

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. H. Y DENGAN DIAGNOSA MEDIS
CONGESTIVE HEART FAILURE (CHF) DI RUANG RPD III RSUD ENDE**

KARYA TULIS ILMIAH



OLEH:

**VERONIKA SAMA
NIM: PO. 5303202210036**

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

2024

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. H. Y DENGAN DIAGNOSA MEDIS
CONGESTIVE HEART FAILURE (CHF) DI RUANG RPD III RSUD ENDE**

KARYA TULIS ILMIAH

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



OLEH :

**VERONIKA SAMA
NIM : PO. 5303202210036**

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

2024

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan :

Nama : Veronika Sama

NIM : PO. 5303202210036

Program Studi : DIII Keperawatan Ende

Judul Karya Tulis : ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. H. Y DENGAN
DIAGNOSA MEDIS *CONGESTIVE HEART FAILURE*
(CHF) RSUD ENDE

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

Ende, 05 Juli 2024

Yang membuat pernyataan



VERONIKA SAMA
PO. 5303202210036

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. H. Y DENGAN DIAGNOSA MEDIS
CONGESTIVE HEART FAILURE (CHF) DI RUANGAN RPD III
DI RSUD ENDE

OLEH :

VERONIKA SAMA
NIM.PO5303202210036

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

Ende, 05 Juni 2024

Pembimbing



Try Ayu Patmawati, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP.199212282020122009

Disahkan oleh:

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



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

LEMBAR PENGESAHAN
ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. H. Y DENGAN
DIAGNOSA MEDIS *CONGESTIVE HEART FAILURE (CHF)* DI RSUD
ENDE

OLEH :
VERONIKA SAMA
NIM.PO5303202210036

Karya Tulis Ilmiah ini Telah Diujikan dan Dipertanggung Jawabkan
Pada Tanggal 05 Juli 2024

Penguji Ketua



Rif'atunnisa, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP.198809222020122005

Penguji Anggota



Try Ayu Patmawati, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP. 199212282020122009

Mengetahui,

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



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

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Tn. H. Y dengan Diagnosa medis *Congestive Heart Failure* (CHF) di RPD III RSUD Ende”. Laporan Karya Tulis Ilmiah ini disusun dalam rangka memenuhi salah satu persyaratan untuk menyelesaikan Program Pendidikan Diploma III Keperawatan pada Program Studi Keperawatan Ende. Penulis banyak menemukan kesulitan dan hambatan, namun berkat bantuan dan dorongan dari berbagai pihak.

Oleh karena itu, sudah sepantasnya penulis mengucapkan rasa hormat dan banyak terima kasih kepada:

1. Bapak Irfan, SKM., MKes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
2. Bapak Aris Wawomeo, M. Kep., Ns., Sp.Kep.Kom, selaku ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menimba ilmu di lembaga ini.
3. Ibu Try Ayu Patmawati, S.Kep., Ns., M.Kep selaku pembimbing yang telah meluangkan waktunya untuk membimbing penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Ibu Rif'atunnisa, S.Kep., Ns., M.Kep selaku penguji yang telah meluangkan waktunya untuk menguji penulis dan memberikan masukan dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Para dosen dan tenaga kependidikan Program Studi DIII Keperawatan Ende.

6. Kedua orang tua, Bapak Siprianus Zakarias Kabu dan Mama Maria Ndena yang selalu memberikan dukungan kepada penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Kedua adik saya Frater Dangker Raja dan Nona Kabu yang sudah menjadi salah satu alasan penulis ingin menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Teman-teman penulis yaitu Anita Mola, Anita Sende, Elda Ndoa, Karlin Mbupu, Nhita Djami, Ren Juana, dan Vivin Seto yang selalu membantu menguatkan Ketika penulis merasa kesulitan dan putus asa dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
9. Kelen Roger sebagai support system yang selalu memberikan motivasi dan dukungngan dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
10. Tn. H. Y dan keluarga yang telah bersedia memberikan informasi yang dibutuhkan penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
11. Rekan-rekan mahasiswa angkatan 2021 Program Studi DIII Keperawatan Ende yang selalu mendukung penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan, sehingga penulis sangat membutuhkan masukan dan koreksi yang bersifat membangun dari kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini. Akhir kata penulis mengucapkan limpah terima kasih dan berharap semoga Studi Kasus ini dapat bermanfaat bagi siapapun yang membacanya.

Ende, 05 Juli 2024

Penulis,

ABSTRAK

Asuhan Keperawatan Pada Tn. H. Y dengan Diagnosa Medis *Congestive Heart Failure (CHF)* di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende

Veronika Sama⁽¹⁾

Try Ayu Patmawati⁽²⁾

Rif'atunnisa⁽²⁾

Congestive Heart Failure (CHF) adalah ketidakmampuan jantung mempertahankan curah jantung yang adekuat untuk memenuhi kebutuhan metabolik dan oksigen dalam jaringan meskipun aliran balik vena yang memadai. *Congestive Heart Failure (CHF)* merupakan salah satu penyakit jantung yang terus meningkat kejadian dan prevalensinya setiap tahun. Hal ini mengakibatkan angka kesakitan dan kematian CHF masih terus mengalami peningkatan.

Tujuan penelitian ini adalah untuk melakukan asuhan keperawatan pada Tn. H. Y dengan diagnosa medis *Congestive Heart Failure (CHF)*.

Metode Pengumpulan data dilakukan dengan sistem wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, studi dokumentasi. Metode studi kasus dengan pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pasien mengalami penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload, perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran arteri atau/vena, hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Dalam hal ini intervensi yang dilakukan yaitu perawatan jantung, perawatan sirkulasi, manajemen hipervolemia, dan manajemen energi. Implementasi dilakukan selama 3 hari sehingga berdasarkan hasil evaluasi pada hari ketiga penurunan curah jantung sebagian teratasi, perfusi perifer tidak efektif sebagian teratasi, hipervolemia sebagian teratasi, dan intoleransi aktivitas sebagian teratasi.

Kepustakaan : 47 buah (2012-2024)

Kata kunci : Asuhan Keperawatan, *Congestive Heart Failure (CHF)*, Studi Kasus

1. Program Studi DIII Keperawatan Ende
2. Dosen Program Studi DIII Keperawatan Ende

ABSTRACT

Nursing Care for Mr. H. Y with Medical Diagnosis *Congestive Heart Failure (CHF)* in Internal Medicine Room III, Ende Hospital

Veronika Sama⁽¹⁾
Try Ayu Patmawati⁽²⁾
Rif'atunnisa⁽²⁾

Congestive Heart Failure (CHF) is the inability of the heart to maintain adequate cardiac output to meet metabolic and oxygen needs in the tissues despite adequate venous return. Congestive Heart Failure (CHF) is a heart disease that continues to increase in incidence and prevalence every year. This results in CHF morbidity and mortality rates continuing to increase.

The aim of this research is to provide nursing care to Mr. H. Y with a medical diagnosis of Congestive Heart Failure (CHF).

Data collection methods were carried out using a system of interviews, observation, physical examination, documentation study. Case study method with a nursing care approach which includes assessment, nursing diagnosis, nursing intervention, implementation and nursing evaluation.

The results of this study showed that patients experienced decreased cardiac output related to changes in afterload, ineffective peripheral perfusion related to decreased arterial or/venous flow, hypervolemia related to impaired regulatory mechanisms, and activity intolerance related to weakness. In this case, the interventions carried out are heart care, circulation care, hypervolemia management, and energy management. Implementation was carried out for 3 days so that based on the evaluation results on the third day the decrease in cardiac output was partially resolved, ineffective peripheral perfusion was partially resolved, hypervolemia was partially resolved, and activity intolerance was partially resolved.

Bibliography: 47 pieces (2012-2024)

Keywords: Nursing Care, *Congestive Heart Failure (CHF)*, Case Study

1. Ende DIII Nursing Study Program
2. Lecturer at Ende DIII Nursing Study Program

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	
HALAMAN JUDUL	ii
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
LEMBAR PENGESAHAN	v
KATA PENGANTAR	vi
ABSTRAK	viii
ABSTRACT	ix
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan	4
D. Manfaat	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
A. Konsep Dasar Penyakit	7
1. Definisi	7
2. Klasifikasi	8
3. Etiologi	8
4. Patofisiologi	11
5. Pathway	13
6. Manifestasi klinis	14
7. Pemeriksaan Penunjang	15
8. Komplikasi	18

9. Penatalaksanaan.....	19
B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan	24
1. Pengkajian Keperawatan.....	24
2. Diagnosa Keperawatan.....	29
3. Intervensi Keperawatan.....	34
4. Implementasi Keperawatan.....	52
5. Evaluasi Keperawatan.....	52
BAB III METODE PENELITIAN	54
A. Pendekatan/Desain Penelitian	54
B. Subyek Penelitian.....	54
C. Batasan Istilah/Defenisi Operasional	54
D. Lokasi Dan Waktu Penelitian.....	55
E. Prosedur Penelitian	55
F. Metode Pengumpulan Data.....	56
G. Instrumen Pengumpulan Data.....	57
H. Keabsahan Data.....	57
I. Analisis Data	57
BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	59
A. Hasil Studi Kasus	59
B. Pembahasan.....	93
BAB VPENUTUP.....	106
A. Kesimpulan	106
B. Saran.....	107
DAFTAR PUSTAKA.....	109

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Pola Aktivitas	63
Tabel 1.2 Analisa Data	70

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Bagan Pathway CHF	13
Gambar 4.1 Hasil Pemeriksaan EKG.....	68

DAFTAR LAMPIRAN

Asuhan keperawatan pada pasien tn. H. Y dengan diagnosa medis <i>congestive heart failure</i> (chf) di ruangan penyakit dalam iii rsud ende	114
Lembar konsul	140
Jadwal Kegiatan	152
Penjelasan sebelum studi kasus	153
Informent consent	154
daftar riwayat hidup	155

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Congestive Heart Failure (CHF) adalah ketidakmampuan jantung mempertahankan curah jantung yang adekuat untuk memenuhi kebutuhan metabolik dan oksigen dalam jaringan meskipun aliran balik vena yang memadai. *Congestive Heart Failure* (CHF) merupakan salah satu penyakit jantung yang terus meningkat kejadian dan prevalensinya setiap tahun. Hal ini mengakibatkan angka kesakitan dan kematian CHF masih terus mengalami peningkatan (Hidayah et al., 2020).

Insidensi gagal jantung kongestif menurut *Global Health Data Exchange* tahun 2020 terdapat 64,34 juta kasus gagal jantung kongestif dan 8,52 per 1000 orang terdiagnosa dengan gagal jantung di seluruh dunia (Lippi et al., 2020). Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Kementerian Kesehatan Indonesia pada tahun 2018 menyatakan bahwa di Indonesia penyakit gagal jantung semakin bertambah tiap tahunnya, dengan perkiraan sekitar 2.784.064 orang. Hal ini meningkat jika dibandingkan dengan tahun 2013 yaitu sebesar (0,13%) (Riskesdas, 2018).

Prevelensi penyakit jantung berdasarkan diagnosis dokter pada penduduk semua umur menurut karakteristik, provinsi Nusa Tenggara Timur tahun 2018 sebanyak 0,72% (Riskesdas, 2018). Insidensi gagal jantung kongestif menurut Dinas Kesehatan Kabupaten Ende tahun 2020 terdapat 373 kasus, 2021 sebanyak 272 kasus dan pada tahun 2022 sebanyak 268 kasus (Dinkes

Kabupaten Ende, 2023). Insidensi penyakit jantung yang dirawat dan mendapatkan pengobatan di ruangan RPD III RSUD Ende mulai dari tahun 2021 sebanyak 14 orang, tahun 2022 sebanyak 4 orang, dan ditahun 2023 sebanyak 5 orang (RSUD Ende, 2023).

Pasien dengan CHF memiliki kualitas hidup yang lebih buruk dan harapan hidup yang lebih pendek dibandingkan dengan mereka pada usia yang sama pada populasi umum. Faktor risiko CHF perlu diidentifikasi agar bisa mengembangkan strategi yang efektif untuk pencegahan CHF dalam populasi umum. Faktor risiko tersebut terdiri diantaranya yaitu umur, ras, genetik, perilaku merokok, penyakit hipertensi, obesitas, dan diabetes, jarang berolahraga, serta kadar kolesterol yang tinggi. Pasien memiliki faktor risiko diantaranya yaitu usia serta riwayat keturunan (tidak dapat dimodifikasi) dan perilaku merokok dan tidak pernah kontrol tekanan darah yang merupakan faktor yang masih dapat diubah sehingga harapannya penyakit pasien tidak bertambah parah (Lawson et al., 2020).

Tujuan pencegahan serta pengobatan CHF yaitu untuk mengurangi tingkat derajat kesakitan dan jumlah risiko kematian pasien. Mengenai tatalaksana penyakit jantung, tentunya memiliki tujuan penting untuk mencegah perburukan penyakit jantung tersebut. Pasien diharapkan dapat melakukan perawatan mandiri berupa melakukan aktivitas untuk menjaga stabilitas fisik, tidak melakukan hal yang dapat memperparah penyakit dan dapat mengetahui tanda-tanda awal perburukan gagal jantung, contohnya seperti mengurangi berat badan, melakukan latihan fisik, dan restriksi cairan

900 ml-1,2 liter sehari. Kepatuhan berobat juga sangat penting untuk menjaga kualitas hidup pasien tetap baik. Akan tetapi, faktanya berdasarkan literatur, diperkirakan hanya 20-60% pasien yang patuh terhadap terapi pengobatan gagal jantung (Yancy et al., 2020).

Penyebab gagal jantung yaitu tidak mampu memompa darah secara efisien karena kebutuhan metabolismenya, disfungsi ventrikel yang biasanya disebabkan oleh aritmia, dan kelebihan cairan yang menyebabkan perubahan fungsi jantung. Orang dengan gagal jantung mudah lelah, mengalami orthopnea, dan mengalami edema. Umumnya disebabkan penderita gagal jantung tidak memahami perawatan mandiri (Syaftriani et al., 2021).

Gagal jantung memiliki dampak yang besar pada pasien dan keluarga. Pasien yang mengalami gagal jantung pada prinsipnya mempunyai gejala kelelahan dan dyspnea ditambah lagi dengan rehospitalisasi serta tingginya mortalitas berkontribusi memperburuk kesehatan. Kecenderungan pasien mengalami ketergantungan berpengaruh terhadap peran dan fungsi keluarga yang mengasuh pasien sehingga mengganggu status ekonomi keluarga dan tingkat stress keluarga juga berperan besar terkait masalah yang dihadapi keluarga. Pasien gagal jantung juga memiliki masalah psikologi seperti cemas, gangguan tidur, depresi, dan sensitifitas berlebihan yang mengakibatkan kualitas hidup pasien menurun (Hamzah, 2016).

Adapun peran perawat yaitu *care giver* merupakan peran dalam memeberikan asuhan keperawatan dengan pendekatan pemecahan masalah sesuai dengan metode dan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian,

diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi sampai evaluasi (Gledis & Gobel, 2016). Selain itu perawat berperan melakukan pendidikan kepada pasien dan keluarga untuk mempersiapkan pemulangan dan kebutuhan untuk perawatan tindak lanjut di rumah (Pertiwawati & Rizany, 2017).

Berdasarkan latar belakang diatas maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang *Congestive Heart Failure* (CHF) di Rumah Sakit Umum Daerah Ende.

B. Rumusan Masalah

Prevalensi *Congestive Heart Failure* (CHF) di kabupaten Ende semakin meningkat. Berbagai studi telah dilakukan untuk mengidentifikasi penyebab, faktor resiko dan tindakan pencegahan CHF. Penelitian ini berfokus pada asuhan keperawatan pada pasien dengan CHF. Dengan demikian masalah dalam penelitian ini bagaimana gambaran proses asuhan keperawatan pada pasien dengan CHF. Berdasarkan latar belakang di atas, maka rumusan masalah dalam proposal karya tulis ilmiah ini adalah “Bagaimana asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis *Congestive Heart Failure* (CHF) di Rumah Sakit Umum Daerah Ende?”

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Untuk melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis *Congestive Heart Failure* (CHF) di Rumah Sakit Umum Daerah Ende.

2. Tujuan Khusus

Setelah melakukan asuhan keperawatan penulis dapat:

- a. Melakukan pengkajian pada pasien dengan diagnosa medis *Congestive Heart Failure* (CHF)
- b. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis *Congestive Heart Failure* (CHF)
- c. Menyusun perencanaan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis *Congestive Heart Failure* (CHF)
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis *Congestive Heart Failure* (CHF)
- e. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis *Congestive Heart Failure* (CHF)
- f. Menganalisis kesenjangan yang terjadi antara teori dan pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis *Congestive Heart Failure* (CHF)

D. Manfaat

1. Bagi Peneliti

Manfaat bagi peneliti dapat mengetahui penerapan tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis *Congestive Heart Failure* (CHF) di RSUD Ende.

2. Bagi RSUD Ende

Hasil penulisan karya ilmiah dapat dijadikan sebagai sumber informasi dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis *Congestive Heart Failure* (CHF) di RSUD Ende.

3. Bagi Pelayanan Kesehatan

Diharapkan hasil karya tulis ilmiah ini dapat di gunakan untuk peningkatan proses asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa *medis Congestive Heart Failure* (CHF) di RSUD Ende.

4. Bagi Institusi Pendidikan

Karya tulis ilmiah ini di harapkan dapat menjadi referensi dan sumber rujukan bagi mahasiswa yang akan melakukan studi kasus lebih lanjut terkait topik yang berhubungan dengan judul penelitian di atas.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Penyakit

1. Definisi

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

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

Gejala gagal jantung kongestif antara lain sesak napas (dyspnea), batuk, mengi, nyeri dada, dan kelelahan. Gagal jantung kongestif disebabkan oleh miokarditis, hipertensi, kardiomiopati, atau syndrome coroner akut dan gagal jantung karena penyakit miokard. Hal ini mengganggu suplai oksigenasi, meningkatkan ruang pemompaan utama, mencegah otot jantung berfungsi dengan baik dikarenakan akumulasi

cairan di paru sebagai penyebab gejala sesak napas (dyspnea) (Agustin & Nafi'ah, 2021).

