur, belum BAB sejak 4 hari yang lalu. Terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm, terpasang infus NaCl 0,9% 8 tpm di tangan kanan. Kesadaran composmentis, aktivitas di bantu oleh keluarga. Tekanan Darah : 100/60 mmHg, Suhu : 36,8⁰C Nadi : 54 x/m, RR : 22 x/m SPO₂ : 98% CRT <3 detik.

9) Klasifikasi Data

DS : klien mengatakan dada sakit sebelah kiri menjalar ke punggung, sakit terus menerus, skala sedang 4 – 6, klien mengatakan rasanya seperti di tindih beban berat, sesak napas, klien mengatakan lelah saat melakukan aktivitas ringan, batuk tanpa lendir, mual muntah yang keluar hanya air, perut terasa kembung dan berputar, kadang – kadang mencret, klien mengatakan makanan kesukaan klien yaitu daging babi goreng, sambal jeruk, dan sayur ngeta daun ubi, Klien

mengatakan, jika klien setres klien tidak menceritakannya, tetapi klien melampiaskan pada rokok. sering kencing di malam hari, sulit tidur, belum BAB sejak 4 hari lalu.

DO : klien tampak meringis sesekali, Terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm, terpasang infus NaCl 0,9% 8 tpm di tangan kanan. Kesadaran composmentis, aktivitas di bantu oleh keluarga. Tekanan Darah : 100/60 mmHg, Suhu : 36,8⁰C Nadi : 54 x/m, RR : 22 x/m SPO₂ : 98% CRT <3 detik.

10) Analisa Data

Tabel 4.4 Analisa Data

No	Sign/Symptom	Etiologi	Problem
1.	DS : nyeri dada sebelah kiri tembus ke punggung belakang, rasanya seperti di tindih beban berat, sesak napas, klien mengatakan sulit tidur DO : klien tampak meringis sesekali, Tekanan Darah : 100/60 mmHg, Suhu : 36,8 ⁰ C Nadi : 54 x/m, RR : 22 x/m SPO ₂ : 98% CRT <3 detik.	Perubahan irama jantung	Penurunan curah jantung
2.	DS : klien mengatakan sesak napas, batuk tanpa lendir DO : terpasang O ₂ nasal kanul 3 lpm, Tekanan Darah : 100/60 mmHg, Suhu : 36,8 ⁰ C Nadi : 54 x/m, RR : 22 x/m SPO ₂ : 98% CRT <3 detik.	Hambatan Upaya Napas	Pola Napas Tidak Efektif
3.	DS : klien mengatakan dada sakit sebelah kiri menjalar ke punggung, sakit terus menerus, skala sedang 4 – 6, rasanya seperti di tindih beban berat DO : klien tampak meringis sesekali, Tekanan Darah : 100/60 mmHg, Suhu : 36,8 ⁰ C Nadi : 54 x/m, RR : 22 x/m SPO ₂ : 98% CRT <3 detik.	Agen pencedera fisik (mis. latihan fisik berlebih, trauma, mengangkat berat, abses, amputasi, prosedur operasi)	Nyeri Akut

4.	DS : klien mengatakan lelah saat melakukan aktivitas ringan DO : Tekanan Darah : 100/60 mmHg, Suhu : 36,8 ⁰ C Nadi : 54 x/m, RR : 22 x/m SPO ₂ : 98% CRT <3 detik.	Ketidakbugaran Fisik	Imobilitas Fisik
----	---	----------------------	------------------

DS : Klien mengatakan, jika klien stres klien tidak menceritakannya, tetapi klien melampiaskan pada rokok. Klien mengatakan makanan kesukaan klien yaitu daging babi goreng, sambal jeruk, dan sayur ngeta daun ubi. DO : klien tampak belum paham dengan penyakit yang di deritanya.	Kurang Terpapar Informasi	Defisit Pengetahuan
--	---------------------------	---------------------

11) Prioritas Masalah

Dari hasil analisa data di atas, maka penulis dapat menentukan prioritas masalah pada Tn. E.M.S yaitu :

- a) Penurunan Curah Jantung
- b) Pola Napas Tidak Efektif
- c) Nyeri Akut
- d) Imobilitas Fisik
- e) Defisit Pengetahuan

e. Diagnosa Keperawatan

Dari masalah-masalah keperawatan yang di temukan, maka penulis dapat menegakkan diagnosa keperawatan pada Tn. E.M.S yaitu:

- 1.) Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung ditandai dengan :

DS : nyeri dada sebelah kiri tembus ke punggung belakang, rasanya seperti di tindih beban berat, sesak napas, klien mengatakan sulit tidur

DO : klien tampak meringis sesekali, Tekanan Darah : 100/60 mmHg, Suhu : 36,8⁰C Nadi : 54 x/m, RR : 22 x/m SPO₂ : 98% CRT <3 detik.