2. Klasifikasi

Klasifikasi fungsional seseorang dengan penyakit jantung menurut *New York Heart Association* (NYHA):

- a. Kelas I: Tidak terdapat batasan dalam melakukan aktivitas fisik. Aktivitas fisik sehari-hari tidak menimbulkan kelelahan dan sesak napas.
- b. Kelas II: Terdapat sedikit pembatasan aktivitas fisik namun tidak terdapat keluhan pada saat istirahat. Tetapi aktivitas fisik ringan menyebabkan kelelahan dan sesak napas.
- c. Kelas III: Terdapat Batasan aktivitas bermakna. Tidak terdapat keluhan saat istirahat. Tetapi aktivitas fisik ringan menyebabkan kelelahan dan sesak napas.
- d. Kelas IV: Tidak dapat melakukan aktivitas fisik tanpa keluhan. Terdapat gejala saat istirahat. Keluhan meningkat saat melakukan aktivitas.

3. Etiologi

Secara umum penyebab gagal jantung dikelompokkan sebagai berikut:
(Aspiani, 2016)

- a. Disfungsi miokard
- b. Beban tekanan berlebihan-pembebanan sistolik (*sistolic overload*).

- c. Volume: defek septum atrial, defek septum ventrikel, duktus arteriosus paten
- d. Tekanan: stenosis aorta, stenosis pulmonal, koarktasi aorta
- e. Disaritmia
- f. Beban volume berlebihan-pembebanan diastolik (*diastolic overload*)
- g. Peningkatan kebutuhan metabolik (*demand overload*)

Smeltzer (2012) dalam Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah, gagal jantung disebabkan dengan berbagai keadaan seperti:

- a. Kelainan otot jantung

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

- b. Aterosklerosis koroner

Aterosklerosis koroner mengakibatkan disfungsi miokardium karena terganggunya aliran darah ke otot jantung. Terjadi hipoksia dan asidosis (akibat penumpukan asam laktat). Infark miokardium (kematian sel jantung) biasanya mendahului terjadinya gagal jantung. Infark miokardium menyebabkan pengurangan kontraktilitas,

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

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

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

d. Penyakit jantung lain

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

e. Faktor sistemik

Terdapat sejumlah besar faktor yang berperan dalam perkembangan dan beratnya gagal jantung. Meningkatnya laju metabolisme (misal: demam, tirotoksikosis). Hipoksia dan anemia

juga dapat menurunkan suplai oksigen ke jantung. Asidosis respiratorik atau metabolik dan abnormalitas elektronik dapat menurunkan kontraktilitas jantung.

4. Patofisiologi

Cedera jantung atau otot jantung adalah langkah pertama dalam perkembangan gagal jantung. Curah jantung akan turun sebagai akibat dari ini. Jantung dapat bereaksi terhadap mekanisme kompensasi untuk menjaga fungsi jantung dan memompa darah yang cukup ketika curah jantung tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik (Nurkhalis & Adista, 2020).

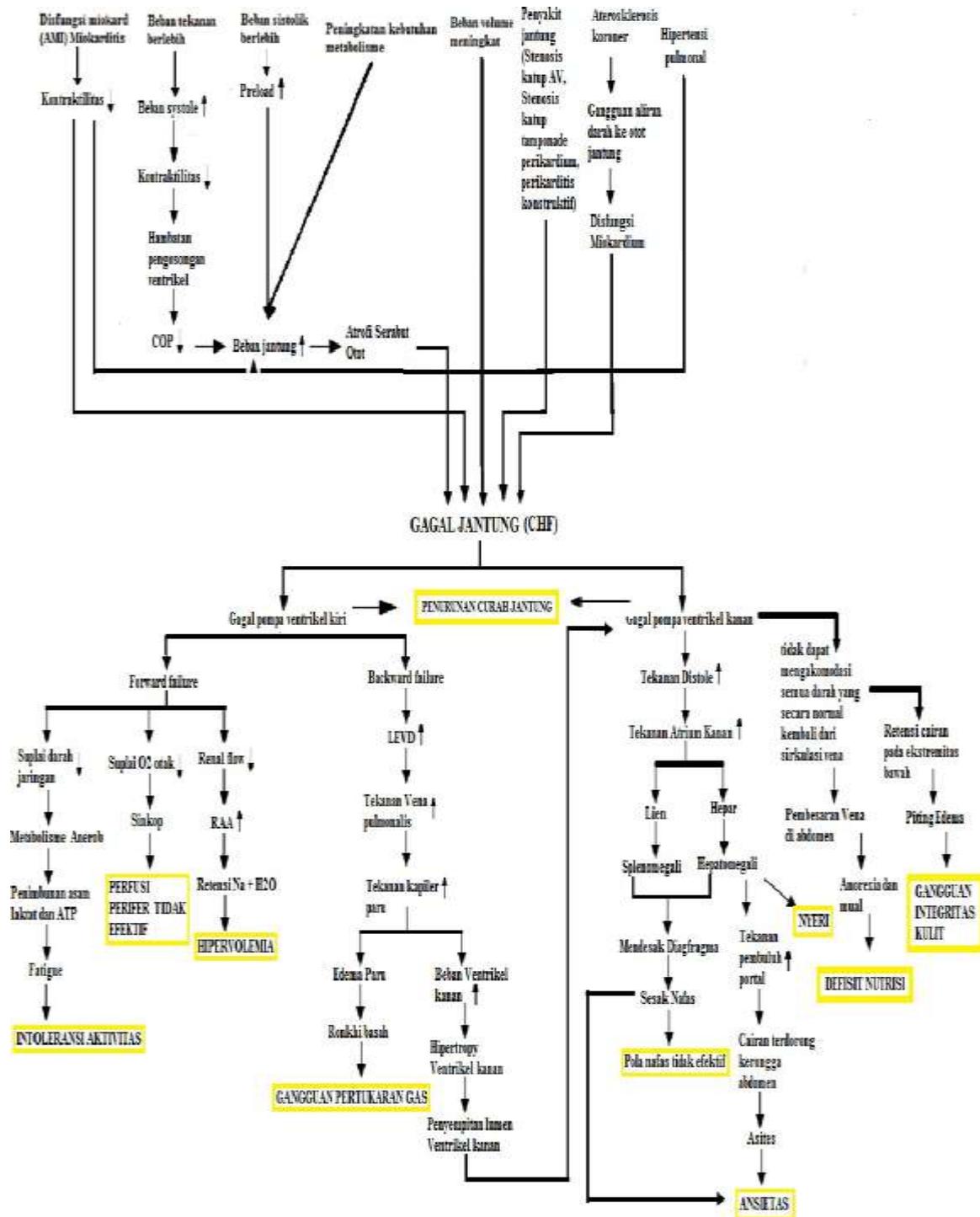
Gagal jantung disebabkan oleh disfungsi kontraktil. Kontraktilitas miokard berkurang dan kurva fungsi ventrikel diturunkan. Fungsi kontraktil terganggu oleh hilangnya kardiomyosit karena iskemia atau infark, kardiomiopati, atau peradangan. Gagal jantung centric menyebabkan curah jantung menurun, kelelahan, dan kurangnya toleransi latihan. Disfungsi diastolik dengan gangguan pengisian ventrikel yang disebabkan oleh penurunan komplians ventrikel dan gangguan relaksasi miokardium akibat hipertrofi dan perubahan seluler. Tanda-tanda ini terjadi sebagai akibat dari peningkatan tekanan dan kongesti pada ventrikel posterior, menyebabkan sesak napas, takipnea, dan mengi apabila melibatkan ventrikel kanan, dan pelebaran vena jugularis, pembesaran hati, dan mual. Kontraktilitas mungkin normal atau bahkan lebih tinggi pada waktu-waktu tertentu. Disfungsi asistolik dan diastolik sering terjadi bersamaan. Dalam

kedua kasus, kinerja istirahat hanya dapat dicapai dengan meningkatkan tekanan diastolik akhir. Ada kemungkinan bahwa gagal jantung dekompensasi parah tidak akan cukup untuk mendorong kinerja istirahat yang normal. Ventrikel kiri sering dipengaruhi oleh gagal jantung kiri atau penyakit jantung iskemik.

Peningkatan tekanan atrium kiri akan meningkatkan tekanan vena pulmonal, yang akan menyebabkan obstruksi paru dan akhirnya edema alveolus, yang akan mengakibatkan hemoptisis, batuk, dan sesak napas. Saat darah kembali ke sirkulasi paru sebagai akibat dari kinerja dibawah standar, ventrikel kiri (*preload*) dan tekanan vena pulmonal meningkat (kongesti paru). Gangguan ini menyebabkan pembesaran jantung dan tekanan kapiler paru yang lebih tinggi, yang keduanya mendorong penumpukan cairan di jaringan interstisial paru-paru. Sulit untuk bernapas karena peningkatan darah dan cairan di paru-paru, yang memaksa paru-paru bekerja lebih keras.

Ketika pasien berbaring dan cairan didistribusikan kembali ke paru-paru, kesulitan bernapas dapat terjadi (ortopnea). Dispnea nokturnal paroksismal adalah dispnea sementara yang membangunkan pasien di malam hari. Peningkatan tekanan kapiler ketika penyakitnya parah mendorong cairan ke dalam alveoli (edema paru). Dengan gangguan pernapasan yang signifikan, pertukaran gas yang berkurang, dan hipoksemia, penyakit ini bisa berakibat fatal (LeMone et al., 2016).

5. Pathway



Gambar 2.1 Bagan Pathway CHF

Sumber: (WOC) dengan menggunakan standar diagnosa keperawatan Indonesia dalam (PPNI, 2017)

6. Manifestasi klinis

Manifestasi klinis gagal jantung sangat tergantung pada etiologi dan dapat dijelaskan sebagai berikut:

(Ningsih & Zesi, 2020)

- a. Orthopnea, yaitu sesak napas saat berbaring. Orthopnea disebabkan oleh pergerakan cairan dari splanknikus dan sirkulasi ekstremitas bawah ke dalam sirkulasi sentral saat pasien berbaring. Peningkatan cairan sirkulasi sentral akan meningkatkan tekanan kapiler paru, yang dapat memperburuk kongesti dan mengurangi keluhan ortopnea saat pasien duduk.
- b. Paroxysmal Nocturnal Dyspnea (PND), yaitu sesak napas mendadak dilengkapi batuk. PND disebabkan oleh peningkatan tekanan di arteri bronkial, meningkatkan resistensi bronkial dan membuatnya sulit untuk mengembang.
- c. Dyspnea On Effert (DOE), yaitu sesak napas saat beraktivitas.
- d. Ronkhi
- e. Edema pada ekstemitas
- f. Udem paru
- g. Berdebar-debar
- h. Pembuangan limbah katabolik menurun, kemampuan jaringan normal untuk menerima oksigen dan mengedarkan darah terhambat karena curah jantung yang rendah, dan mudah terjadi kelelahan. Bisa juga

disebabkan oleh peningkatan pengeluaran energi saat bernapas, insomnia akibat penyakit pernapasan, dan batuk.

- i. Batuk berkembang sebagai akibat dari insufisiensi ventrikel dan dapat menyebabkan batuk kering atau tidak produktif, tetapi sering kali batuk basah yang menghasilkan dahak berbusa yang banyak dengan bercak darah.
- j. Kecemasan dan kegelisahan yang disebabkan oleh kekurangan oksigen ke jaringan, stres karena kondisi pernapasan, dan detak jantung yang tidak teratur.

7. Pemeriksaan Penunjang

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

- a. Elektrokardiogram: Hiperatropi atrial atau ventrikuler, penyimpangan aksis, iskemia, disaritmia, takikardia, fibrilasi atrial. Nilai EKG normal untuk gelombang dan interval adalah sebagai berikut: Interval RR: 0,6-1,2 detik. Gelombang P: 80 milidetik. Interval PR: 120-200 milidetik. Terdapat kekurangan data mengenai kelainan EKG pada pasien gagal jantung di banyak negara berkembang, termasuk Nigeria, tempat penelitian ini dilakukan. Oleh karena itu, tujuan dari penelitian ini adalah untuk menentukan dan membandingkan kelainan EKG pada pasien HF dengan kondisi LVEF yang dipertahankan ($\geq 50\%$) dan pasien dengan penurunan LVEF ($<50\%$) (Chistensen et al., 2024).

- b. Echokardiografi: merupakan alat pemeriksaan jantung yang menggunakan gelombang suara untuk mengetahui ukuran dan bentuk jantung, serta menilai keadaan ruang jantung dan fungsi katup jantung yang sangat bermanfaat untuk menegakkan diagnosis gagal jantung. Parameter untuk me nilai fungsi jantung adalah fraksi ejeksi (EF) nilai normal EF lebih besar 60%. Jika EF lebih kecil 40% ini berarti fungsi jantungnya sudah menurun (Lubis, 2019).
- c. Katerisasi jantung: Tekanan abnormal merupakan indikasi dan membantu membedakan gagal jantung kanan dan kiri dan stenosis katup atau insufisiensi, jika mengkaji potensi koroner. Zat kontras disuntikan kedalam ventrikel menunjukkan ukuran abnormal dan ejeksi fraksi/ perubahan kontraktilitas (Maleki et al., 2018).
- d. Radiografi dada: Dapat menunjukkan pembesaran jantung. Bayangan mencerminkan dilatasi atau hipertropi bilik, atau perubahan dalam pembuluh darah abnormal. nilai normal lebar jantung yang dihasilkan adalah $<0,5$ atau $<50\%$ (pada foto PA). sedangkan jika ingin mengukur pada foto PA disebabkan gambaran jantung lebih lebar karena magnifikasi patokan nilai normal ditinggkan menjadi $<60\%$.
- e. Elektrolit: Mungkin berubah karena perpindahan cairan/penurunan fungsi ginjal terapi diuretik. Serum dari darah yang diambil sebanyak 5 ml digunakan sebagai sampel setelah disentrifuse selama 3 menit dengan kecepatan 4000 rpm. Dimana nilai normal dari kadar elektrolitnya yaitu: Natrium (Na⁺): 135-145 mEq/L, Kalium (K⁺):

3,5-5,3 mEq/L dan Klorida (Cl^-): 100-106 mEq/L. Hiponatremia (natrium serum <135 mmol/L) terjadi pada 58/189 (30,7%) pasien yang dirawat dengan CHF. Pasien yang lebih muda dengan CHF non-iskemik, dan riwayat diagnosis sebelumnya, pengobatan, dan rawat inap karena CHF lebih mungkin terkena dampaknya. Nefropati diabetik, penyakit ginjal kronis, diet terbatas garam, obat-obatan termasuk furosemid, spironolakton, dan penghambat enzim pengubah angiotensin, kalium serum rendah, dan penurunan GFR juga berhubungan dengan hyponatremia (Nuraini & Barus, 2017).

- f. Oksimetri nadi: Saturasi oksigen mungkin rendah terutama jika gagal jantung kongestif akut menjadi kronis. Kadar oksigen normal yang ditampilkan pada oksimeter denyut biasanya berkisar antara 95% hingga 100%. Pada gagal jantung dengan $\text{EF} > 40\%$ dan AHF dengan saturasi $\text{O}_2 > 90\%$, oksimetri jari adalah yang paling akurat dan dapat diandalkan, sedangkan pada gagal jantung dengan $\text{EF} < 40\%$ dan pada pasien dengan AHF dengan saturasi $\text{O}_2 < 90\%$, oksimetri telinga adalah yang terbaik (Hassan et al., 2021).
- g. Analisa gas darah: Kisaran pH darah normal adalah 7,35-7,45. Jika pH $< 7,35$ maka darah dikatakan asam. Jika pH $> 7,45$ maka darah dikatakan alkalosis. Gagal ventrikel kiri ditandai dengan alkalosis respiratory ringan (dini) atau hipoksemia dengan peningkatan PCO_2 (akhir) (Pansawira, 2021).

- h. Blood ureum nitrogen (BUN) dan kreatinin: Kadar kreatinin normal pada dewasa berkisar untuk pria antara 0,6–1,2 mg/dL dan untuk wanita 0,5–1,1 mg/dL. Sedangkan untuk ureum, pria dewasa 8-24 mg/dL sedangkan wanita dewasa 6-21 mg/dL (Fadhilah, 2022).

8. Komplikasi

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

- a. Syok kardiogenik

Syok kardiogenik adalah kelainan jantung primer yang ditandai dengan rendahnya curah jantung akibat kegagalan sirkulasi yang mengakibatkan hipoperfusi organ akhir dan hipoksia jaringan. Kegiatan ini mengulas evaluasi dan penatalaksanaan syok kardiogenik dan menjelaskan peran tim interprofesional dalam meningkatkan perawatan pasien dengan kondisi ini.

- b. Episode tromboemboli karena pembentukan bekuan vena karena statis darah.

- c. Efusi dan tamponade jantung: ketika efusi perikardial menyebabkan peningkatan tekanan, mengganggu pengisian ventrikel dan mengakibatkan penurunan curah jantung. Ini adalah diagnosis klinis meskipun temuan gema bisa cukup sugestif menunjukkan kolaps sisi kanan, IVC apletorik dan perubahan aliran melintasi katup saat respirasi).

d. Toksisitas digitalis akibat pemakaian obat-obatan digitalis.

Digitalis adalah obat yang digunakan untuk mengobati kondisi jantung tertentu. Toksisitas digitalis dapat menjadi efek samping dari terapi digitalis. Ini mungkin terjadi jika mengonsumsi terlalu banyak obat dalam satu waktu. Hal ini juga dapat terjadi ketika kadar obat meningkat karena alasan lain seperti masalah medis lain yang dialami. Bentuk resep obat yang paling umum disebut digoksin. Digitoxin adalah bentuk lain dari digitalis.