2.) Pola napas tidak efektif berhubungan dengan tekanan darah meningkat :

DS : klien mengatakan sesak napas, batuk tanpa lender

DO : terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm, Tekanan Darah : 100/60 mmHg, Suhu : 36,8⁰C Nadi : 54 x/m, RR : 22 x/m SPO₂ : 98% CRT <3 detik.

3.) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan :

DS : klien mengatakan dada sakit sebelah kiri menjalar ke punggung, sakit terus menerus, skala sedang 4 – 6, rasanya seperti di tindih beban berat

DO : klien tampak meringis sesekali, Tekanan Darah : 100/60 mmHg, Suhu : 36,8⁰C Nadi : 54 x/m, RR : 22 x/m SPO₂ : 98% CRT <3 detik.

4.) Imobilitas fisik berhubungan dengan program perubahan metabolisme ditandai dengan :

DS : klien mengatakan lelah saat melakukan aktivitas ringan

DO : Tekanan Darah : 100/60 mmHg, Suhu : 36,8⁰C Nadi : 54 x/m,
RR : 22 x/m SPO₂ : 98% CRT <3 detik.

5.) Defisit pengetahuan tentang manajemen gagal jantung berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan :

DS : Klien mengatakan, jika klien stres klien tidak menceritakannya, tetapi klien melampiaskan pada rokok. Klien mengatakan makanan kesukaan klien yaitu daging babi goreng, sambal jeruk, dan sayur ngeta daun ubi.

DO : klien tampak belum paham dengan penyakit yang di deritanya.

f. Perencanaan Keperawatan

Rencana keperawatan yang di susun berdasarkan diagnosa yang muncul pada Tn. A.A yaitu :

Dx 1 : Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung ditandai dengan :

DS : nyeri dada sebelah kiri tembus ke punggung belakang, rasanya seperti di tindih beban berat, sesak napas, klien mengatakan sulit tidur, batuk tanpa adanya lender

DO : klien tampak meringis sesekali, Tekanan Darah : 100/60 mmHg, Suhu : 36,8⁰C Nadi : 54 x/m, RR : 22 x/m SPO₂ : 98% CRT <3 detik.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan masalah Penurunan curah jantung teratasi dengan kriteria hasil : batuk menurun, sesak napas menurun, nyeri menurun, pola tidur membaik.

Rencana Keperawatan :

9) Pantau tekanan darah. Ukur pada kedua tangan. Gunakan ukuran manset yang tepat

Rasional : perbandingan dari tekanan memberikan gambaran yang lebih lengkap tentang keterlibatan/bidang masalah vaskular.

10) Auskultasi tonus jantung dan bunyi napas

Rasional : adanya hipertrofi atrium(peningkatan volume/ tekanan atrium)

11) Berikan lingkungan yang nyaman, tenang, kurang aktivitas/keributan lingkungan. Batasi jumlah pengunjung

Rasional : membantu untuk menurunkan rangsang simpatis, meningkatkan relaksasi

12) Pertahankan pembatasan aktivitas. Seperti istirahat di tempat tidur/kursi. Bantu pasien melakukan aktivitas perawatan diri sesuai kebutuhan

Rasional : menurunkan stres dan ketegangan yang mempengaruhi perjalanan penyakit

13) Lakukan tindakan – tindakan yang nyaman, seperti meninggikan kepala di tempat tidur

Rasional : mengurangi ketidaknyamanan dan dapat menurunkan rangsang simpatis

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

Rasional : memberi diet dan/atau makanan sesuai yang dianjurkan dokter

15) Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%.

Rasional : mempertahankan saturasi oksigen dalam tubuh

16) Anjurkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan harian.

Rasional : mengetahui cairan masuk dan keluar setiap harinya

Dx 2 : Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas ditandai dengan :

DS : klien mengatakan sesak napas, batuk tanpa lendir

DO : terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm, Tekanan Darah : 100/60 mmHg,

Suhu : 36,8⁰C Nadi : 54 x/m, RR : 22 x/m SPO₂ : 98% CRT <3 detik.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan masalah pola napas tidak efektif teratasi dengan kriteria hasil : sesak napas menurun, frekuensi napas membaik, kedalaman napas membaik, batuk berkurang.