9. Penatalaksanaan

a. Penatalaksanaan Medis

Terapi yang dapat diberikan antara lain:

(Poespitasari, 2022)

1) Golongan diuretik

a) Diuretik loop

Diuretik loop bekerja dengan cara menghambat penyerapan garam natrium, klorida dan kalium melalui penghambatan pada enzim Na-K-2Cl transporter di ginjal yang mengakibatkan zat-zat tersebut dan air akan dibuang melalui urine. Obat ini biasanya menjadi pilihan pada kondisi kelebihan cairan di dalam tubuh seperti pada penderita gagal jantung maupun gagal ginjal. Terdapat beberapa jenis obat golongan diuretik loop, seperti furosemide, torsemide, dan bumetanide.

b) Tiazid

Cara kerja obat ini yaitu meningkatkan pembuangan natrium, klorida dan air melalui penghambatan pada kanal natrium klorida di ginjal. Selain itu, diuretik tiazid juga menghambat vasokonstriksi (penyempitan) pembuluh darah sehingga pembuluh darah menjadi kendur, dan dapat menurunkan tekanan darah. Jenis golongan obat yang satu ini adalah thiazid, indapamide, dan hydrochlorothiazide.

c) Diuretik hemat kalium

Jenis diuretik yang satu ini mempunyai efek yang paling lemah di antara yang lain. Oleh sebab itu direkomendasikan untuk mengkonsumsi obat jenis ini dengan jenis diuretik loop dan tiazid. Diuretik hemat kalium bekerja dengan cara menghambat kanal natrium/ kalium di ginjal sehingga mencegah penyerapan natrium dan meningkatkan penyerapan kalium dan menyebabkan natrium akan dibuang melalui urine. Adapun contoh jenis obatnya adalah amiloride, triamterene, eplerenone, dan spironolactone.

2) Angiotensin Converting Enzym Inhibitor (ACEI)

Angiotensin-converting enzyme (ACE) inhibitor adalah obat yang membantu mengendurkan pembuluh darah untuk menurunkan tekanan darah. Obat ini bekerja dengan menghambat ACE yang berperan dalam produksi angiotensin II, zat yang menyempitkan

pembuluh darah. Penyempitan pembuluh darah dapat menyebabkan tekanan darah menjadi tinggi dan memaksa jantung bekerja lebih keras. Angiotensin II juga melepaskan hormon yang meningkatkan tekanan darah. Oleh karena itu, angiotensin-converting enzyme inhibitor (ACE inhibitor) diperlukan untuk menghambat terbentuknya Angiotensin II. Jenis obat ini diantaranya yaitu benazepril, captopril, enalapril, fosinopril, lisinopril, perindopril, ramipril, trandolapril, quinapril, dan moexipril. Efek samping obat ini diantaranya batuk kering, kelemahan, pusing atau sakit kepala, dan peningkatan kadar kalium darah. Obat ini juga tidak dapat diberikan pada ibu hamil

3) Beta Bloker

Penyekat beta atau penyekat beta-adrenergik adalah obat yang bekerja dengan menghalangi efek hormon adrenalin. Hormon ini berperan dalam meningkatkan tekanan darah melalui penyempitan pembuluh darah (vasokonstriksi) dan peningkatan denyut jantung. Dengan menghambat efek adrenalin, jantung akan berdenyut lebih lambat atau kerja jantung akan menurun dan pembuluh darah menjadi kendur, sehingga tekanan darah dapat turun. Beberapa penyekat beta bekerja terutama di jantung, sementara yang lain di jantung dan pembuluh darah. Terdapat 3 golongan penyekat beta, yang mana masing-masing golongan mempunyai jenis obat yang berbeda-beda, yaitu:

- a) Penghambat Beta Selektif: Atenolol, Acebutolol, Betaxolol, Bisoprolol, Metoprolol
- b) Penghambat Beta Nonselektif: Nadolol, Propranolol, Sotalol, Timolol.
- c) Penghambat Beta Generasi Ketiga: Carvedilol, Labetalol, Nebivolol.

Efek samping yang dapat ditemui adalah telapak tangan dan kaki terasa dingin, kelemahan, dan peningkatan berat badan.

4) Angiotensin Receptor Blocker (ARB)

Obat antihipertensi ini bekerja dengan cara menghambat angiotensin II berikatan dengan reseptornya, sehingga Angiotensin II tidak dapat bekerja. Dengan konsumsi obat tersebut, pembuluh darah akan melebar dan jantung lebih mudah dalam memompa darah sehingga tekanan darah akan turun. Efek samping obat ini diantaranya peningkatan kadar kalium darah, pusing, dan pembengkakan pada kulit atau selaput lendir. Oleh karena sama-sama bekerja pada sistem renin-angiotensin-aldosteron, ARB tidak boleh diberikan bersamaan dengan obat antihipertensi golongan ACE inhibitor dan Direct-Renin Inhibitor begitu pula sebaliknya.

- 5) Glikosida jantung adalah obat untuk mengobati gagal jantung dan detak jantung tidak teratur tertentu. Obat ini adalah salah satu dari beberapa kelas obat yang digunakan untuk mengobati jantung dan kondisi terkait. Obat-obatan ini adalah penyebab umum keracunan.

Overdosis glikosida jantung terjadi ketika seseorang mengonsumsi obat ini lebih dari jumlah normal atau yang disarankan. Hal ini bisa terjadi secara tidak sengaja atau disengaja. Glikosida jantung ditemukan di beberapa tanaman, termasuk daun tanaman foxglove. Tanaman ini merupakan sumber asli obat digitalis. Orang yang memakan daun ini dalam jumlah besar mungkin mengalami gejala overdosis.

- 6) Antagonis aldosteron, adalah diuretik atau “pil air”. Bisa disebut juga penghambat reseptor aldosteron. Antagonis aldosteron meliputi Eplerenon (Inspra), Spirinolakton (Aldakton).
- 7) Serta pemberian laksarasia pada pasien dengan keluhan konstipasi yaitu obat yang digunakan untuk meningkatkan defekasi. Sifat dari laksansia yang hidrifilik atau osmotik, mengakibatkan retensi cairan didalam kolon sehingga meningkatkan massa isi kolon, meningkatkan kelembakan konsistensi dan mempercepat transit feses.

b. Penatalaksanaan Keperawatan

Terapi farmakologi untuk pasien gagal jantung kongestif adalah terapi oksigen nasal kannula hidung dengan konsentrasi 24% - 44% diberikan melalui kanula hidung dengan kecepatan aliran 2 liter/menit sampai 4 liter/menit untuk pasien gagal jantung kongestif dan takipnea. *Pulse oximeter* digunakan untuk mengukur tingkat saturasi

oksigen untuk menentukan apakah terapi oksigen kanula hidung efektif dalam mengurangi sesak napas (Agustin & Nafi'ah, 2021).

Pasien gagal jantung kongestif juga mendapatkan terapi non-obat, seperti posisi setengah fowler, metode kontrol pernapasan, fisioterapi dada, dan latihan otot pernapasan, selain terapi farmakologis. Posisi setengah dengan sudut 45° adalah posisi Semi Fowler. Posisi ini dapat mempengaruhi variasi kadar oksigen dan mendukung kemampuan tubuh untuk memasok oksigen. Selain itu, posisi half-Fowler dapat meningkatkan saturasi oksigen. Gravitasi berdampak pada hal ini, memungkinkan aliran oksigen sebaik mungkin. Pengurangan sesak napas akan mempercepat laju perbaikan kondisi pasien. Keuntungan dari terapi postur semi-Fowler ini antara lain ekspansi paru-paru dan penurunan sesak napas. Dengan kata lain, proses penyembuhan dan pengobatan selanjutnya akan terhambat atau melambat jika posisi semi fowler tidak diterapkan (Agustin & Nafi'ah, 2021).

B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

a. Identitas:

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

b. Keluhan utama

1. Sesak saat bekerja
2. Dispnea nokturnal paroksimal
3. Ortopnea
4. Lelah
5. Pusing
6. Nyeri dada
7. Edema ekstremitas bawah
8. Nafsu makan menurun
9. Nausea
10. Distensi abdomen
11. Urine menurun

c. Riwayat penyakit sekarang

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

d. Riwayat penyakit dahulu

Mengetahui riwayat penyakit dahulu tanyakan kepada pasien apakah pasien sebelumnya menderita nyeri dada khas infark miokardium, hipertensi, DM, atau hiperlipidemia. Tanyakan juga

obat-obatan yang biasanya diminum oleh pasien pada masa lalu, yang mungkin masih relevan. Tanyakan juga alergi yang dimiliki pasien.

e. Riwayat penyakit keluarga

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

f. Pengkajian data

- 1) Aktifitas dan istirahat: adanya kelelahan, insomnia, letargi, kurang istirahat, sakit dada, dispnea pada saat istirahat atau saat beraktifitas.
- 2) Sirkulasi: riwayat hipertensi, anemia, syok septik, asites, disaritmia, fibrilasi atrial, kontraksi ventrikel prematur, peningkatan JVP, sianosis, pucat.
- 3) Respirasi: dispnea pada waktu aktifitas, takipnea, riwayat penyakit paru.
- 4) Pola makan dan cairan: hilang nafsu makan, mual dan muntah.
- 5) Eliminasi: penurunan volume urine, urin yang pekat, nokturia, diare atau konstipasi.
- 6) Neurologi: pusing, penurunan kesadaran, disorientasi.
- 7) Interaksi sosial: aktifitas sosial berkurang
- 8) Rasa aman: perubahan status mental, gangguan pada kulit/dermatitis

g. Pemeriksaan fisik

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

2) Tanda-tanda Vital:

a) Tekanan Darah

Nilai normalnya:

Nilai rata-rata sistolik: 110-140 mmHg

Nilai rata-rata diastolik: 80-90 mmHg

b) Nadi

Nilai normalnya:

Frekuensi: 60-100x/menit (bradikardi atau takikardi)

c) Pernapasan

Nilai normalnya:

Frekuensi: 16-20 x/menit

Pada pasien: respirasi meningkat, dispnea pada saat istirahat/aktivitas

d) Suhu Badan

Metabolisme menurun, suhu menurun

3) Head to toe examination:

a) Kepala: bentuk, kesimetrisan

b) Mata: konjungtiva: anemis, ikterik atau tidak?

c) Mulut: apakah ada tanda infeksi?

- d) Telinga: kotor atau tidak, ada serumen atau tidak, kesimetrisan
- e) Muka: ekspresi, pucat
- f) Leher: apakah ada pembesaran kelenjar tiroid dan limfe
- g) Dada: gerakan dada, deformitas
- h) Abdomen: Terdapat asites, hati teraba dibawah arkus kosta kanan
- i) Ekstremitas: lengan-tangan: reflex, warna dan tekstur kulit, edema, clubbing, bandingkan arteri radialis kiri dan kanan.
- j) Pemeriksaan khusus jantung:
 - (1) Inspeksi: vena leher dengan JVP meningkat, letak ictus cordis (normal : ICS ke5)
 - (2) Palpasi: PMI bergeser kekiri, inferior karena dilatasi atau hipertrofi ventrikel
 - (3) Perkusi: Batas jantung normal pada orang dewasa
 - Kanan atas: SIC II Linea Para Sternalis Dextra
 - Kanan bawah: SIC IV Linea Para Sternalis Dextra
 - Kiri atas: SIC II Linea Para Sternalis sinistra
 - Kiri bawah: SIC IV Linea Medio Clavicularis Sinistra
 - (4) Auskultasi: bunyi jantung I dan II
 - BJ I: Terjadi karena getaran menutupnya katup atrioventrikular, yang terjadi pada saat kontraksi isimetris dari bilik pada permulaan systole

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

(BJ II normal selalu lebih lemah daripada BJ I)

4) Pemeriksaan penunjang

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

2. Diagnosa Keperawatan

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

Diagnosa berdasarkan SDKI adalah :

- a. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan Perubahan membran alveolus-kapiler ditandai dengan:

Kriteria mayor:

- 1) Subjektif: Dispnea
- 2) Objektif: PCO_2 meningkat/menurun, PO_2 menurun, takikardia, pH arteri meningkat/menurun, bunyi nafas tambahan

Kriteria minor:

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

- b. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas (mis: Nyeri saat bernafas) ditandai dengan:

Kriteria mayor:

1. Subjektif: Dipsnea
2. Objektif: Penggunaan otot bantu pernafasan, fase ekspirasi memanjang, pola nafas abnormal

Kriteria minor:

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

- c. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan preload, perubahan afterload dan/atau perubahan kontraktilitas ditandai dengan:

Kriteria mayor:

- 1) Subjektif: Lelah
- 2) Objektif: Edema, distensi vena jugularis, central venous pressure (CVP) meningkat/menurun

Kriteria minor:

1) Subjektif: -

2) Objektif: Murmur jantung, berat badan bertambah, pulmonary artery wedge pressure (PAWP) menurun

d. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (mis: iskemia) ditandai dengan:

Kriteria mayor:

a) Subjektif: Mengeluh nyeri

b) Objektif: Tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur

Kriteria minor:

1) Subjektif: -

2) Objektif: Tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaphoresis

e. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi ditandai dengan:

Kriteria mayor:

1) Subjektif: Ortopnea, dispnea, paroxymal nocturnal dyspnea (PND)

2) Objektif: Edema anasarka dan/atau edema perifer, berat badan meningkat dalam waktu singkat, JVP dan/atau CVP meningkat, refleks hepatojugular (+)

Kriteria minor:

1) Subjektif: -

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

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

Kriteria mayor:

1) Subjektif: -

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

Kriteria minor:

1) Subjektif: Parastesia, nyeri ekstremitas (klaudikasi intermiten)

2) Objektif: Edema, penyembuhan luka lambat, indeks ankle-brakial <0,90, bruit femoralis

g. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan:

Kriteria mayor:

1) Subjektif: Mengeluh Lelah

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

Kriteria minor:

1. Subjektif: Dispnea saat/setelah beraktifitas, merasa tidak nyaman setelah beraktifitas, merasa lemah

2. Objektif: Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat, gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktifitas, gambaran EKG menunjukkan iskemia, sianosis
- h. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan:
- Kriteria mayor:
- 1) Subjektif: Merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, sulit berkonsentrasi
 - 2) Objektif: Tampak gelisah, tampak tegang, sulit tidur
- Kriteria minor:
- 1) Subjektif: Mengeluh pusing, anorexia, palpitasi, merasa tidak berdaya
 - 2) Objektif: Frekuensi napas dan nadi meningkat, tekanan darah meningkat, diaforesis, tremor, muka tampak pucat, suara bergetar, kontak mata buruk, sering berkemih, berorientasi pada masa lalu
- i. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan, faktor psikologis (mis: stress, keengganan untuk makan) ditandai dengan:
- Kriteria mayor:
- 1) Subjektif: -
 - 2) Objektif: Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal

Kriteria minor:

- 1) Subjektif: Cepat kenyang setelah makan, kram/nyeri abdomen, nafsu makan menurun.
 - 2) Objektif: Bising usus hiperaktif, otot pengunyah lemah, otot menelan lemah, membran mukosa pucat, sariawan, serum albumin turun, rambut rontok berlebihan, diare.
- j. Resiko Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kelebihan volume cairan ditandai dengan:

Kriteria mayor:

Subjektif: Kerusakan aringan dan/ lapisan kulit

Objektif: -

Kriteria minor:

Subjektif: -

Objektif: Nyeri, perdarahan, kemerahan, hematoma

3. Intervensi Keperawatan

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

- 1) Observasi
 - a) Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan Upaya napas
 - b) Monitor pola napas (seperti bradypnea, takipnea, hiperventilasi, kussmaul, Cheyne-stokes, biot, ataksis)

- c) Monitor kemampuan batuk efektif
 - d) Monitor adanya produksi sputum
 - e) Monitor adanya sumbatan jalan napas
 - f) Palpasi kesimetrisan ekspansi paru
 - g) Auskultasi bunyi napas
 - h) Monitor saturasi oksigen
 - i) Monitor nilai AGD
 - j) Monitor hasil x-ray toraks
- 2) Terapeutik
- a) Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien
 - b) Dokumentasikan hasil pemantauan
- 3) Edukasi
- a) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
 - b) Informasikan hasil pemantauan
 - a. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (mis: nyeri saat bernapas)

Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 3x24 jam, diharapkan pola napas menjadi lebih efektif dengan kriteria hasil:

Pola Napas

- 1) Ventilasi semenit meningkat (5)
- 2) Kapasitas vital meningkat (5)
- 3) Diameter toraks anterior-posterior meningkat (5)
- 4) Tekanan ekspirasi meningkat (5)

- 5) Tekanan inspirasi meningkat (5)
- 6) Dispnea menurun (5)
- 7) Penggunaan otot bantu napas menurun (5)
- 8) Pemanjangan fase ekspirasi menurun (5)
- 9) Ortopnea menurun (5)
- 10) Pernapasan pursed-lip menurun (5)
- 11) Pernapasan cuping hidung menurun (5)
- 12) Frekuensi napas membaik (5)
- 13) Kedalaman napas membaik (5)
- 14) Ekskursi dada membaik (5)

Intervensi: Manajemen Jalan Napas

1) Observasi

- a) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)
- b) Monitor bunyi napas tambahan (misalnya gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering)
- c) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)

2) Terapeutik

- a) Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin lift (jaw-thrust jika curiga trauma servikal)
- b) Posisikan semi-fowler atau fowler
- c) Berikan minum hangat
- d) Lakukan fisioterapi dada jika perlu
- e) Lakukan penghisapan lender kurang dari 15 detik

f) Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan edotrakeal

g) Keluarkan sumbatan pendah pada dengan forsep McGill

h) Berikan oksigen jika perlu

3) Edukasi

a) Anjurkan Teknik batuk efektif

4) Kolaborasi

a) Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspetoran, mukolitik, jika perlu

b. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan preload/ perubahan afterload/ perubahan kontraktilitas

Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 3x24 jam, diharapkan curah jantung menjadi meningkat dengan kriteria hasil:

Curah Jantung

1) Kekuatan nadi perifer meningkat (5)

2) Ejection fraction (EF) <40% meningkat (5)

3) Cardiac index (CI) meningkat (5)

4) Left ventricular stroke work meningkat (5)

5) Index (LVWI) meningkat (5)

6) Stroke volume index (SVI) meningkat (5)