Rencana Keperawatan :

1) Monitor pola napas, Monitor bunyi napas tambahan, Monitor sputum

Rasional : menyatakan adanya kongesti paru/pengumpulan sekret menunjukkan kebutuhan untuk intervensi lanjutan

2) Berikan oksigen tambahan sesuai indikasi

Rasional : meningkatkan konsentrasi alveolar, yang dapat memperbaiki/menurunkan hipoksemia jaringan

Dx 3 : Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan :

DS : klien mengatakan dada sakit sebelah kiri menjalar ke punggung, sakit terus menerus, skala sedang 4 – 6, rasanya seperti di tindih beban berat

DO : klien tampak meringis sesekali

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan masalah nyeri akut teratasi dengan kriteria hasil : keluhan nyeri menurun, tampak meringis menurun, kesulitan tidur menurun.

Rencana Keperawatan :

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

Rasional : mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri

- 2) Identifikasi skala nyeri.

Rasional : mengetahui skala nyeri yang dirasakan klien

- 3) Berikan teknik non-farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri.

Rasional : tindakan yang menurunkan tekanan vaskular serebral dan yang memperlambat/memblok respons simpatis efektif dalam menghilangkan sakit

4) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri.

Rasional : hilangkan/minimalkan aktifitas vasokonstriksi yang dapat meningkatkan sakit.

5) Fasilitasi istirahat tidur.

Rasional : meminimalkan stimulasi/meningkatkan relaksasi

6) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat.

Rasional : dapat mengurangi tegangan dan ketidaknyamanan yang diperberat oleh stres

7) Kolaborasi pemberian analgetik.

Rasional : menurunkan/mengontrol nyeri dan menurunkan rangsang sistem saraf simpatis

Dx 4 : Imobilitas fisik berhubungan dengan ketidakbugaran fisik ditandai dengan :

DS : klien mengatakan lelah saat melakukan aktivitas ringan

DO : Tekanan Darah : 100/60 mmHg, Suhu : 36,8⁰C Nadi : 54 x/m, RR: 22 x/m SPO₂ : 98% CRT <3 detik.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan masalah imobilitas fisik teratasi dengan kriteria hasil : kelemahan fisik menurun, gerakan terbatas menurun, nyeri menurun.

Rencana Keperawatan :

1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. Rasional : mengetahui adanya nyeri atau keluhan fisik pada klien

- 2) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi. Rasional : mengetahui keadaan jantung dan tekanan darah klien
- 3) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi. Rasional : mengetahui jika klien ada keluhan saat melakukan mobilisasi
- 4) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur)
- 5) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan.
- 6) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)

Dx 5 : Defisit pengetahuan tentang manajemen gagal jantung berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan :

DS : Klien mengatakan, jika klien stres klien tidak menceritakannya, tetapi klien melampiaskan pada rokok. Klien mengatakan makanan kesukaan klien yaitu daging babi goreng, sambal jeruk, dan sayur ngeta daun ubi.

DO : klien tampak belum paham dengan penyakit yang di deritanya.

Rencana keperawatan :

- 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
Rasional : mengetahui kesian klien dan keluarga dalam menerima informasi

- 2) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan

Rasional : membuat klien dan keluarga mengerti dengan materi yang disampaikan

- 3) Berikan kesempatan untuk bertanya

Rasional : mengidentifikasi adanya materi yang belum dipahami oleh klien dan keluarga

- 4) Ajarkan perilaku menjaga kesehatan

Rasional : mengajarkan agar klien dan keluarga menerapkan materi menjaga kesehatan yang sudah diberikan.

g. Implementasi & Evaluasi Keperawatan

Implementasi keperawatan pada Tn. A.A di lakukan selama 3 hari.

- 1) Hari kamis, 11 janauari 2024

Diagnosa Pertama

tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah penurunan curah jantung

15:00 Pantau tekanan darah. Ukur pada kedua tangan. Gunakan ukuran manset yang tepat. Hasil : Tekanan Darah : 100/60 mmHg, Suhu : 36,8⁰C Nadi : 54 x/m, RR : 22 x/m SPO₂ : 98% CRT <3 detik.

15:02 Auskultasi tonus jantung dan bunyi napas. Hasil : detak jantung cepat, bunyi napas vesikuler, pernapasan 22 x/m, tidak ada bunyi napas tambahan.

15:05 Berikan lingkungan yang nyaman, tenang, kurang aktivitas/keributan lingkungan. Batasi jumlah pengunjung. Hasil : klien mengatakan lingkungan klien nyaman dan tidak banyak jumlah pengunjung

15:08 Pertahankan pembatasan aktivitas. Seperti istirahat di tempat tidur/kursi. Bantu pasien melakukan aktivitas perawatan diri sesuai kebutuhan. Hasil : pasien mengerti dengan apa yang dianjurkan perawat.

15:10 Lakukan tindakan – tindakan yang nyaman, seperti meninggikan kepala di tempat tidur. Hasil : Klien mengatakan setelah di tinggikan posisi tidur kepala lebih tinggi, klien merasa napas lebih nyaman.

15:13 Berikan diet jantung yang sesuai (mis. Batasi asupan kafein, natrium, kolesterol, dan makanan tinggi lemak). Hasil : klien mematuhi anjuran perawat untuk makan makanan sehat dan menjauhi larangan.

15:15 Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%.. hasil : klien terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm

15:17 Anjurkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan harian. Hasil : klien minum air botol aqua besar ukuran 1,5 liter di habiskan 2 hari, klien sering BAK kurang lebih 4 – 6 kali sehari.

Evaluasi : Kamis, 11 januari 2024 (18.50)

S : klien mengatakan klien masih merasa nyeri dada dan masih batuk sesekali, tidak ada lendir.

O : tekanan darah : 100/70 mmHg, suhu : 36,4⁰C, nadi : 46 x/m RR : 20 x/m SPO₂ : 97%

A : masalah penurunan curah jantung belum teratasi

P : intervensi dilanjutkan

Diagnosa kedua

Tindakan untuk mengatasi masalah pola napas tidak efektif.

15:00 Monitor pola napas, Monitor bunyi napas tambahan, Monitor sputum. hasil : napas klien cepat dan denyut jantung keang, tidak ada sputum.

15.11 Berikan oksigen tambahan sesuai indikasi. Hasil : terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm.

Evaluasi : Kamis, 11 januari 2024 (18.50)

S : klien mengatakan masih sesak napas, batuk sesekali, tidak ada lendir

O : masih terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm, tekanan darah : 100/70 mmHg, suhu : 36,4⁰C, nadi : 46 x/m RR : 20 x/m SPO₂ : 97%

A : masalah pola napas tidak efektif belum teratasi

P : intervensi dilanjutkan

Diagnosa ketiga

Tindakan untuk mengatasi nyeri akut.

15:13 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. hasil : klien mengatakan nyeri dada bagian kiri tembus di punggung belakang, sakit terus menerus, rasanya seperti di tindih beban berat.

15:15 Identifikasi skala nyeri. hasil : skala nyeri 4 – 6 (sedang)

15:17 Berikan teknik non-farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri. hasil : menganjurkan klien menarik napas dalam dan memberikan aromaterapi

15:19 Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri. hasil : mengurangi aktivitas agar mengurangi beban kerja jantung

15:20 Fasilitasi istirahat tidur. Hasil : klien mematuhi apa yang dianjurkan oleh perawat untuk istirahat tidur agar mengurangi beban kerja jantung.

Evaluasi : Kamis, 11 januari 2024 (18.50)

S : klien mengatakan dada sebelah kiri masih sakit, tetapi sedikit berkurang, masih terasa seperti di tindih beban berat.

O : klien tampak meringis sudah berkurang

A : masalah nyeri akut belum teratasi

P : intervensi dilanjutkan

Diagnosa keempat

Tindakan untuk mengatasi masalah imobilitas fisik.

15:13 Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. Hasil : klien masih sedikit nyeri dada dan merasa lelah

15:21 Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi. Hasil : Tekanan Darah : 100/60 mmHg, Suhu : 36,8⁰C Nadi : 54 x/m, RR : 22 x/m SPO₂ : 98%.

15:23 Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi. Hasil : kondisi umum baik, klien masih merasa cepat lelah

15:25 Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu. Hasil : memasang pagar tempat tidur klien

15:27 Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. Hasil : keluarga pasien tampak selalu membantu semua aktivitas klien

15:28 Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan. Hasil : klien mau dan mampu melakukannya seperti duduk di samping tempat tidur, berdiri dan berjalan di sekitar tempat tidur.

Evaluasi : Kamis, 11 januari 2024 (18.50)

S : klien mengatakan masih sangat lemah dan lelah saat beraktivitas

O : tekanan darah : 100/70 mmHg, suhu : 36,4⁰C, nadi : 46 x/m RR : 20 x/m SPO₂ : 97%

A : masalah imobilitas fisik belum teratasi

P : intervensi dilanjutkan.

Diagnosa kelima

Tindakan untuk mengatasi masalah defisit pengetahuan

15:30 Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi.