7) Palpitasi menurun (5)

8) Bradikardia menurun (5)

9) Takikardia menurun (5)

10) Gambaran EKG aritmia menurun (5)

- 11) Lelah menurun (5)
- 12) Edema menurun (5)
- 13) Distensi vena jugularis menurun (5)
- 14) Dispnea menurun (5)
- 15) Oliguria (5)
- 16) Pucat/sianosis menurun (5)
- 17) Paroxysmal nocturnal dyspnea (PND) menurun (5)
- 18) Ortopnea menurun (5)
- 19) Batuk menurun (5)
- 20) Suara jantung S3 menurun (5)
- 21) Suara jantung S4 menurun (5)
- 22) Murmur jantung menurun (5)
- 23) Berat badan menurun (5)
- 24) Hepatomegaly menurun (5)
- 25) Pulmonary vascular resistance (PVR) menurun (5)
- 26) Systemic vascular resistance menurun (5)
- 27) Tekanan darah membaik (5)
- 28) Capillary refill time (CRT) membaik (5)
- 29) Pulmonary artery wedge pressure (PAWP) membaik (5)
- 30) Central venous pressure membaik (5)

Intervensi: Perawatan Jantung

1) Obsevrasi

- a) Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, paroxysmal nocturnal dyspnea, peningkatan CVP)
- b) Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi peningkatan berat badan, hepatomegaly, distensi vena jugularis, palpitasi, ronkhi basah, oliguria, batuk, kulit pucat)
- c) Monitor tekanan darah (termasuk tekanan darah ortostalik, jika perlu)
- d) Monitor intake dan output cairan
- e) Monitor bera badan setiap hari pada jam yang sama
- f) Monitor saturasi oksigen
- g) Monitor keluhan nyeri dada (misalnya intensitas, lokasi, radiasi, durasi, presivitasi yang mengurangi nyeri)
- h) Monitor EKG 12 sadapan
- i) Monitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi)
- j) Monitor nilai laboratorium jantung (misalnya elektrolit, enzim jantung, BPN, NTpro-BNPP)
- k) Monitor fungsi alat pacu jantung
- l) Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebbelum dan sesudah aktivitas

- m) Periksa tekanan darah dan nadi sebelum pemberian obat (misalnya beta blocker, ACE inhibitor, calcium channel blocker, digoksin)

2) Terapeutik

- a) Posisikan semi-fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman
- b) Berikan diet jantung yang sesuai (misalnya Batasi asupan kafein, natrium, kolesterol, dan makanan tinggi lemak)
- c) Gunakan stocking elastis atau pneumatic intermitan, sesuai indikasi
- d) Fasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup sehat
- e) Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress, jika perlu
- f) Berikan dukungan emosional dan spiritual
- g) Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%

3) Edukasi

- a) Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi
- b) Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap
- c) Anjurkan berhenti merokok
- d) Anjurkan pasien dan keluarga mengukur berat badan harian

- e) Ajarkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan
- 4) Kolaborasi
- a) Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu
 - b) Rujuk ke program rehabilitasi jantung
- c. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (Mis: Iskemia)

Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 3x24 jam, diharapkan tingkat nyeri menjadi menurun dengan kriteria hasil:

Tingkat Nyeri

- 1) Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat (5)
- 2) Keluhan nyeri menurun (5)
- 3) Meringis menurun (5)
- 4) Sikap protektif menurun (5)
- 5) Gelisah nemurun
- 6) Kesulitan tidur menurun
- 7) Menarik diri menurun
- 8) Berfokus pada diri sendiri menurun
- 9) Diaphoresis menurun
- 10) Perasaan depresi/ tertekan menurun
- 11) Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun
- 12) Anoreksia menurun
- 13) Perineum terasa tertekan menurun

- 14) Pupil dilatasi menurun
- 15) Muntah menurun
- 16) Mual menurun
- 17) Frekuensi nadi membaik
- 18) Pola napas membaik
- 19) Tekanan darah membaik
- 20) Proses berpikir membaik
- 21) Focus membaik
- 22) Perilaku membaik
- 23) Nafsu makan membaik
- 24) Pola tidur membaik

Intervensi: Manajemen Nyeri

- 1) Observasi
 - a) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
 - b) Identifikasi skala nyeri
 - c) Identifikasi respon nyeri nonverbal
 - d) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
 - e) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
 - f) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
 - g) Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup

- h) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
 - i) Monitor efek samping pemberian analgetik
- 2) Terapeutik
- a) Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misalnya stimulasi saraf Listrik transkutan (TENS), hypnosis, akupresur, terapi musik, *biofeedback*, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)
 - b) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misalnya suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
 - c) Fasilitasi istirahat dan tidur
 - d) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri
- 3) Edukasi
- a) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
 - b) Jelaskan strategi meredakan nyeri
 - c) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
 - d) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
 - e) Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

4) Kolaborasi

a) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

d. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil:

Keseimbangan Cairan

- 1) Kekuatan nadi meningkat
- 2) Turgor kulit meningkat
- 3) Output urine meningkat
- 4) Ortopnea menurun
- 5) Dispnea menurun
- 6) Edema menurun
- 7) Frekuensi nadi membaik

Intervensi : Manajemen Hipervolemia

- 1) Observasi
 - a) Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis. Ortopnea, dispnea, edema, suara napas tambahan)
 - b) Identifikasi penyebab hipertermia
 - c) Monitor status hemodinamik (mis. Frekuensi jantung, tekanan darah), jika perlu
 - d) Monitor intake dan output cairan

2) Terapeutik

- a) Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama
- b) Batasi asupan cairan dan garam
- c) Tinggikan kepala tempat tidur 30-40°

3) Edukasi

- a) Anjurkan melaporkan jika Haluaran urin <0,5% mL/kg/jam dalam 6 jam
- b) Ajarkan cara membatasi cairan

4) Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian deuretik
- b) Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretik

e. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran arteri dan/ vena

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil :

Perfusi Perifer

- 1) Denyut nadi perifer meningkat
- 2) Warna kulit pucat menurun
- 3) Edema perifer menurun
- 4) Kelemahan otot menurun
- 5) Pengisian kapiler membaik
- 6) Turgor kulit membaik

Intervensi : Perawatan Sirkulasi

1) Observasi

- a) Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu)
- b) Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (mis. Diabetes, perokok, orangtua, hipertensi, dan kadar kolesterol tinggi)
- c) Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas

2) Terapeutik

- a) Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi
- b) Lakukan hidrasi

3) Edukasi

- a) Anjurkan berhenti merokok
- b) Anjurkan olahraga rutin
- c) Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoaglan, dan penurun kolesterol, jika perlu

f. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan toleransi aktifitas meningkat dengan kriteria hasil:

Toleransi Aktivitas

- 1) Frekuensi nadi meningkat
- 2) Saturasi oksigen meningkat
- 3) Keluhan lelah menurun
- 4) Sianosis menurun
- 5) Warna kulit membaik
- 6) Tekanan darah membaik
- 7) Frekuensi napas membaik

Intervensi : Manajemen Energi

- 1) Observasi
 - a) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan
 - b) Monitor kelelahan fisik dan mental
 - c) Monitor pola dan jam tidur
- 2) Terapeutik
 - a) Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, pengunjung)
 - b) Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan
- 3) Edukasi
 - a) Anjurkan tirah baring
 - b) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap

4) Kolaborasi

- a) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan

g. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil:

Tingkat Ansietas

- 1) Verbalisasi kebingungan menurun
- 2) Perilaku gelisah menurun
- 3) Perilaku tegang menurun
- 4) Tremor menurun
- 5) Pucat menurun
- 6) Konsentrasi membaik
- 7) Pola tidur membaik
- 8) Orientasi membaik

Intervensi : Terapi Relaksasi

- 1) Observasi
 - a) Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif
 - b) Identifikasi Teknik relaksasi yang pernah efektif dilakukan
 - c) Monitor respon terhadap terapi relaksasi

2) Terapeutik

- a) Ciptakan lingkungan tenang tanpa ada gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan
- b) Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur Teknik relaksasi
- c) Gunakan pakaian yang longgar

3) Edukasi

- a) Jelaskan tujuan, manfaat, Batasan, dan jeni relaksasi yang tersedia (mis. Musik, meditasi, napas dalam)
- b) Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih
- c) Anjurkan mengambil posisi yang nyaman
- d) Anjurkan sering mengulangi atau melatih Teknik yang dipilih
- e) Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis. Napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing)

h. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan, faktor psikologis (mis: stress, keengganan untuk makan)
Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil :

Status Nutrisi

- 1) Porsi makan yang dihabiskan meningkat
- 2) Kekuatan otot mengunyah meningkat

- 3) Perasaan cepat kenyang menurun
- 4) Nyeri abdomen menurun
- 5) Rambut rontok menurun
- 6) Berat badan membaik
- 7) Indeks massa tubuh (IMT) membaik
- 8) Nafsu makan membaik
- 9) Bising usus membaik

Intervensi : Manajemen Gangguan Makan

- 1) Observasi
 - a) Monitor asupan dan keluarannya makanan dan cairan serta kebutuhan kalori
- 2) Terapeutik
 - a) Timbang berat badan secara rutin
 - b) Diskusikan perilaku makan dan jumlah aktivitas fisik (termasuk olahraga) yang sesuai
 - c) Berikan penguatan positif terhadap keberhasilan target dan perubahan perilaku
- 3) Edukasi
 - a) Ajarkan pengaturan diet yang tepat
 - b) Ajarkan keterampilan koping untuk penyelesaian masalah perilaku makan

4) Kolaborasi

- a) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang target berat badan, kebutuhan kalori dan pemilihan makanan

i. Resiko gangguan integritas kulit berhubungan dengan kelebihan volume cairan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil :

Integritas Kulit Dan Jaringan

- 1) Elastisitas meningkat
- 2) Hidrasi meningkat
- 3) Perfusi jaringan meningkat
- 4) Kerusakan jaringan menurun
- 5) Kerusakan lapisan kulit menurun
- 6) Nyeri menurun
- 7) Suhu kulit membaik

Intervensi : Perawatan Integritas Kulit

1) Observasi

- a) Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. Perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas)

2) Terapeutik

- a) Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring
- b) Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering

3) Edukasi

- a) Anjurkan menggunakan pelembab (mis. Lotion, serum)
- b) Anjurkan minum air yang cukup
- c) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
- d) Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur

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 & Muryanti, 2017).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah suatu usaha untuk mengukur dan memberi nilai secara obyektif pencapaian hasil-hasil yang telah direncanakan sebelumnya. Evaluasi dalam keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan. Evaluasi dalam keperawatan adalah kegiatan dalam menilai

tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan (Sitanggang, 2020).

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Pendekatan/Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan adalah studi kasus. Metode studi kasus merupakan suatu metode yang memiliki tujuan dengan memberikan gambaran situasi atau fenomena secara jelas dan rinci tentang apa yang terjadi. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi pada pasien dengan diagnosa medis *Congestive Heart Failure* (CHF) di Rumah Sakit Umum Daerah Ende.

B. Subyek Penelitian

Subjek studi kasus dilakukan pada satu orang yaitu Tn. H. Y di Ruangan Penyakit Dalam III RSUD Ende.

C. Batasan Istilah/Defenisi Operasional

1. Gagal Jantung Kongestif

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

2. Asuhan keperawatan pada pasien gagal jantung kongestif

Suatu asuhan keperawatan yang komprehensif dimana proses kegiatan praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada pasien gagal

jantung kongestif dalam tatanan pelayanan kesehatan meliputi: pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi untuk mengatasi masalah pada pasien dengan gagal jantung kongestif.

D. Lokasi Dan Waktu Penelitian

Studi kasus asuhan keperawatan ini dilakukan selama tiga hari yaitu tanggal 15 Mei -17 Mei 2024 di Ruang Penyakit Dalam (RPD III) RSUD Ende.

E. Prosedur Penelitian

Studi kasus diawali dengan penyusunan proposal penelitian. Setelah disetujui oleh pembimbing dan penguji 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 (RPD III). Setelah mendapatkan ijin, penulis diperbolehkan untuk memilih pasien untuk menentukan kasus yang dipilih. Penulis memilih responden lalu menjelaskan tujuan, bila responden setuju penulis meminta tanda tangan *informed Consent* setelah itu dilanjutkan dengan pengkajian, tabulasi data, klasifikasi data, analisa data kemudian merumuskan diagnosa, Menyusun intervensi keperawatan, melakukan implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan. Selanjutnya membahas tentang kesenjangan antara teori dan kasus dan menyusun laporan hasil penelitian.

F. Metode Pengumpulan Data

Metode Pengumpulan data yang digunakan yaitu:

1. Wawancara

Wawancara dipergunakan untuk mengumpulkan data secara lisan dari pasien dan keluarga yaitu menanyakan mengenai biodata pasien, biodata orang tua/wali, alasan masuk rumah sakit, keluhan utama yang dirasakan pasien saat wawancara berlangsung, riwayat penyakit sekarang, riwayat kesehatan dahulu, riwayat keluarga, riwayat sosial, kebutuhan dasar seperti nutrisi, aktivitas/istirahat, personal hygiene, eliminasi pengkajian fisik dan mental dan pemeriksaan fisik.

2. Observasi

Observasi pada pasien bertujuan untuk mendapatkan data yang dibutuhkan oleh penulis. Observasi ini dilakukan dengan cara pemeriksaan fisik pada 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. Observasi dilakukan selama 3 hari berturut-turut.

3. Studi Dokumentasi

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

G. Instrumen Pengumpulan Data

Alat atau instrument pengumpulan data menggunakan format Asuhan Keperawatan Medikal Bedah mulai dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi sampai evaluasi sesuai ketentuan yang berlaku di Prodi DIII 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 pasien yang dapat memberikan informasi yang lengkap tentang masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapinya meliputi, biodata pasien, biodata penanggung jawab, keluhan utama, riwayat kesehatan sekarang, kesehatan terdahulu, riwayat kesehatan keluarga, riwayat sosial, kebutuhan dasar seperti, nutrisi, aktivitas/istirahat, personal hygiene, eliminasi, pengkajian fisik, mental dan orang terdekat pasien (keluarga) meliputi Riwayat kesehatan keluarga.

2. Data sekunder

Sumber data yang dikumpulkan dari data lain yang didapatkan dari catatan rekam medik seperti data laboratorium pasien.

I. Analisis Data

Setelah mengumpulkan data melalui observasi, wawancara, dan studi dokumentasi selanjutnya menggunakan analisa data. Analisa data dilakukan

sejak peneliti di lapangan, sewaktu pengumpulan data sampai semua data terkumpul. Teknik analisa dapat dilakukan dengan cara mengumpulkan jawaban-jawaban dari penelitian yang diperoleh dari hasil wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah. Berdasarkan observasi dan studi dokumentasi yang dilakukan peneliti didapatkan data untuk selanjutnya dikumpulkan, data yang dikumpulkan tersebut dapat berupa data subjektif dan data objektif. Setelah itu peneliti menegakkan diagnosa keperawatan. lalu menyusun intervensi atau rencana asuhan keperawatan. Kemudian melakukan implementasi atau pelaksanaan serta mengevaluasi asuhan keperawatan yang telah diberikan kepada pasien.

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

1. Gambaran Umum Lokasi Studi Kasus

Studi kasus dilakukan di RSUD Ende yang merupakan rumah sakit milik pemerintah yang berada di jalan Prof. W. Z. Yohanes. RSUD Ende terdiri dari beberapa ruangan yang salah satunya adalah Ruang Penyakit Dalam III dimana ruangan ini merupakan ruangan yang merawat pasien dengan penyakit tidak menular. Ruang Penyakit Dalam III terdiri dari tiga ruangan dengan kapasitas 19 bed yang terdiri dari ruangan kamar A jumlah tujuh bed, Ruang kamar B jumlah tujuh bed dan kamar C jumlah lima bed. Tenaga staf Ruang Penyakit Dalam III sebanyak 19 orang yang terdiri dari 16 orang perawat, satu orang administrasi, dan dua orang cleaning service.

2. Pengkajian Keperawatan (Pada tanggal 15 Mei 2024)

a. Pengumpulan Data

1) Identitas

Pasien berinisial Tn. H.Y usia 48 tahun, pasien beragama islam status pasien sudah menikah, pendidikan terakhir pasien SD, pekerjaan pedagang. Pasien tinggal di Paupanda, pasien masuk rumah sakit pada tanggal 14 Mei 2024 pukul 08.30 Wita dengan diagnosa medis *Congestive Heart Failure* (CHF). Penanggung jawab pasien Ny. H. M usia 51 tahun yang merupakan istri pasien.

2) Status Kesehatan

a) Status Kesehatan Saat Ini

Keluhan Utama

Lelah saat beraktivitas.

Riwayat Keluhan Utama

Pasien mengatakan merasakan lelah saat beraktivitas, pusing, edema pada ekstremitas, nyeri dada dan sesak napas tiga hari yang lalu sebelum diantar ke RS sempat minum obat jantung dari Dokter namun karena tidak membaik diantar keluarga ke IGD pada tanggal 14 Mei 2024.

Alasan Masuk Rumah Sakit dan Perjalanan Penyakit Saat Ini

Pasien mengatakan pernah dirawat tahun lalu karena penyakit jantung dan ini kali ketiganya dirawat dirumah sakit dengan keluhan pusing, lelah saat beraktivitas, sesak napas dan nyeri dada sejak tiga hari yang lalu dan selalu mengonsumsi obat jantung dari dokter jantung secara rutin, karena tidak membaik pasien memutuskan untuk berobat ke RS dan masuk IGD pada tanggal 14 Mei 2024 dan langsung masuk ruang perawatan inap di RPD III.

Upaya yang Dilakukan Untuk Mengatasinya

Pasien mengatakan sempat minum obat jantung dari dokter jantung sebelum diantar ke rumah sakit.

b) Status Kesehatan Masa Lalu

Penyakit Yang Pernah Dialami

Pasien mengatakan sebelumnya pasien mengalami anemia.

Pernah Dirawat

Pasien mengatakan sebelumnya pernah dirawat di RSUD Ende karena penyakit jantungnya setahun yang lalu.

Alergi

Pasien mengatakan tidak mempunyai riwayat alergi obat dan makanan.

Kebiasaan (Merokok/Kopi/Alkohol, Dll)

Pasien mengatakan memiliki kebiasaan minum teh, senang makan gorengan seperti pisang goreng dan merokok bisa satu bungkus dalam sehari namun perlahan mulai dikurangi sejak tahu mengalami penyakit jantung.

c) Riwayat Penyakit Keluarga

Pasien mengatakan keluarganya tidak mempunyai riwayat penyakit *Congestive Heart Failure* (CHF), ataupun hipertensi, DM, dan lainnya.

d) Diagnosa Medis dan Terapi yang Pernah di dapat Sebelumnya

Pasien mengatakan pernah terdiagnosa penyakit anemia dan pernah mendapatkan terapi tranfusi darah sebelumnya.

3) Pola Kebutuhan Dasar

a) Pola Persepsi dan Manajemen Kesehatan

Pasien mengatakan bahwa kesehatan sangat penting, ketika sakit pasien mengonsumsi obat jantung dan selalu mengontrol kesehatan di poli jantung RSUD Ende.

b) Pola Nutrisi-Metabolik

Sebelum sakit pasien mengatakan ia makan 3x sehari dengan porsi makan satu piring dihabiskan, jenis makanan yang dikonsumsi pasien adalah nasi, sayur, ubi, dan ikan, pasien tidak memiliki pantangan apapun dalam mengonsumsi makanan dan pasien biasa minum kurang lebih 2000 cc air. Namun saat sakit pasien mengatakan makan 3x sehari dengan porsi makan dihabiskan, pasien memiliki selera makan yang baik, jenis makanan yang dikonsumsi pasien adalah nasi yang disediakan oleh rumah sakit (nasi, ikan, sayur, telur) dan biasanya pasien minum air hangat dalam sehari kurang lebih 1600 cc

c) Pola Eliminasi

Pasien mengatakan sebelum sakit pasien biasa BAB kurang lebih 2x sehari dengan konsistensi lunak, berwarna kuning, bau khas feces, pasien biasa BAK kurang lebih 3-4x sehari, berwarna kuning, aroma khas urin. Saat sakit pasien mengatakan BAB 2x sehari, konsistensi lunak, warna coklat

tua, bau khas feses dan tidak ada keluhan selama BAB, pasien BAK 4x sehari, berwarna kuning, aroma khas urin dan tidak ada keluhan selama BAK.

d) Pola Aktivitas

Tabel 4.1 Pola 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 (parsial)**,

3: dibantu orang lain dan alat, 4: tergantung total

e) Pola Kognitif dan Persepsi

Pasien masih bisa merespon dengan baik ketika diajak bicara, saat ditanya tentang beberapa hal seperti tanggal lahirnya pasien masih mengingat dengan baik, penglihatan pasien masih jelas.

f) Pola Persepsi-Konsep Diri

Gambaran Diri: Pasien mengatakan menerima kondisinya saat ini.

Harga diri: Pasien mengatakan dirinya berharga bagi dirinya sendiri, keluarga, maupun orang sekitar.

Ideal diri: Pasien mengatakan ingin sembuh dan berkumpul bersama keluarga serta melakukan kembali aktivitas sehari-hari.

Peran diri: Pasien mengatakan ia berperan sebagai kepala keluarga.

Identitas diri: Pasien mengatakan ia adalah seorang laki-laki berumur 48 tahun, dan merupakan seorang suami dan ayah.

g) Pola Tidur dan Istirahat

Sebelum sakit: Pasien mengatakan jarang untuk tidur siang karena harus bekerja dan di malam hari pasien tidur kurang lebih 8 jam dari pukul 21.00 WITA- 05.00 WITA.

Saat Sakit: Pasien mengatakan tidak sulit tidur, pada saat malam hari pasien tidur dari pukul 22.00 WITA-05.00 WITA

h) Pola Peran Hubungan

Pasien mengatakan selama dirawat, hubungan pasien dengan petugas kesehatan baik, sebelum sakit pasien merupakan seorang pedagang dan sangat aktif untuk bersosialisasi dengan masyarakat sekitar.

i) Pola Toleransi Stress-Koping

Pasien mengatakan untuk mengatasi stress-nya pasien biasa bercerita kepada istrinya.

j) Pola Nilai-Kepercayaan

Pasien mengatakan ia beragama islam, sering pergi ibadah ke masjid dan selalu sholat.

4) Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan Umum : Lemah

Tingkat Kesadaran : Composmentis

GCS : 15 (V:5, M:6, E:4)

b) Tanda-Tanda Vital

TD : 110/60 mmHg

Nadi : 106 x/menit

Suhu : 37°

RR : 20 x/menit

SpO₂ : 97%

c) Berat Badan saat ini : 92,3 Kg

Berat badan Sebelumnya : 89 Kg

Tinggi Badan : 150 Cm

IMT : 41,0 (edema)

d) Keadaan Fisik

- Kepala

Inspeksi : Rambut bersih, tidak ada ketombe

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

- Wajah

Inspeksi : Wajah pucat

- Palpasi : Tidak ada nyeri tekan
- Mata
 - Inspeksi : Konjungtiva anemis, sclera tidak ikterik
- Hidung
 - Inspeksi : Simetris
 - Palpasi : Tidak ada nyeri tekan
- Mulut
 - Inspeksi : Membrane mukosa pucat
- Leher
 - Palpasi : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran vena jugularis
- Thorax
 - Inspeksi : Dada tampak simetris, Frekuensi napas 20x/menit, tidak terdapat penggunaan otot bantu pernapasan.
 - Palpasi : Fremitus kiri dan kanan sama
 - Auskultasi : Bronkovesikuler
- Jantung
 - Inspeksi : Iktus kordis tidak terlihat
 - Perkusi : Pekak
 - Auskultasi : Irama jantung irregular
- Abdomen
 - Inspeksi : Tidak terlihat adanya benjolan.

- Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak teraba adanya massa, tidak ada pembesaran hepar dan lien, asites.
- Perkusi : Terdapat bunyi tympani.
- Auskultasi : Peristaltik usus 9x/menit
- Ekstremitas atas

Inspeksi : Tidak ada edema, terpasang infus NaCl 0,9% 8 tpm di tangan kiri

Palpasi : Akral teraba dingin, CRT 4 detik, nadi teraba lemah

 - Ekstremitas bawah

Inspeksi : Terdapat edema

Palpasi : Pitting edema derajat II kedalaman \pm 3 mm dengan waktu kembali 5 detik - Tonus otot : 5 (100%)
 - Keterangan : kekuatan otot normal

5) Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan hasil laboratorium pada tanggal 14 Mei 2024

NATRIUM : 134,4 (nilai normal 135-145 mmol/L)

KALIUM : 4,74 (nilai normal 3,5-5,1 mmol/L)

CHLORIDA : 107,4 (nilai normal 98-106 mmol/L)

APTT : 32,0 (nilai normal 35,5-43,0 detik)

PT : 10,8 (nilai normal 13,0-15,0 detik)

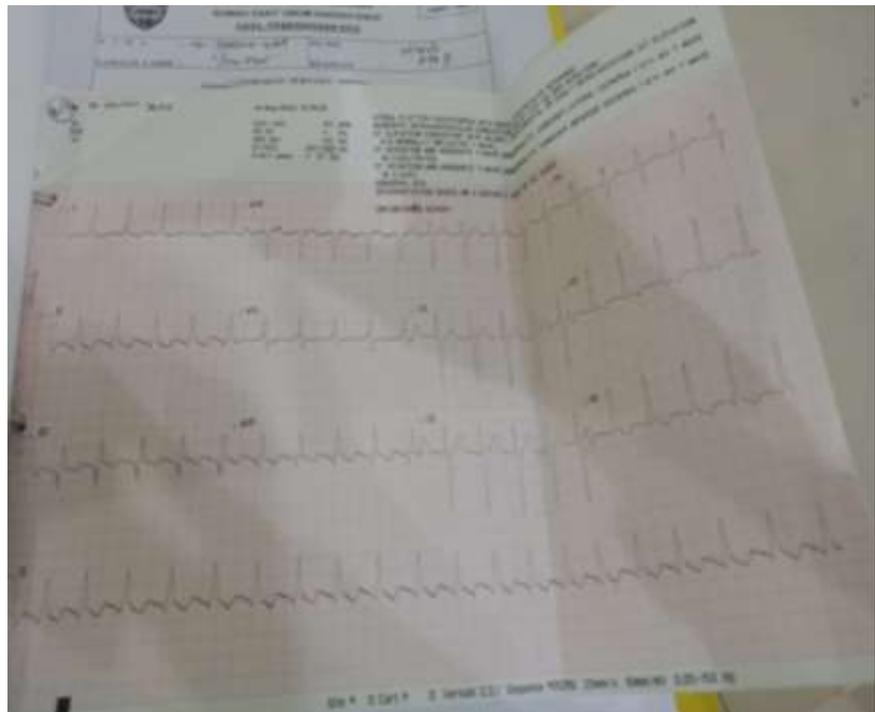
INR : 1,04

WBC : 14.190+ (nilai normal 3.80- 10.60 $10^3\mu\text{L}$)

HGB : 5,4 - (nilai normal 13,2-17,3g/dL)

Hasil Pemeriksaan EKG

Gambar 4.1



Keterangan: Atrial Flutter. Takikardia, ST Deviasi (NSTEMI / Non STEMI)

Penatalaksanaan/Pengobatan

- Furosemide 20 mg/ 24 jam (IV)
- Ceftriaxone 1g/ 12 jam (IV)
- Cefadroxil 1g/12 jam
- Digoxin 1g/32 jam
- Lisinopril dyhidrate 10 mg/24 jam

- Spironolactone 25 mg/24 jam
- Pantoprazole 20 mg/24 jam

b. Tabulasi Data

Pasien mengatakan pusing, lelah saat beraktivitas, edema ekstremitas bawah, mempunyai riwayat penyakit anemia, keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, aktivitas sebagian dibantu orang lain (parsial), wajah pucat, konjungtiva anemis, membrane mukosa pucat, RR: 20 x/menit, nadi teraba lemah, terdapat edema ekstremitas bawah, pitting edema derajat II \pm 3 mm dengan waktu kembali 5 detik, asites, akral teraba dingin, CRT 4 detik, irama jantung ireguler, Na:134,4 mmol/L, K: 4,74 mmol/L, CI: 107,4 mmol/L, APTT: 32,0 detik, PT: 10,8 detik, INR: 1,04, WBC: 14.190 μ L, HGB: 5,4 g/dL, Takikardia, ST Deviasi (NSTEMI / Non STEMI), TD: 110/60 mmHg, Nadi: 106 x/menit, Suhu: 37^o, RR: 20 x/menit, SpO₂: 97%, peningkatan berat badan sebesar 3,3 Kg, IMT: 41,0 (edema).

c. Klasifikasi Data

Data subjektif: Pasien mengatakan pusing, lelah saat beraktivitas, edema ekstremitas bawah, mempunyai riwayat penyakit anemia.

Data objektif: keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, aktivitas sebagian dibantu orang lain (parsial), wajah pucat, konjungtiva anemis, membrane mukosa pucat, RR: 20 x/menit, nadi teraba lemah, terdapat edema ekstremitas bawah, pitting edema derajat II \pm 3 mm dengan waktu kembali 5 detik, asites, akral teraba dingin,

CRT 4 detik, irama jantung ireguler, Na:134,4 mmol/L, K: 4,74 mmol/L, CI: 107,4 mmol/L, APTT: 32,0 detik, PT: 10,8 detik, INR: 1,04, WBC: 14.190 μ L, HGB: 5,4 g/dL, Takikardia, ST Deviasi (NSTEMI / Non STEMI), TD: 110/60 mmHg, Nadi: 106 x/menit, Suhu: 37^o, RR: 20 x/menit, SpO₂: 97%, terjadi peningkatan berat badan sebesar 3,3 Kg, IMT: 41,0 (edema).

d. Analisa Data

Tabel 1.2 Analisa Data

Sign/symptom	Etiologi	Problem
DS: pasien mengatakan cepat lelah saat beraktivitas	Perubahan	Penurunan
DO: nadi teraba lemah, edema pada ekstremitas bawah, pitting edema derajat II kedalaman \pm 3 mm dengan waktu kembali 5 detik, asites, TD: 110/60 mmHg, Nadi: 106 x/menit, Takikardia, ST Deviasi (NSTEMI / Non STEMI).	afterload	curah jantung
DS: pasien mengatakan pusing, mempunyai riwayat penyakit anemia	Penurunan aliran arteri dan/vena	Perfusi perifer tidak efektif
DO: wajah pucat, konjungtiva anemis, membrane mukosa pucat, akral teraba dingin, CRT 4 detik, APTT: 32,0 detik, PT: 10,8 detik, INR: 1,04, HGB: 5,4 g/dL, TD: 110/60 mmHg, Nadi: 106 x/menit, Suhu: 37 ^o C, RR: 20 x/menit, SpO ₂ : 97%.		
DS: pasien mengatakan BB sebelumnya 89 Kg	Gangguan	Hipervolemia
DO: nadi teraba lemah, terjadi peningkatan berat badan sebesar 3,3 Kg, IMT: 41,0 (edema), edema ekstremitas bawah, pitting edema derajat II kedalaman	mekanisme regulasi	

±3 mm dengan waktu kembali 5 detik, asites, TD:

110/60 mmHg, Nadi: 106 x/menit.

DS: pasien mengatakan lelah saat beraktivitas	Kelemahan	Intoleransi
DO: aktivitas Sebagian dibantu orang lain (parsial),		aktivitas
RR: 20 x/menit, Na:134,4 mmol/L, HGB: 5,4 g/dL,		
TD: 110/60 mmHg, Nadi: 106 x/menit, Suhu: 37°C		

3. Diagnosa Keperawatan

- a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload ditandai dengan

DS: pasien mengatakan cepat lelah saat beraktivitas

DO: nadi teraba lemah, edema pada ekstremitas bawah, pitting edema derajat II kedalaman ±3 mm dengan waktu kembali 5 detik, asites, TD: 110/60 mmHg, Nadi: 106 x/menit, Takikardia, ST Deviasi (NSTEMI / Non STEMI).

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

DS: pasien mengatakan pusing, mempunyai riwayat penyakit anemia

DO: wajah pucat, konjungtiva anemis, membrane mukosa pucat, akral teraba dingin, CRT 4 detik, APTT: 32,0 detik, PT: 10,8 detik, INR: 1,04, HGB: 5,4 g/dL, TD: 110/60 mmHg, Nadi: 106 x/menit, Suhu: 37°, RR: 20 x/menit, SpO₂: 97%.

- c. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi ditandai dengan

DS: pasien mengatakan BB sebelumnya 89 Kg

DO: nadi teraba lemah, terjadi peningkatan berat badan sebesar 3,3 Kg, IMT: 41,0 (edema), edema ekstremitas bawah, pitting edema derajat II kedalaman ± 3 mm dengan waktu kembali 5 detik, asites, TD: 110/60 mmHg, Nadi: 106 x/menit.

d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan

DS: pasien mengatakan lelah saat beraktivitas

DO: aktivitas Sebagian dibantu orang lain (parsial), RR: 20 x/menit, Na: 134,4 mmol/L, HGB: 5,4 g/dL, TD: 110/60 mmHg, Nadi: 106 x/menit, Suhu: 37°

Prioritas Masalah

- 1) Penurunan curah jantung
- 2) Perfusi perifer tidak efektif
- 3) Hipervolemia
- 4) Intoleransi aktivitas

4. Intervensi Keperawatan

a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload ditandai dengan

DS: pasien mengatakan cepat lelah saat beraktivitas

DO: nadi teraba lemah, edema pada ekstremitas bawah, pitting edema derajat II kedalaman ± 3 mm dengan waktu kembali 5 detik, asites, TD: 110/60 mmHg, Nadi: 106 x/menit, Takikardia, ST Deviasi (NSTEMI / Non STEMI).