Hasil : klien siap menerima materi yang akan di berikan

15:32 Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan. Hasil : materi dan media (poster) tentang CHF

15:38 Berikan kesempatan untuk bertanya. Hasil : saat klien di beri kesempatan untuk bertanya, tetapi tidak ada pertanyaan, dan saat di suruh jelaskan kembali tentang materi yang disampaikan hasilnya klien bisa mengulang kembali dan paham.

15:40 Ajarkan perilaku menjaga kesehatan. Hasil : klien paham dengan apa yang di ajarkan, seperti menjaga makan, dilarang merokok.

2) Jumat, 12 januari 2024

Diagnosa Pertama

tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah penurunan curah jantung

08:00 Pantau tekanan darah. Ukur pada kedua tangan. Gunakan ukuran manset yang tepat. Hasil : Tekanan Darah : 100/60 mmHg, Suhu : 36,8⁰C Nadi : 54 x/m, RR : 22 x/m SPO₂ : 98% CRT <3 detik.

08:02 Auskultasi tonus jantung dan bunyi napas. Hasil : detak jantung cepat, bunyi napas vesikuler, pernapasan 22 x/m, tidak ada bunyi napas tambahan.

08:05 Berikan lingkungan yang nyaman, tenang, kurang aktivitas/keributan lingkungan. Batasi jumlah pengunjung. Hasil :

klien mengatakan lingkungan klien nyaman dan tidak banyak jumlah pengunjung

08:08 Pertahankan pembatasan aktivitas. Seperti istirahat di tempat tidur/kursi. Bantu pasien melakukan aktivitas perawatan diri sesuai kebutuhan. Hasil : pasien mengerti dengan apa yang dianjurkan perawat.

08:10 Lakukan tindakan – tindakan yang nyaman, seperti meninggikan kepala di tempat tidur. Hasil : Klien mengatakan setelah di tinggikan posisi tidur kepala lebih tinggi, klien merasa napas lebih nyaman.

08:13 Berikan diet jantung yang sesuai (mis. Batasi asupan kafein, natrium, kolesterol, dan makanan tinggi lemak). Hasil : klien mematuhi anjuran perawat untuk makan makanan sehat dan menjauhi larangan.

08:15 Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%.. hasil : klien terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm

08:17 Anjurkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan harian. Hasil : klien minum air botol aqua besar ukuran 1,5 liter di habiskan 2 hari, klien sering BAK kurang lebih 4 – 6 kali sehari.

Evaluasi : jumat, 12 januari 2024 (13.50)

S : klien mengatakan klien masih merasa nyeri dada dan masih batuk sesekali, tidak ada lendir.

O : tekanan darah : 100/70 mmHg, suhu : 36,4⁰C, nadi : 46 x/m RR : 20 x/m SPO₂ : 97%

A : masalah penurunan curah jantung belum teratasi

P : intervensi dilanjutkan

Diagnosa kedua

Tindakan untuk mengatasi masalah pola napas tidak efektif.

08:00 Monitor pola napas, Monitor bunyi napas tambahan, Monitor sputum. hasil : napas klien cepat dan denyut jantung kecapang, tidak ada sputum.

08.11 Berikan oksigen tambahan sesuai indikasi. Hasil : terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm.

Evaluasi : jumat, 12 januari 2024 (13.50)

S : klien mengatakan masih sesak napas, batuk sesekali, tidak ada lendir

O : masih terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm, tekanan darah : 100/70 mmHg, suhu : 36,4⁰C, nadi : 46 x/m RR : 20 x/m SPO₂ : 97%

A : masalah pola napas tidak efektif belum teratasi

P : intervensi dilanjutkan

Diagnosa ketiga

Tindakan untuk mengatasi nyeri akut.

08:13 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. hasil : klien mengatakan nyeri dada bagian kiri

tembus di punggung belakang, sakit terus menerus, rasanya seperti di tindih beban berat.

08:15 Identifikasi skala nyeri. hasil : skala nyeri 4 – 6 (sedang)

08:17 Berikan teknik non-farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri.
hasil : menganjurkan klien menarik napas dalam dan memberikan aromaterapi

08:19 Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri. hasil :
mengurangi aktivitas agar mengurangi beban kerja jantung

08:20 Fasilitasi istirahat tidur. Hasil : klien mematuhi apa yang dianjurkan oleh perawat untuk istirahat tidur agar mengurangi beban kerja jantung.

Evaluasi : jumat, 12 januari 2024 (13.50)

S : klien mengatakan dada sebelah kiri masih sakit, tetapi sedikit berkurang, masih terasa seperti di tindih beban berat.

O : klien tampak meringis sudah berkurang

A : masalah nyeri akut belum teratasi

P : intervensi dilanjutkan

Diagnosa keempat

Tindakan untuk mengatasi masalah imobilitas fisik.

08:13 Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. Hasil :
klien masih sedikit nyeri dada dan merasa lelah

08:21 Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi. Hasil : Tekanan Darah : 100/60 mmHg, Suhu : 36,8⁰C Nadi : 54 x/m, RR : 22 x/m SPO₂ : 98%.

08:23 Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi. Hasil : kondisi umum baik, klien masih merasa cepat lelah

08:25 Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu. Hasil : memasang pagar tempat tidur klien

08:27 Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. Hasil : keluarga pasien tampak selalu membantu semua aktivitas klien

08:28 Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan. Hasil : klien mau dan mampu melakukannya seperti duduk di samping tempat tidur, berdiri dan berjalan di sekitar tempat tidur.

Evaluasi : jumat, 12 januari 2024 (13.50)

S : klien mengatakan masih sangat lemah dan lelah saat beraktivitas

O : tekanan darah : 100/70 mmHg, suhu : 36,4⁰C, nadi : 46 x/m RR : 20 x/m SPO₂ : 97%

A : masalah imobilitas fisik belum teratasi

P : intervensi dilanjutkan.

Diagnosa kelima

Tindakan untuk mengatasi masalah defisit pengetahuan

08:30 Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi.

Hasil : klien siap menerima materi yang akan di berikan

08:32 Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan. Hasil :
materi dan media (poster) tentang CHF

08:38 Berikan kesempatan untuk bertanya. Hasil : saat klien di beri
kesempatan untuk bertanya, tetapi tidak ada pertanyaa, dan saat di
suruh jelaskan kembali tentang materi yang disampaikan hasilnya
klien bisa mengulang kembali dan paham.

08:40 Ajarkan perilaku menjaga kesehatan. Hasil : kliem paham
dengan apa yang di ajarkan, seperti menjaga makan, dilarang
merokok.

Evaluasi : jumat, 12 januari 2024 (13.50)

S : klien mengatakan klien sudah memahami tentang materi yang
sudah di berikan.

O : klien tampah memahami isi materi yang di berikan dan klien
dapat menjelaskan kembali isi materi

A : masalah defisit pengetahuan teratasi

P : intervensi dihentikan

3) Sabtu, 13 januari 2024

Diagnosa pertama

Tindakan untuk mengatasi masalah penurunan curah jantung

08.00 Pantau tekanan darah. Ukur pada kedua tangan. Gunakan
ukuran manset yang tepat. Hasil : Tekanan Darah : 100/70 mmHg,
Suhu : 36,9⁰C Nadi : 46 x/m, RR : 22 x/m SPO₂ : 99% CRT <3
detik.

08.02 Auskultasi tonus jantung dan bunyi napas. Hasil : detak jantung cepat, bunyi napas vesikuler, pernapasan 22 x/m, tidak ada bunyi napas tambahan.

08.04 Berikan lingkungan yang nyaman, tenang, kurang aktivitas/keributan lingkungan. Batasi jumlah pengunjung. Hasil : klien mengatakan lingkungan klien nyaman dan tidak banyak jumlah pengunjung

08.05 Pertahankan pembatasan aktivitas. Seperti istirahat di tempat tidur/kursi. Bantu pasien melakukan aktivitas perawatan diri sesuai kebutuhan. Hasil : pasien mengerti dengan apa yang dianjurkan perawat.

08.07 Lakukan tindakan – tindakan yang nyaman, seperti meninggikan kepala di tempat tidur. Hasil : Klien mengatakan setelah di tinggikan posisi tidur kepala lebih tinggi, klien merasa napas lebih nyaman.

08.08 Berikan diet jantung yang sesuai (mis. Batasi asupan kafein, natrium, kolesterol, dan makanan tinggi lemak). Hasil : klien mematuhi anjuran perawat untuk makan makanan sehat dan menjauhi larangan.

08.10 Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%.. hasil : klien terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm

08.11 Anjurkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan harian. Hasil : klien minum air botol aqua besar ukuran 1,5

liter di habiskan 2 hari, klien sering BAK kurang lebih 4 – 6 kali sehari.

Evaluasi : sabtu, 13 januari 2024 (13.50)

S : klien mengatakan sudah tidak nyeri dada, tidak batuk lagi

O : tekanan darah : 110/80 mmHg, Suhu : 36,9⁰C Nadi : 44 x/m, RR : 20 x/m SPO₂ : 99% CRT <3 detik.