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan penurunan curah jantung dapat teratasi dengan kriteria hasil:

- 1) Kekuatan nadi perifer meningkat
- 2) Takikardia menurun
- 3) Gambaran EKG atritmia menurun
- 4) Lelah menurun
- 5) Edema menurun
- 6) Pucat menurun
- 7) Tekanan darah membaik

Intervensi (Perawatan jantung)

Observasi

- 1) Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, paroxysmal nocturnal dyspnea, peningkatan CVP)
- 2) Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi peningkatan berat badan, hepatomegali, distensi vena jugularis, palpitasi, ronkhi basah, oliguria, batuk, kulit pucat)
- 3) Monitor tekanan darah (termasuk tekanan darah ortostatik, jika perlu)
- 4) Monitor saturasi oksigen
- 5) Monitor keluhan nyeri dada (misalnya intensitas, lokasi, radiasi, durasi, presivitasi yang mengurangi nyeri)

6) Periksa tekanan darah dan nadi sebelum pemberian obat (misalnya beta blocker, ACE inhibitor, calcium channel blocker, digoxin)

Terapeutik

- 1) Posisikan semi-fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman
- 2) Fasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup sehat

Edukasi

- 1) Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi
- 2) Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap
- 3) Anjurkan berhenti merokok

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu

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

DS: pasien mengatakan pusing, mempunyai riwayat penyakit anemia

DO: wajah pucat, konjungtiva anemis, membrane mukosa pucat, akral teraba dingin, CRT 4 detik, APTT: 32,0 detik, PT: 10,8 detik, INR: 1,04, HGB: 5,4 g/dL, TD: 110/60 mmHg, Nadi: 106 x/menit, Suhu: 37°, RR:20 x/menit, SpO₂: 97%.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan Resiko perfusi perifer tidak efektif dapat teratasi dengan kriteria hasil:

- 1) Denyut nadi perifer meningkat
- 2) Warna kulit pucat menurun
- 3) Edema perifer menurun
- 4) CRT membaik

Intervensi (Perawatan Sirkulasi)

Observasi

- 1) Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu)
- 2) Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (mis. Diabetes, perokok, orangtua, hipertensi, dan kadar kolesterol tinggi)
- 3) Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas

Terapeutik

- 1) Lakukan hidrasi

Edukasi

- 1) Anjurkan berhenti merokok
- 2) Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoaglan, dan penurun kolesterol, jika perlu

- c. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi ditandai dengan

DS: pasien mengatakan BB sebelumnya 89 Kg

DO: nadi teraba lemah, terjadi peningkatan berat badan sebesar 3,3

Kg, IMT: 41,0 (edema), edema ekstremitas bawah, pitting edema

derajat II kedalaman ± 3 mm dengan waktu kembali 5 detik, asites,
TD: 110/60 mmHg, Nadi: 106 x/menit.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan hipervolemia dapat teratasi dengan kriteria hasil:

- 1) Kekuatan nadi meningkat
- 2) Output urine meningkat
- 3) Edema menurun
- 4) Frekuensi nadi membaik

Intervensi (Manajemen Hipervolemia)

Observasi

- 1) Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis. Ortopnea, dispnea, edema, suara napas tambahan)
- 2) Identifikasi penyebab hipervolemia
- 3) Monitor status hemodinamik (mis. Frekuensi jantung, tekanan darah), jika perlu
- 4) Monitor intake dan output cairan

Terapeutik

- 1) Batasi asupan cairan dan garam
- 2) Tinggikan kepala tempat tidur 30-40°

Edukasi

- 1) Ajarkan cara membatasi cairan

Kolaborasi

1) Kolaborasi pemberian deuretik

d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan

DS: pasien mengatakan lelah saat beraktivitas

DO: aktivitas Sebagian dibantu orang lain (parsial), RR: 20 x/menit,

Na:134,4 mmol/L, HGB: 5,4 g/dL, TD: 110/60 mmHg, Nadi: 106

x/menit, Suhu: 37°

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan

intoleransi aktivitas dapat teratasi dengan kriteria hasil:

1) Frekuensi nadi meningkat

2) Saturasi oksigen meningkat

3) Keluhan lelah menurun

4) Warna kulit membaik

5) Tekanan darah membaik

Intervensi (Manajemen Energi)

Observasi

1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan

2) Monitor kelelahan fisik dan mental

3) Monitor pola dan jam tidur

Terapeutik

1) Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis.

Cahaya, suara, pengunjung)

Edukasi

- 1) Anjurkan tirah baring
- 2) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap

5. Implementasi Keperawatan

Implementasi pada Tn. H.Y dilakukan selama tiga hari pada tanggal 15-17 Mei 2024. Implementasi dilakukan sesuai dengan masing-masing diagnosa keperawatan.

a. Implementasi hari pertama pada tanggal 15 Mei 2024

- 1) Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload ditandai dengan

DS: pasien mengatakan cepat lelah saat beraktivitas

DO: nadi teraba lemah, edema pada ekstremitas bawah, pitting edema derajat II kedalaman ± 3 mm dengan waktu kembali 5 detik, asites, TD: 110/60 mmHg, Nadi: 106 x/menit, Takikardia, ST Deviasi (NSTEMI / Non STEMI).

Jam 07.00 Mengukur vital sign (Hasil: 110/60 mmHg, Nadi;106 x/menit, RR: 20 x/menit, Suhu: 37°C, SpO₂: 97%)

Jam 07.30 Mengidentifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, paroxysmal nocturnal dyspnea) (Hasil: pasien mengatakan tidak sesak napas, masih merasa lelah, edema ekstremitas bawah, tidak sesak saat berbaring, tidak sesak saat sedang tidur)

Jam 08.00 Mengidentifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi peningkatan berat badan, hepatomegali, distensi vena jugularis, palpitasi, ronchi basah, oliguria, batuk, kulit pucat) (Hasil: terjadi peningkatan BB sebanyak 3,3 Kg, tidak ada hepatomegaly, tidak ada distensi vena jugularis, tidak ada palpitasi, tidak ada bunyi napas ronchi basah, tidak oliguria, tidak batuk, kulit pucat)

Jam 08.30 Memonitor tekanan darah (termasuk tekanan darah ortostatik, jika perlu) (Hasil: TD: 110/60 mmHg)

Jam 09.00 Memonitor saturasi oksigen (Hasil: SpO₂: 97%)

Jam 09.30 Memonitor keluhan nyeri dada (misalnya intensitas, lokasi, radiasi, durasi, presivitasi yang mengurangi nyeri) (Hasil: pasien mengatakan tidak nyeri dada)

Jam 09.40 Memeriksa tekanan darah dan nadi sebelum pemberian obat (misalnya beta blocker, ACE incubator, calcium channel bloker, digoksin) (Hasil: TD: 110/60 mmHg)

Jam 10.00 Memposisikan semi-fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman (Hasil: pasien tampak nyaman dengan posisi semi-fowler)

Jam 10.20 Memfasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup sehat (Hasil: Pasien mulai membiasakan diri untuk tidak merokok)

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

DS: pasien mengatakan pusing, mempunyai riwayat penyakit anemia

DO: wajah pucat, konjungtiva anemis, membrane mukosa pucat, akral teraba dingin, CRT 4 detik, APTT: 32,0 detik, PT: 10,8 detik, INR: 1,04, HGB: 5,4 g/dL, TD: 110/60 mmHg, Nadi: 106 x/menit, Suhu: 37°, RR: 20 x/menit, SpO₂: 97%.

Jam 07.00 Mengukur vital sign (Hasil: TD:110/60 mmHg, Nadi;106 x/menit, RR: 20 x/menit, Suhu: 37°, SpO₂: 97%)

Jam 08.00 Memeriksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu) (Hasil: nadi perifer teraba lemah, edema pada ekstremitas bawah, CRT 4 detik, warna pucat, suhu:37°)

Jam 09.00 Mengidentifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (mis. Diabetes, perokok, orangtua, hipertensi, dan kadar kolesterol tinggi) (Hasil: pasien merupakan perokok aktif, dan mempunyai Riwayat kolesterol tinggi)

Jam 10.00 Memonitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas (Hasil: suhu: 37° hangat, tidak ada kemerahan, tidak ada nyeri pada ekstremitas bawah yang bengkak)

Jam 10.30 Melakukan hidrasi (Hasil: pasien minum air hangat sesuai kebutuhan)

3) Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi ditandai dengan

DS: pasien mengatakan BB sebelumnya 89 Kg

DO: nadi teraba lemah, terjadi peningkatan berat badan sebesar 3,3 Kg, IMT: 41,0 (edema), edema ekstremitas bawah, pitting edema derajat II kedalaman ± 3 mm dengan waktu kembali 5 detik, asites, TD: 110/60 mmHg, Nadi: 106 x/menit.

Jam 07.00 Mengukur vital sign (Hasil: TD:110/60 mmHg, Nadi;106 x/menit, RR: 20 x/menit, Suhu: 37°, SpO₂: 97%)

Jam 07.30 Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia (mis. Ortopnea, dispnea, edema, suara napas tambahan) (Hasil: pasien mengatakan tidak sesak napas saat duduk maupun saat berbaring, edema ekstremitas bawah, tidak ada suara napas tambahan)

Jam 08.00 Mengidentifikasi penyebab hipervolemia (Hasil: kelebihan cairan yang ditandai dengan adanya edema pada ekstremitas dan terjadi kenaikan BB disebabkan karena penyakit CHF yang diderita pasien)

Jam 08.30 Memonitor status hemodinamik (mis. Frekuensi jantung, tekanan darah), jika perlu (Hasil: TD:110/60 mmHg, Nadi;106 x/menit)

Jam 09.30 Memonitor intake dan output cairan (Hasil: intake: infus NaCl 0,9% 168cc, air putih 250cc, sayur 10cc, injeksi obat

furosemide 2cc, total intake: 422cc output: urine: 300cc, 422-300=122cc)

Jam 10.00 Membatasi asupan cairan dan garam (Hasil: infus NaCl 0,9% 8 tpm)

Jam 10.30 Meninggikan kepala tempat tidur 30-40° (Hasil: pasien nyaman berbaring dengan posisi kepala tempat tidur 30°)

4) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan

DS: pasien mengatakan lelah saat beraktivitas

DO: aktivitas Sebagian dibantu orang lain (parsial), RR: 20 x/menit, Na:134,4 mmol/L, HGB: 5,4 g/dL, TD: 110/60 mmHg, Nadi: 106 x/menit, Suhu: 37°

Jam 07.00 Mengukur vital sign (Hasil: TD: 110/60 mmHg, Nadi;106 x/menit, RR: 20 x/menit, Suhu: 37°, SpO₂: 97%)

Jam 09.00 Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan (Hasil: edema pada ekstremitas menyebabkan obesitas sehingga terjadi kelelahan)

Jam 10.00 Memonitor kelelahan fisik dan mental (Hasil: pasien mengatakan tubuh terasa lelah saat beraktivitas)

Jam 11.00 Memonitor pola dan jam tidur (Hasil: pasien tidur 8 jam di malam hari dan merasa puas)

Jam 12.00 Menyediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, pengunjung) (Hasil: membatasi

pengunjung, meminta istri dan anak pasien untuk ngobrol diluar ruangan saat pasien istirahat, mematikan lampu dan menutup tirai tempat tidur pasien)

b. Implementasi hari kedua pada tanggal 16 Mei 2024

1) Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload ditandai dengan

DS: pasien mengatakan cepat lelah saat beraktivitas

DO: nadi teraba lemah, edema pada ekstremitas bawah, pitting edema derajat II kedalaman ± 3 mm dengan waktu kembali 5 detik, asites, TD: 110/60 mmHg, Nadi: 106 x/menit, Takikardia, ST Deviasi (NSTEMI / Non STEMI).

Jam 07.00 Mengukur vital sign (Hasil: TD: 100/70 mmHg, Nadi;100 x/menit, RR: 21 x/menit, Suhu: 36,5^o, SpO₂: 98%)

Jam 08.00 Memposisikan semi-fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman (Hasil: pasien mengatakan nyaman dengan posisi semi-fowler)

Jam 09.00 Memfasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup sehat (Hasil: pasien mengatakan akan mengatikan kebiasaan merokok dengan makan permen saja)

Jam 10.00 Menganjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi (Hasil: pasien mengatakan banyak duduk di tempat tidur dan hanya sesekali ke toilet)

Jam 10.30 Menganjurkan beraktivitas fisik secara bertahap (Hasil: pasien mengatakan mulai perlahan berjalan ke toilet secara mandiri)

Jam 10.40 Menganjurkan berhenti merokok (Hasil: pasien setuju untuk berhenti merokok mulai saat ini demi kesehatannya)

Jam 11.00 Berkolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu (Hasil: pemberian obat Digoxin 1g/ 23 jam)

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

DS: pasien mengatakan pusing, mempunyai riwayat penyakit anemia

DO: wajah pucat, konjungtiva anemis, membrane mukosa pucat, akral teraba dingin, CRT 4 detik, APTT: 32,0 detik, PT: 10,8 detik, INR: 1,04, HGB: 5,4 g/dL, TD: 110/60 mmHg, Nadi: 106 x/menit, Suhu: 37°, RR: 20 x/menit, SpO₂: 97%.

Jam 07.00 Mengukur vital sign (Hasil:TD: 100/70 mmHg, Nadi;100 x/menit, RR: 21 x/menit, Suhu: 36,5°, SpO₂: 98%)

Jam 08.00 Memonitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas (Hasil: suhu: 36,5° tidak panas, tidak ada nyeri pada ekstremitas bawah yang edema)

Jam 09.00 Melakukan hidrasi (Hasil: pasien minum air mineral secukupnya)

Jam 10.00 Menganjurkan berhenti merokok (Hasil: pasien mengatakan mulai saat ini akan berhenti merokok untuk kesehatannya)

Jam 11.00 Menganjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoaglan, dan penurun kolesterol, jika perlu (Hasil: memberikan obat lisinopril dyhidrate 10 mg/24 jam)

3) Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi ditandai dengan

DS: pasien mengatakan BB sebelumnya 89 Kg

DO: nadi teraba lemah, terjadi peningkatan berat badan sebesar 3,3 Kg, IMT: 41,0 (edema), edema ekstremitas bawah, pitting edema derajat II kedalaman ± 3 mm dengan waktu kembali 5 detik, asites, TD: 110/60 mmHg, Nadi: 106 x/menit.

Jam 07.00 Mengukur vital sign (Hasil: TD: 100/70 mmHg, Nadi;100 x/menit, RR: 21 x/menit, Suhu: 36,5°, SpO₂: 98%)

Jam 08.00 Memonitor intake dan output cairan (Hasil: Intake: infus NaCl 0,9% 168cc, air putih 250cc, susu 50cc, sayur 10cc, injeksi obat furosemide 2cc, total intake: 480cc output: urine 300cc, 480-300= 180cc)

Jam 09.00 Membatasi asupan cairan dan garam (Hasil: infus NaCl 0,9% 8 tpm)

Jam 10.00 Meninggikan kepala tempat tidur 30-40° (Hasil: pasien mengatakan nyaman dengan posisi kepala tempat tidur 30°)

Jam 11.00 Mengajarkan cara membatasi cairan (Hasil: pasien mengurangi minum air dan minum air secukupnya)

Jam 11.00 Berkolaborasi pemberian deuretik (Hasil: menginjeksi furosemide 1x2mg/IV)

4) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan

DS: pasien mengatakan lelah saat beraktivitas

DO: aktivitas Sebagian dibantu orang lain (parsial), RR: 20 x/menit, Na: 134,4 mmol/L, HGB: 5,4 g/dL, TD: 110/60 mmHg, Nadi: 106 x/menit, Suhu: 37°

Jam 07.00 Mengukur vital sign (Hasil: TD: 100/70 mmHg, Nadi: 100 x/menit, RR: 21 x/menit, Suhu: 36,5°, SpO₂: 98%)

Jam 08.00 Memonitor pola dan jam tidur (Hasil: pasien mengatakan tidur 8 jam dan merasa puas ketika bangun)

Jam 09.00 Menyediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, pengunjung) (Hasil: membatasi pengunjung dan meminta istri dan anak pasien untuk tidak mengajak pasien ngobrol saat jam tidur pasien)

Jam 10.00 Menganjurkan tirah baring (Hasil: pasien lebih banyak berbaring dan melakukan aktivitasnya ditempat tidur kecuali BAB dan BAK)

Jam 11.00 Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap
(Hasil: pasien mengatakan sudah mampu berjalan ke toilet secara
mandiri perlahan-lahan)

6. Evaluasi Keperawatan

a. Evaluasi hari pertama

Diagnosa 1

S: pasien mengatakan lelah ketika beraktivitas, O: nadi teraba lemah, edema pada ekstremitas bawah, pitting edema derajat II kedalaman ± 3 mm dengan waktu kembali 5 detik, TD: 100/60 mmHg, Nadi: 122 x/menit, A: masalah penurunan curah jantung belum teratasi, P: intervensi dilanjutkan.

Diagnosa ke-2

S: pasien mengatakan pusing, O: wajah pucat, konjungtiva anemis, membrane mukosa pucat, akral teraba dingin, CRT 4 detik, TD: 100/60 mmHg, Nadi: 122 x/menit, Suhu: 36° , RR: 20 x/menit, SpO₂: 98%, A: masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi, P: intervensi dilanjutkan.

Diagnosa ke-3

S: pasien mengatakan kedua kaki bengkak, O: nadi teraba lemah, terjadi peningkatan BB sebanyak 3,3 Kg, edema ekstremitas bawah, pitting edema derajat II kedalaman ± 3 mm dengan waktu kembali 5 detik, TD: 100/60 mmHg, Nadi: 122 x/menit, A: masalah hipervolemia belum teratasi, P: intervensi dilanjutkan.

Diagnosa ke-4

S: pasien mengatakan lelah saat beraktivitas, O: aktivitas dibantu oleh istrinya, TD: 100/60 mmHg, Nadi: 122 x/menit, Suhu: 36^o, RR: 20 x/menit, SpO₂: 98%, A: masalah intoleransi aktivitas belum teratasi, P: intervensi dilanjutkan.

b. Evaluasi hari kedua

Diagnosa 1

S: pasien mengatakan lelah ketika beraktivitas berkurang, O: nadi teraba sedang, edema pada ekstremitas bawah menurun, pitting edema derajat I kedalaman ±2 mm dengan waktu kembali 3 detik, TD: 110/80 mmHg, Nadi: 102 x/menit, A: masalah penurunan curah jantung sebagian teratasi, P: intervensi dilanjutkan.

Diagnosa ke-2

S: pasien mengatakan pusing berkurang, O: wajah pucat, konjungtiva anemis, membrane mukosa pucat, akral teraba hangat, CRT 4 detik, TD: 110/80 mmHg, Nadi: 102 x/menit, Suhu: 36,8^o, RR: 22 x/menit, SpO₂: 98%, A: masalah perfusi perifer tidak efektif sebagian teratasi, P: intervensi dilanjutkan.

Diagnosa ke-3

S: pasien mengatakan sering BAK, O: nadi teraba sedang, edema ekstremitas bawah menurun, pitting edema derajat I kedalaman ±2 mm dengan waktu kembali 3 detik, TD: 110/80 mmHg, Nadi: 102

x/menit, A: masalah hipervolemia sebagian teratasi, P: intervensi dilanjutkan.

Diagnosa ke-4

S: pasien mengatakan lelah saat beraktivitas berkurang, O: aktivitas dilakukan mandiri secara perlahan-lahan, TD: 110/80 mmHg, Nadi: 102 x/menit, Suhu: 36,8°, RR: 22 x/menit, SpO₂: 98%, A: masalah intoleransi aktivitas sebagian teratasi, P: intervensi dilanjutkan.

7. Catatan Perkembangan

Catatan perkembangan dilakukan pada tanggal 17 Mei 2024.