A : masalah penurunan curah jantung teratasi.

P : intervensi dihentikan.

Diagnosa kedua

Tindakan untuk mengatasi masalah pola napas tidak efektif

08.05 Monitor pola napas, Monitor bunyi napas tambahan, Monitor sputum. hasil : napas klien cepat dan denyut jantung keang, tidak ada sputum.

08.15 Berikan oksigen tambahan sesuai indikasi. Hasil : terpasang

O₂ nasal kanul 3 lpm.

Evaluasi : sabtu, 13 januari 2024 (13.50)

S : klien mengatakan sudah tidak sesak lagi, sudah tidak batuk lagi

O : O₂ nasal kanul dilepas sesuai anjuran dokter, tekanan darah : 110/80 mmHg, Suhu : 36,9⁰C Nadi : 44 x/m, RR : 20 x/m SPO₂ : 99% CRT <3 detik.

A : masalah bersihan jalan napas teratasi

P : intervensi dihentikan

Diagnosa ketiga

Tindakan untuk mengatasi masalah nyeri akut.

08.07 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. hasil : klien mengatakan nyeri dada bagian kiri tembus di punggung belakang, sakit terus menerus, rasanya seperti di tindih beban berat.

08.17 Identifikasi skala nyeri. hasil : skala nyeri 4 – 6 (sedang)

08.18 Berikan teknik non-farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri. hasil : menganjurkan klien menarik napas dalam dan memberikan aromaterapi

08.20 Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri. hasil : mengurangi aktivitas agar mengurangi beban kerja jantung

08.21 Fasilitasi istirahat tidur. Hasil : klien mematuhi apa yang dianjurkan oleh perawat untuk istirahat tidur agar mengurangi beban kerja jantung.

Evaluasi : sabtu, 13 januari 2024 (13.50)

S : klien mengatakan sudah tidak nyeri dada sebelah kiri, tidak sesak, dan tidak batuk lagi

O : klien tampak sudah tidak meringis kesakitan lagi

A : masalah nyeri akut teratasi

P : intervensi dihentikan

Diagnosa keempat

Tindakan untuk mengatasi masalah imobilitas fisik

08.22 Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. Hasil : klien masih mengatakan sudah tidak nyeri dada, dokter menganjurkan untuk melakukan aktivitas ringan, seperti berjalan – jalan

08.24 Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi. Hasil : Tekanan Darah : 100/70 mmHg, Suhu : 36,9⁰C Nadi : 46 x/m, RR : 22 x/m SPO₂ : 99% CRT <3 detik.

08.25 Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi. Hasil : kondisi umum baik, klien masih merasa cepat lelah

08.28 Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu. Hasil : memasang pagar tempat tidur klien

08.30 Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. Hasil : keluarga pasien tampak selalu membantu semua aktivitas klien

08.33 Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan. Hasil : klien mau dan mampu melakukannya seperti duduk di samping tempat tidur, berdiri dan berjalan di sekitar tempat tidur.

Evaluasi : sabtu, 13 januari 2024 (13.50)

S : klien mengatakan sudah mulai kuat melakukan aktivitas ringan seperti jalan jalan ringan

O : tekanan darah : 110/80 mmHg, Suhu : 36,9⁰C Nadi : 44 x/m, RR : 20 x/m SPO₂ : 99% CRT <3 detik.

A : masalah imobilitas fisik teratasi

P : intervensi dihentikan

Diagnosa kelima

Tindakan untuk mengatasi masalah defisit pengetahuan

08.35 Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi.

Hasil : klien siap menerima materi yang akan di berikan

08.37 Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan. Hasil :
materi dan media (poster) tentang CHF

08.43 Berikan kesempatan untuk bertanya. Hasil : saat klien di beri
kesempatan untuk bertanya, tetapi tidak ada pertanyaa, dan saat di
suruh jelaskan kembali tentang materi yang disampaikan hasilnya
klien bisa mengulang kembali dan paham.

08.45 Ajarkan perilaku menjaga kesehatan. Hasil : kliem paham
dengan apa yang di ajarkan, seperti menjaga makan, dilarang
merokok.

Evaluasi : sabtu, 13 januari 2024 (13.50)

S : klien mengatakan klien sudah memahami tentang materi yang
sudah di berikan.

O : klien tampah memahami isi materi yang di berikan dan klien
dapat menjelaskan kembali isi materi

A : masalah defisit pengetahuan teratasi

P : intervensi dihentika.

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Diri

Nama : Nurhanifah Virly Hidayanti Barosah

Tempat/Tanggal Lahir : Sidoarjo, 22 Desember 1999

Alamat : Jl. Rambutan, Lorong Yasbin

Jenis Kelamin : Perempuan

Agama : Islam

B. Riwayat Pendidikan

1. RA Ulil Albab Gelang, Tulangan, Surabaya
2. SMP Negeri 1 Tulangan Sidoarjo
3. SMA Negeri 1 Ende
4. Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang Program Studi DIII Keperawatan Ende

MOTTO

**“JANGAN BERHARAP MASALAHMU AKAN DIMUDAHKAN, NAMUN
BERHARAPLAH KAMU AKAN JADI ORANG YANG LEBIH KUAT.
BANYAK ORANG INGIN SUKSES, TAPI HANYA SEDIKIT YANG MAU
BERPROSES”**



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



LEMBAR KONSUL KARYA TULIS ILMIAH

Nama : NURHANIFAH VIRLY HIDAYANTI BAROSAH
NIM : PO.530320219946
Pembimbing : Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.,Ns.,M.Sc

Hari/Tanggal	Materi	Rekomendasi Pembimbing	Paraf
Senin, 13 Maret 2023	Konsultasi Proposal	1. Perbaiki cover depan dan penulisan judul 2. Pada gambar sertakan dengan nama pengarang buku 3. Penambahan diagnosa dan pathway 4. Ubah data ke data terbaru	
Jum'at, 14 April 2023	Konsultasi Proposal	1. Ubah data WHO terbaru 2. Tambahkan data RS terbaru 3. Perbaiki bagian latar belakang alinea terakhir 4. Perbaiki bagian metode pada studi kasus 5. Penulisan ruangan pada cover dan isi harus sama 6. Perbaiki pada pengetikan intervensi	
Rabu, 24 Mei 2023	Konsultasi Proposal	1. Perbaiki penulisan pada WHO 2. Perbaiki penulisan pada alinea di latar belakang 3. Perbaiki pada penulisan tujuan	

		<ol style="list-style-type: none"> 4. Perbaikan pada penulisan sumber anatomi dan pathway 5. Penulisan miring pada bahasa asing 6. Penambahan analisa data 	f
Senin, 29 Mei 2023	Konsultasi Proposal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penulisan bahasa asing di ketik miring 2. Jangan mengulang kalimat 3. <i>Pathway</i> di ketik miring Penulisan kode pada tabel analisa data 	f
Jumat, 12 Januari 2024	Konsultasi KTI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji riwayat hipertensi 2. Kaji makanan kesukaan 	f
Senin, 15 Januari 2024	Konsultasi KTI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan Penkes 2. Buat media 	f
Selasa, 23 Januari 2024	Konsultasi KTI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lanjut buat dari BAB 1 sampai BAB 5 	f
Rabu, 24 Januari 2024	Konsultasi KTI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tambahkan huruf yang kurang 2. Perbaiki pada pembahasan 3. Dibagian tujuan tambahkan dengan tempat studi kasus 4. Kurangi huruf yang lebih 5. Tambahkan gambaran ruangan 	f
Senin, 29 Januari 2024	Konsultasi KTI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hapus kata hanya pada pembahasan di pengkajian 2. Tambahkan perbedaan intoleransi aktivitas dan imobilitas fisik 	f
Selasa, 30 Januari 2024	Konsultasi KTI	<ol style="list-style-type: none"> 1. ACC 	f



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



LEMBAR KONSUL KARYA TULIS ILMIAH

Nama : NURHANIFAH VIRLY HIDAYANTI BAROSAH
NIM : PO.530320219946
Penguji : Martina Bedho, SST.,M.Kes

Hari/Tanggal	Materi	Rekomendasi Penguji	Paraf
Selasa, 27 Juni 2023	Revisi Proposal	1. Tambahkan huruf yang kurang 2. Penulisan bahasa asing di ketik miring 3. Jangan mengulang kalimat 4. Perbaiki pada dignosa 5. Buat intervensi dengan buku Doengus	
Rabu, 26 Juli 2023	Revisi Proposal	1. ACC	
Rabu, 7 Februari 2024	Revisi KTI	1. Tambahkan huruf yang kurang 2. Perbaiki penulisan ketikan 3. Perbaiki pada diagnosa 4. Tambahkan Data Subjektif dan Data Objektif pada diagnosa	

		5. Hapus rencana perawatan yang tidak termasuk dalam masalah CHF	
		6. Perbaiki Rasional	
Selasa, 20 Februari 2024	Revisi KTI	1. ACC	A 3