Diagnosa 1

S: pasien mengatakan lelah ketika beraktivitas

O: nadi teraba sedang, edema pada ekstremitas bawah menurun, pitting edema derajat I kedalaman ± 2 mm dengan waktu kembali 3 detik, TD: 120/70 mmHg, Nadi: 89 x/menit

A: masalah penurunan curah jantung sebagian teratasi

P: intervensi dilanjutkan

I: Jam 07.00 Mengukur vital sign (Hasil:TD: 100/70 mmHg, Nadi;100 x/menit, RR: 21 x/menit, Suhu: 36,5°, SpO₂: 98%)

Jam 08.00 Memonitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas (Hasil: suhu: 36,5° tidak panas, tidak ada nyeri pada ekstremitas bawah yang edema)

Jam 09.00 Melakukan hidrasi (Hasil: pasien minum air mineral secukupnya)

Jam 10.00 Menganjurkan berhenti merokok (Hasil: pasien mengatakan mulai saat ini akan berhenti merokok untuk kesehatannya)

Jam 11.00 Menganjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoaglan, dan penurun kolesterol, jika perlu (Hasil: memberikan obat lisinopril dyhidrate 10 mg/24 jam)

E: jam 13.00 pasien mengatakan lelah ketika beraktivitas, nadi teraba sedang, edema pada ekstremitas bawah menurun, pitting edema derajat I kedalaman ± 2 mm dengan waktu kembali 3 detik, TD: 120/70 mmHg, Nadi: 89 x/menit, masalah penurunan curah jantung sebagian teratasi, intervensi dipertahankan.

Diagnosa ke-2

S: pasien mengatakan tidak pusing

O: wajah pucat, konjungtiva anemis, membrane mukosa pucat, akral teraba hangat, CRT 4 detik, TD: 120/70 mmHg, Nadi: 89 x/menit, Suhu: 36,4^o, RR: 22 x/menit, SpO₂: 98%

A: masalah perfusi perifer tidak efektif sebagian teratasi

P: intervensi dilanjutkan.

I: Jam 07.00 Mengukur vital sign (Hasil:TD: 100/70 mmHg, Nadi;100 x/menit, RR: 21 x/menit, Suhu: 36,5^o, SpO₂: 98%)

Jam 08.00 Memonitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas (Hasil: suhu: 36,5^o tidak panas, tidak ada nyeri pada ekstremitas bawah yang edema)

Jam 09.00 Melakukan hidrasi (Hasil: pasien minum air mineral secukupnya)

Jam 10.00 Menganjurkan berhenti merokok (Hasil: pasien mengatakan mulai saat ini akan berhenti merokok untuk kesehatannya)

Jam 11.00 Menganjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoaglan, dan penurun kolesterol, jika perlu (Hasil:

E: jam 13.00 pasien mengatakan tidak pusing, wajah pucat, konjungtiva anemis, membrane mukosa pucat, akral teraba hangat, CRT 4 detik, TD: 120/70 mmHg, Nadi: 89 x/menit, Suhu: 36,4°C, RR: 22 x/menit, SpO₂: 98%, masalah perfusi perifer tidak efektif sebagian teratasi, intervensi dipertahankan.

Diagnosa ke-3

S: pasien mengatakan sering BAK

O: nadi teraba sedang, edema ekstremitas bawah menurun, pitting edema derajat I kedalaman ± 2 mm dengan waktu kembali 3 detik, TD: 120/70 mmHg, Nadi: 89 x/menit

A: masalah hipervolemia sebagian teratasi

P: intervensi dilanjutkan

I: Jam 07.00 Mengukur vital sign (Hasil: TD: 100/70 mmHg, Nadi;100 x/menit, RR: 21 x/menit, Suhu: 36,5°, SpO₂: 98%)

Jam 08.00 Memonitor intake dan output cairan (Hasil: intake: infus NaCl 0,9% 168cc, air putih 250cc, sayur 10cc, injeksi obat furosemide 2cc, total intake: 422cc output: urine: 300cc, $422-300=122$ cc)

Jam 09.00 Membatasi asupan cairan dan garam (Hasil: infus NaCl 0,9% 8 tpm)

Jam 10.00 Meninggikan kepala tempat tidur $30-40^{\circ}$ (Hasil: pasien mengatakan nyaman dengan posisi kepala tempat tidur 30°)

Jam 11.00 Mengajarkan cara membatasi cairan (Hasil: pasien mengurangi minum air dan minum air secukupnya)

Jam 11.00 Berkolaborasi pemberian deuretik (Hasil: menginjeksi furosemide 1×2 mg/IV)

E: jam 13.00 pasien mengatakan sering BAK, nadi teraba sedang, edema ekstremitas bawah menurun, pitting edema derajat I kedalaman ± 2 mm dengan waktu kembali 3 detik, TD: 120/70 mmHg, Nadi: 89 x/menit, masalah hipervolemia sebagian teratasi, intervensi dipertahankan.

Diagnosa ke-4

S: pasien mengatakan lelah saat beraktivitas berkurang

O: aktivitas dilakukan secara mandiri perlahan-lahan, TD: 120/670 mmHg, Nadi: 89 x/menit, Suhu: $36,4^{\circ}$, RR: 22 x/menit, SpO₂: 98%

A: masalah intoleransi aktivitas sebagian teratasi

P: intervensi dilanjutkan

I: Jam 07.00 Mengukur vital sign (Hasil: TD:100/70 mmHg, Nadi;100 x/menit, RR: 21 x/menit, Suhu: 36,5°, SpO₂: 98%)

Jam 08.00 Memonitor pola dan jam tidur (Hasil: pasien mengatakan tidur 8 jam dan merasa puas ketika bangun)

Jam 09.00 Menyediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, pengunjung) (Hasil: membatasi pengunjung dan meminta istri dan anak pasien untuk tidak mengajak pasien ngobrol saat jam tidur pasien)

Jam 10.00 Menganjurkan tirah baring (Hasil: pasien lebih banyak berbaring dan melakukan aktivitasnya ditempat tidur kecuali BAB dan BAK)

Jam 11.00 Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap (Hasil: pasien mengatakan sudah mampu berjalan ke toilet secara mandiri perlahan-lahan)

E: jam 13.00 pasien mengatakan lelah saat beraktivitas berkurang, aktivitas dilakukan secara mandiri perlahan-lahan, TD: 120/670 mmHg, Nadi: 89 x/menit, Suhu: 36,4°C, RR: 22 x/menit, SpO₂: 98%, masalah intoleransi aktivitas sebagian teratasi, intervensi dipertahankan.

B. Pembahasan

Pembahasan merupakan penjelasan rinci hasil studi kasus sesuai dengan tujuan studi kasus dikaitkan dengan konsep teori dan hasil studi kasus sebelumnya. Pada pembahasan ini akan membahas kesenjangan antara teori dengan kasus asuhan keperawatan pada Tn. H. Y dengan penyakit *Congestive*

Heart Failure (CHF) yang telah dilakukan pada tanggal 15-17 Mei 2024 di ruangan RPD III RSUD Ende.

1. Pengkajian keperawatan

Pengkajian keperawatan pada kasus ini dilakukan pada tanggal 15 Mei 2024 jam 08.30 wita. Hasil dari pengkajian tersebut: Pasien berinisial Tn. H.Y usia 48 tahun, pekerjaan pedagang ikan yang sering mengangkat box ikan besar dan berat setiap harinya untuk dijual. Pasien tinggal di Paupanda, pasien masuk rumah sakit pada tanggal 14 Mei 2024 dengan diagnosa medis *Congestive Heart Failure* (CHF). Pasien mengatakan lelah saat beraktivitas dan pusing sedangkan pada teori keluhan utama yang akan muncul pada pasien dengan CHF yaitu sesak saat bekerja, dispnea nocturnal paroksimal, ortopnea, lelah, pusing, nyeri dada, edema ekstremitas bawah, nafsu makan menurun, nausea, distensi abdomen, urine menurun. Untuk keluhan lainnya sesak saat bekerja, dispnea nocturnal paroksimal, ortopnea, nyeri dada tidak dirasakan oleh Tn. H. Y saat dilakukan pengkajian namun pasien mengatakan bahwa tiga hari yang lalu sebelum MRS pasien mengalami sesak napas dan nyeri dada. Berdasarkan data yang ditemukan saat pengkajian dapat disimpulkan bahwa penyakit *Congestive Heart Failure* (CHF) yang diderita oleh Tn. H. Y diklasifikasikan sebagai Kelas II menurut *New York Heart Association* (NYHA) dimana terdapat sedikit pembatasan aktivitas fisik namun tidak terdapat keluhan pada saat

istirahat, tetapi aktivitas fisik ringan menyebabkan kelelahan dan sesak napas.

Penurunan kadar hemoglobin biasanya menyebabkan pusing pada pasien CHF. Ini disebabkan oleh fakta bahwa salah satu karakteristik utama gagal jantung kongestif adalah gangguan metabolisme energi, yang berarti jantung mengalami kekurangan energi. Produksi energi bergantung pada pengiriman oksigen melalui hemoglobin (Hb), dan peningkatan kadar Hb pada kardiomyosit juga dapat terjadi. Pasien CHF sering mengalami anemia, meskipun angka pastinya bervariasi. Namun, hal ini menunjukkan bahwa dengan kelebihan volume, konsentrasi Hb dan kandungan oksigen mungkin menurun meskipun massa sel darah merah tetap stabil. Pasien mengalami sesak napas, denyut jantung yang cepat, pusing, pingsan, dan kelelahan. Akibatnya, ada korelasi kuat antara tingkat klinis CHF dan anemia (Alexandrakis dan Tsirakis, 2012). Kelelahan fisik pada pasien CHF dapat disebabkan oleh kaheksia jantung dan malnutrisi yang menyertai tahap metabolisme pada pasien dengan penyakit parah (Borges, 2018).

Pada riwayat penyakit keluarga pasien mengatakan keluarganya tidak mempunyai riwayat penyakit *Congestive Heart Failure* (CHF), ataupun hipertensi, DM, dan lainnya namun pasien memiliki kebiasaan merokok bisa satu bungkus untuk sehari, senang makan gorengan seperti pisang goreng dan minum teh.

Pada teori pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada pasien CHF yaitu Foto thorax, EKG, Blood Urea Nitrogen (BUN), sedangkan pada kasus hanya didapatkan 2 pemeriksaan penunjang yaitu EKG dengan hasil Takikardia, ST Deviasi (NSTEMI / Non STEMI) dan pemeriksaan laboratorium yang dilakukan pada tanggal 14 Mei 2024 dengan hasil: Natrium: 134,4 mmol/L, Kalium: 4,74 mmol/L, Chlorida: 107,4 mmol/L, APTT: 32,0 detik, PT: 10,8 detik, INR: 1,04, WBC: 14.190 μ L, HGB: 5,4 g/dL.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan penelitian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan pada pasien CHF pada teori yang disesuaikan dengan SDKI yaitu: Gangguan pertukaran gas, pola nafas tidak efektif, penurunan curah jantung, nyeri akut, hipervolemia, perfusi perifer tidak efektif, intoleransi aktivitas, ansietas, defisit nutrisi, dan resiko gangguan integritas kulit, sedangkan pada kasus diagnosa keperawatan yang didapat dari data hasil pengkajian dan hasil pemeriksaan penunjang seperti pemeriksaan laboratorium ditemukan empat masalah keperawatan yang ditegakkan sesuai dengan SDKI yaitu penurunan curah jantung, perfusi perifer tidak efektif, hipervolemia, dan intoleransi aktivitas.

Pada diagnosa keperawatan terdapat kesenjangan antara teori dan juga kasus nyata dimana pada teori dijelaskan bahwa pasien CHF memiliki 10 masalah keperawatan sedangkan pada kasus hanya muncul empat masalah keperawatan, untuk masalah keperawatan gangguan pertukaran gas, nyeri akut, dan pola napas tidak efektif tidak ditegakan pada kasus Tn. H. Y karena sudah teratasi sebelum dilakukan pengkajian. Untuk masalah keperawatan ansietas tidak didapatkan pada kasus karena ini bukan pertama kalinya pasien dirawat di RS sehingga mekanisme koping pasien tidak terganggu. Untuk masalah keperawatan defisit nutrisi dan resiko gangguan integritas kulit tidak didapatkan data yang mengarah pada masalah keperawatan tersebut pada saat dilakukan pengkajian.

Diagnosa penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload ditegakkan karena aliran darah akan meningkat seiring dengan menurunnya beban yang melawan kontraksi jantung. Afterload adalah jumlah tekanan yang dibutuhkan jantung untuk mengeluarkan darah selama kontraksi ventrikel. Ini dicatat sebagai tekanan sistolik jantung. Perubahan afterload mempengaruhi volume sekuncup, volume akhir sistolik, volume akhir diastolik, dan tekanan akhir diastolik ventrikel kiri. Afterload meningkat karena peningkatan resistensi pembuluh darah sistemik dan peningkatan tekanan aorta. Peningkatan afterload menyebabkan penurunan volume sekuncup jantung dan peningkatan volume akhir sistolik. Hal ini juga secara tidak langsung mempengaruhi curah jantung akibat berkurangnya volume sekuncup jantung didukung

dengan hasil pemeriksaan penunjang EKG yang menunjukkan hasil Takikardia, ST Deviasi (NSTEMI / Non STEMI) (LaCombe dkk, 2023).

Penurunan aliran arteri dan/atau vena merupakan faktor yang sangat relevan dengan perfusi perifer tidak efektif. Pada perfusi perifer tidak efektif, gangguan aliran darah ke ekstremitas dapat menyebabkan berbagai gejala dan tanda yang mengindikasikan masalah perfusi perifer. Penurunan aliran arteri mengurangi pasokan oksigen dan nutrisi ke jaringan perifer, termasuk kulit dan otot. Akibatnya, pasien dapat mengalami gejala seperti akral (misalnya, ujung jari) yang terasa dingin, kulit pucat, pengisian kapiler yang lambat, dan nyeri yang disebabkan oleh iskemia (kurangnya suplai darah) pada ekstremitas. Penurunan aliran vena dapat mengganggu aliran darah balik (venous return) dari ekstremitas ke jantung. Hal ini dapat mengakibatkan penumpukan darah dalam pembuluh vena, menyebabkan edema (pembengkakan) di ekstremitas yang terkena. Edema dapat mengganggu aliran darah arteri dan vena, serta menyebabkan berkurangnya turgor kulit. Manajemen perfusi perifer tidak efektif mungkin mencakup upaya untuk mengatasi penyebab penurunan aliran darah arteri atau vena, seperti pengobatan penyumbatan arteri atau pengobatan thrombosis vena, dan Tindakan untuk mengurangi tekanan vena yang tinggi jika relevan (SDKI, 2023).

Diagnosa hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi ditegakkan karena gangguan pada mekanisme regulasi tubuh, seperti sistem renin-angiotensin-aldosteron, dapat menyebabkan

hipervolemia. Sistem ini bertanggung jawab untuk mengatur volume dan konsentrasi cairan dalam tubuh. Beberapa cara gangguan mekanisme regulasi dapat mengakibatkan hipervolemia yaitu gangguan pada jantung dapat mengurangi kemampuannya untuk memompa darah dengan efisien. Ini dapat menyebabkan penumpukan darah di pembuluh darah kiri sirkulasi besar, yang kemudian mengakibatkan peningkatan tekanan darah di pembuluh balik (vena) dan akhirnya menyebabkan cairan yang terjebak di jaringan (seperti paru-paru) yang menyebabkan hipervolemia. Dalam skenario hipervolemia, tubuh tidak mampu mengatur cairan secara efektif, mengakibatkan penumpukan cairan yang berlebihan dalam kompartemen intravaskular, interstisial, dan intraselular. Ini bisa terjadi karena retensi cairan, kelebihan asupan natrium, gangguan aliran balik vena, atau efek dari agen farmakologis tertentu (SDKI, 2023).

Intoleransi aktivitas yang disebabkan oleh kelemahan merujuk pada kondisi dimana seseorang mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitas fisik karena kurangnya kekuatan otot atau kelemahan fisik secara umum. Hal ini bisa dipengaruhi oleh seseorang mengalami kelelahan yang kronis, tubuhnya mungkin tidak memiliki energi yang cukup untuk melakukan aktivitas fisik, yang kemudian menyebabkan intoleransi terhadap aktivitas (SDKI, 2023).

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Sapura dan Apriza (2024) yang menegakkan diagnosa keperawatan yakni penurunan curah jantung

dan intoleransi aktivitas serta penelitian Cahyaningtyas (2022) yang menegaskan diagnosa keperawatan hipervolemia.

3. Intervensi keperawatan

Berdasarkan data diagnosa keperawatan yang telah ditegakkan, pada tahap ini akan membahas tentang kesenjangan antara perencanaan yang dibuat pada kasus dengan teori yang dipakai. Perencanaan yang dipakai pada teori berdasarkan pada SIKI sama seperti yang dibuat pada kasus namun beberapa perencanaan pada teori tidak dilakukan/direncanakan pada kasus. Pada diagnosa penurunan curah jantung terdapat 12 perencanaan pada kasus sedangkan pada teori ada 27 perencanaan yang direncanakan dengan intervensi utama perawatan jantung yang merupakan tindakan mengidentifikasi, merawat dan membatasi komplikasi akibat ketidakseimbangan antara suplai dan konsumsi oksigen miocard dengan tujuan untuk mencapai dengan kriteria hasil yaitu kekuatan nadi perifer meningkat, takikardia menurun, gambaran EKG atritmia menurun, lelah menurun, edema menurun, pucat menurun dan tekanan darah membaik.

Pada diagnosa perfusi perifer tidak efektif terdapat enam perencanaan pada kasus sedangkan pada teori ada delapan perencanaan dengan intervensi utama perawatan sirkulasi yang direncanakan dengan tujuan untuk mencapai kriteria hasil yaitu denyut nadi perifer meningkat, warna kulit pucat menurun, edema perifer menurun, CRT membaik. Pada diagnosa hipervolemia terdapat delapan perencanaan pada kasus

sedangkan pada teori ada 11 yang direncanakan dengan intervensi utama manajemen hipervolemia yang bertujuan untuk mencapai kriteria hasil yaitu kekuatan nadi meningkat, output urine meningkat, edema menurun, dan frekuensi nadi membaik. Pada diagnosa intoleransi aktivitas terdapat enam perencanaan pada kasus sedangkan pada teori hanya delapan yang direncanakan dengan intervensi utama manajemen energi dengan tujuan untuk mencapai kriteria hasil yaitu frekuensi nadi meningkat, saturasi oksigen meningkat, keluhan lelah menurun, warna kulit membaik, dan tekanan darah membaik.

Intervensi kolaborasi yang akan diberikan yaitu pemberian diuretik yang dapat mengeluarkan cairan berlebihan dalam tubuh melalui proses pembentukan urine (Guyton & Hall, 2016). Salah satu obat diuretik kuat yang sering digunakan sebagai obat ini pertama pengelolaan hipervolemia adalah diuretik jenis loop yakni furosemide (Novak & Ellison, 2022).

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Sapura dan Apriza (2024) yang merencanakan intervensi pada diagnosa penurunan curah jantung yakni perawatan jantung yang terdiri dari identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (kelelahan, dispnea, oedema), identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (peningkatan berat badan, distensi vena jugularis, ronkhi basah, oliguria batuk), monitor tekanan darah, monitor keluhan nyeri dada, fasilitasi pasien dan keluarga untuk

memodifikasi gaya hidup sehat, anjurkan beraktivitas secara bertahap, anjurkan berhenti merokok.

Penelitian ini juga sejalan dengan penelitian Menurut Cahyaningtyas (2022), yang merencanakan intervensi keperawatan untuk diagnosa keperawatan hipervolemia, yaitu periksa tanda dan gejala hipervolemia (edema, suara tambahan), identifikasi penyebab hipervolemia, tinggikan kepala tempat tidur, ajarkan membatasi cairan, kolaborasikan pemberian diuretik.

4. Implementasi keperawatan

Tindakan keperawatan dilakukan berdasarkan perencanaan yang telah direncanakan. Pelaksanaan tindakan pada Tn. H. Y dilaksanakan selama tiga hari dan disesuaikan dengan SIKI dan dapat dijalankan dengan baik karena di dukung oleh sarana dan partisipasi keluarga dan petugas kesehatan. Dan dengan demikian semua tindakan yang di rencanakan dapat dilaksanakan dengan baik.

Implementasi yang dilakukan pada diagnosa hipervolemia salah satunya yaitu memonitor intake dan output cairan dimana hal ini perlu dilakukan pada pasien dengan hipervolemia mengingat telah terjadi kelebihan cairan dan harus tetap menjaga keseimbangan cairan pasien sehingga mencapai salah satu tujuan dan kriteria hasil yaitu edema ekstremitas menurun. Pada diagnosa hipervolemia perlu dibatasi cairan masuk agar tidak menyebabkan lebih banyak kelebihan cairan.

Sebaliknya dilakukan tindakan pemberian diuretik yaitu furosemide dengan tujuan agar mengeluarkan cairan yang berlebih di dalam tubuh.

Melakukan pemantauan saturasi oksigen menjadi parameter utama yang mencerminkan kadar oksigen dalam darah. Perubahan saturasi oksigen dapat menjadi acuan untuk mengidentifikasi kinerja jantung dan sirkulasi. Pasien dengan penurunan curah jantung, pemantauan saturasi oksigen dapat membantu dalam evaluasi respons terhadap terapi, dan mendeteksi kemungkinan hipoksia (Plana et al., 2018).

Kateterisasi urin biasanya digunakan untuk memantau keluaran urin pada pasien gagal jantung. Kateterisasi urin memfasilitasi pemantauan keluaran urin yang akurat dan berkelanjutan, dan penting bagi pasien yang tidak dapat berjalan karena gejala gagal jantung. Namun, prosedur ini memiliki beberapa komplikasi, termasuk infeksi saluran kemih (ISK) dan cedera uretra (Aoki, 2018).

Implementasi lain yang dilakukan adalah memberikan posisi tempat tidur 30-40° (semi fowler) memungkinkan rongga dada dapat melakukan ekspansi dan paru dapat mengembang tanpa tahanan sehingga menyebabkan asupan oksigen dalam tubuh membaik sehingga proses respirasi kembali normal (Naura dkk, 2024).

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan dilakukan selama tiga hari dan didapatkan hasil pada hari pertama semua diagnosa keperawatan yang ada pada kasus belum teratasi, sedangkan pada hari kedua didapatkan hasil

diagnosa pertama sebagian teratasi dengan DS: pasien mengatakan lelah ketika beraktivitas berkurang dan DO: nadi teraba sedang, edema pada ekstremitas bawah menurun, pitting edema derajat I kedalaman ± 2 mm dengan waktu kembali 3 detik, TD: 110/80 mmHg, Nadi: 102 x/menit, diagnosa kedua sebagian teratasi dengan DS: pasien mengatakan pusing berkurang, dan DO: wajah pucat, konjungtiva anemis, membrane mukosa pucat, akral teraba hangat, CRT 4 detik, TD: 110/80 mmHg, Nadi: 102 x/menit, Suhu: $36,8^{\circ}$, RR: 22 x/menit, SpO₂: 98%, diagnosa ketiga sebagian teratasi dengan DS: pasien mengatakan sering BAK, dan DO: nadi teraba sedang, edema ekstremitas bawah menurun, pitting edema derajat I kedalaman ± 2 mm dengan waktu kembali 3 detik, TD: 120/70 mmHg, Nadi: 89 x/menit, diagnosa keempat sebagian teratasi dengan DS: pasien mengatakan lelah saat beraktivitas berkurang, dan DO: aktivitas dilakukan mandiri secara perlahan-lahan, TD: 110/80 mmHg, Nadi: 102 x/menit, Suhu: $36,8^{\circ}$, RR: 22 x/menit, SpO₂: 98%.

Pada hari ketiga didapatkan hasil: diagnosa pertama sebagian teratasi dengan DS: pasien mengatakan lelah ketika beraktivitas, dan DO: nadi teraba sedang, edema pada ekstremitas bawah menurun, pitting edema derajat I kedalaman ± 2 mm dengan waktu kembali 3 detik, TD: 120/70 mmHg, Nadi: 89 x/menit,, diagnosa kedua sebagian teratasi dengan DS: pasien mengatakan tidak pusing, dan DO: wajah pucat, konjungtiva anemis, membrane mukosa pucat, akral teraba hangat, CRT 4 detik, TD: 120/70 mmHg, Nadi: 89 x/menit, Suhu: $36,4^{\circ}$, RR: 22 x/menit, SpO₂:

98%, diagnosa ketiga sebagian teratasi dengan DS: pasien mengatakan lelah berkurang, DO: keadaan umum baik, kesadaran composmentis, TD: 120/70 mmHg, N: 89 x/menit, SpO₂: 98%, RR: 22 x/menit, dianosa keempat sebagian teratasi dengan DS: pasien mengatakan lelah saat beraktivitas berkurang, dan DS: aktivitas dilakukan secara mandiri perlahan-lahan, TD: 120/670 mmHg, Nadi: 89 x/menit, Suhu: 36,4°, RR: 22 x/menit, SpO₂: 98%.

Posisi semi fowler berpengaruh meningkatkan PaO₂, SaO₂, perbaikan laju pernafasan, dan penurunan PaCO₂. Pada posisi semi fowler, aliran balik darah ke jantung mengalami penurunan sehingga menyebabkan beban kerja jantung menurun. Intervensi seperti memposisikan semi-fowler selama tiga hari terbukti efektif dalam mengatasi masalah penurunan curah jantung (Mulyaningsih dkk, 2023). Penelitian ini sejalan dengan penelitian Cahyaningtyas (2022), dimana evaluasi hari pertama didapatkan respon subyektif pasien mengatakan kaki pasien bengkak dan respon obyektif kaki pasien terlihat edema. Untuk analisa hipervolemia belum teratasi jadi planning yang dilanjutkan pemberian injeksi furosemide, dan evaluasi hari ketiga didapatkan hasil sebagian teratasi.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil studi kasus gambaran asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis *Congestive Heart failure* (CHF) di Ruang Penyakit Dalam III pada tanggal 15-17 Mei 2024 (tiga hari) maka dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian pada kasus Tn. H.Y ditemukan keluhan utamanya adalah lelah saat beraktivitas, sedangkan gejala lainnya yaitu edema ekstremitas, pusing, dan wajah tampak pucat.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada kasus yaitu penurunan curah jantung, perfusi perifer tidak efektif, hipervolemia, dan intoleransi aktivitas. Tidak ada penambahan diagnosa pada kasus nyata.

3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis *Congestive Heart Failure* (CHF) disesuaikan dengan SIKI dan dimodifikasi sesuai dengan keadaan pasien dan memudahkan dalam pelaksanaannya. Beberapa intervensi yang dilakukan yaitu perawatan jantung, manajemen hipervolemia, perawatan sirkulasi, dan manajemen energi.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan pada Tn. H. Y dengan diagnosa medis *Congestive Heart Failure* (CHF) di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende dilakukan selama tiga hari perawatan dengan tujuan akhir adalah mampu mengatasi masalah yang ditemukan.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi pada kasus Tn. H. Y Setelah dilaksanakan tindakan keperawatan selama tiga hari didapatkan hasil semua masalah keperawatan sebagian teratasi.

6. Ada kesenjangan antara data yang ditemukan pada kasus nyata dan data yang ada pada teori pada semua proses keperawatan mulai dari penngkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

B. Saran

1. Bagi perawat

Diharapkan hasil dari studi kasus ini dapat digunakan sebagai informasi tentang kesehatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis *Congestive Heart Failure* (CHF) dan mampu meningkatkan kepedulian perawat dalam menangani pasien dengan diagnosa medis *Congestive Heart Failure* (CHF).

2. Bagi rumah sakit

Diharapkan dari hasil studi kasus ini rumah sakit dapat mempertahankan dan meningkatkan pelayanan kesehatan kedepannya agar

lebih baik lagi khususnya pada pasien dengan diagnosa medis *Congestive Heart Failure* (CHF) dengan menggunakan hasil studi kasus ini sebagai acuan pemberian tindakan yang lebih baik lagi kepada pasien dengan diagnosa medis *Congestive Heart Failure* (CHF).

3. Bagi institusi pendidikan

Agar informasi dari hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan tambahan untuk memperkaya pengetahuan dan meningkatkan kualitas pendidikan di institusi.

4. Bagi pasien dan keluarga

Diharapkan untuk mengikuti semua anjuran dari petugas kesehatan dengan baik dengan tujuan mencegah timbulnya komplikasi yang lebih parah, mengubah pola hidup menjadi lebih sehat untuk mengurangi terjadinya kekambuhan penyakit.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustin, F. D., & Nafi'ah, R. H. (2021). Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Congestive Heart Failure Di IGD RSUD Simo Boyolali. <https://eprints.ukh.ac.id/id/eprint/2026/>
- Alexandrakis M. G., Tsirakis G., (2012). Anemia in Heart Failure Patients. Nasional Library of Medicine. https://www-ncbi-nlm-nih-gov.translate.goog/pmc/articles/PMC3319993/?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=id&_x_tr_hl=id&_x_tr_pto=tc
- Aoki T., (2018). Penggunaan Kateter Urin yang Tepat pada Pasien Gagal Jantung Akut. Jurnal Sirkulasi. https://www-jstage-jst-go-jp.translate.goog/article/circj/82/6/82_CJ-18-0447/_html/-char/en?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=id&_x_tr_hl=id&_x_tr_pto=tc
- Aspiani, RY. (2016). Buku Ajar Asuhan Keperawatan Pada pasien Gangguan Kardiovaskuler: aplikasi nic&noc. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Borges JA, Quintão MMP, Chermont SSMC, Mendonça Filho HTF de, Mesquita ET. Fatigue: A complex symptom and its impact on cancer and heart failure. *Int J Cardiovasc Sci.* 2018;31(4):433–42.
- Cahyaningtyas D. S. N. (2022). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Congestive Heart Failure Dengan Pemenuhan Kebutuhan Cairan. Universitas Kusuma Husada Surakarta. 2022
- Christesen B., Rosenthal, MD, PhD, FACC, FHRS. (2024). Interval elektrokardiografi (EKG) normal. The heart.org Medscape. https://emedicine-medscape-com.translate.goog/article/2172196-overview/?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=id&_x_tr_hl=id&_x_tr_pto=wa&form=fpf#a1. Diakses pada 8/05/2024 pada pukul 08.22 Wita
- Dinarti, & Muryanti, Y. (2017). Bahan Ajar Keperawatan: Dokumentasi Keperawatan. 1-172.
- Dinkes Kabupaten Ende. (2023). Profil Kesehatan Penyakit CHF Kabupaten Ende. Ende: Dinas Kesehatan Kabupaten Ende.
- Fadhilah A. Z., (2022). Nilai Batas Tertinggi Untuk Kreatinin dan Ureum Sebagai Indikasi Untuk Cuci Darah. Alodokter. <https://www.alodokter.com/komunitas/topic/nilai-batas-tertinggi-untuk-kreatinin-dan-ureum-sebagai-indikasi-untuk>
- Gledis, M., & Gobel, S. (2016). Hubungan Peran Perawat Dengan Tingkat Kepuasan Pasien Di Rs Gmibm Monompia Kota Mabagu Kabupaten

Bolaang Mongondow. *Elektronik Keperawatan*, 4(2), 1–6.
<https://doi.org/10.22460/infinity.v2i1.22>

Guyton, C., & Hall, J. E. (2016). *Medical Physiology* (12th ed.). Philadelphia: Saunders Elsevier.

Hamzah. 2016: Hubungan Usia Dan Jenis kelamin Dengan Kualitas Hidup Pada Penderita Gagal Jantung Di Rs Pku Muhammadiyah Yogyakarta.
<https://core.ac.uk/download/pdf/299436993.pdf>

Hassan A. T., Ahmed S. M., AbdelHafeez A. S., Mohamed S. AA., (2021). Keakuratan dan ketepatan pulse oximeter pada lokasi sensor yang berbeda pada pasien gagal jantung. National library of medicine. https://www-ncbi-nlm-nih-gov.translate.goog/pmc/articles/PMC8278778/?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=id&_x_tr_hl=id&_x_tr_pto=tc. diakses pada 8/05/2024 pada pukul 08.12 Wita

Hidayah N., Diana., Dewi S., Novia. 2020: Discharge Planning Pada rehospitalisasi Pasien congestive Heart Failure (CHF). Universitas Muhammadiyah Magelang. 2021. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah* 5 (2) 2020.

Karson. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Sistem Kardiovaskuler*. Jakarta: TIM.

LaCombe P., Tariq M. A., Lappin S. L., (2023). Fisiologi, Pengurangan Afterload. National Library of Medicine. Fisiologi, Pengurangan Afterload - StatPearls - Rak Buku NCBI (www-ncbi-nlm-nih-gov.translate.goog)

Lawson CA, Zaccardi F, Squire I, Okhai H, Davies M, Huang W, Mamas M, Lam CSP, Khunti K, Kadem UT. (2020). Risk faktor s for heart failure: 20-years population-based trends by sex, socioeconomic status, and ethnicity. *Circ Heart Fail*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32059630/>

LeMone, P., Burke, K. M., & Bauldoff, G. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. In Jakarta: Penerbitan Buku Kedokteran EGC

Lippi G, Gomar, FS. (2020). Global Epidemiology and future trends of heart failure. Vol 5. *AME Medical Jurnal*. <https://cdn.amegroups.cn/journals/vats/files/journals/27/articles/5475/public/5475-PB5-1088-R3.pdf>

Lubis, I. H. (2019). Hubungan fraksi ejeksi pada echokardiografi dengan fungsi hati pada pasien gagal jantung. <http://repositori.usu.ac.id/handle/123456789/15293>. Diakses pada 8/08/2024 pada pukul 07.56 Wita

Maleki, M., Alizadehasl, A., & Haghjoo, M. (2018). *Practical cardiology*. St. Louis, MO: Elsevier.

- Mulyaningsih A. E., Handayani R. N., Siwi A. S., (2023). Asuhan Keperawatan Penurunan Curah Jantung dengan Congestive Heart Failure di Ruang Ar Rahman RSI Purwokerto. *Journal of Management Nursing*. <https://oaj.scipro-foundation.co.id/index.php/jmn/article/view/103/67>
- Naura C. C., Aklima., Amni R., (2024). Studi Kasus Pada Pasien Dengan Congestive Heart Failure (CHF). *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*. Vol. 6., No. 4. View of Studi Kasus pada Pasien dengan Congestive Heart Failure (CHF) (globalhealthsciencegroup.com)
- New York Heart Association (NYHA). Classification of Heart Failure. <https://www.msmanuals.com>. Diakses pada tanggal 5/05/2024 pukul 20.22 Wita
- Ningsih, A., & Zesi. (2020). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dewasa Penderita Gagal Jantung Kongestif Dengan Masalah Keperawatan Intoleransi Aktivitas. In Universitas Muhammadiyah Ponorogo. <http://eprints.umpo.ac.id/6201/1/Halaman%20depan.pdf>
- Novak, J. E., & Ellison, D. H. (2022). Diuretik in States of Volume Overload : Core Curriculum 2022. *American Journal of Kidney Diseases*, 80(2), 264–276. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2021.09.029>
- Nuraini & barus., (2017). Pemeriksaan elektrolit pada serum darah menggunakan elektrolit analyzer. Repositori instansi universitas Sumatera utara. <https://repositori.usu.ac.id/handle/123456789/4444#:~:text=Serum%20dari%20darah%20yang%20diambil,hasil%20pemeriksaan%20tersebut%2090%20data>. Diakses pada 8/05/2024 pada pukul 08.33 Wita
- Nurkhalis, & Adista, R. J. (2020). Manifestasi Klinis dan Tatalaksana Gagal Jantung. *Jurnal Kedokteran Nanggroe Medika*, 3(3), 36-46. <https://jknamed.com/jknamed/article/view/106>
- Pansawira P. (2021). Gangguan keseimbangan asam basa. *Alodokter*. <https://www.alodokter.com/gangguan-keseimbangan-asam-basa>. diakses pada 08.11 Wita
- Pertiwiwati, E., & Rizany, I. (2017). Peran Educator Perawat Dengan Pelaksanaan Discharge Planning Pada Pasien di Ruang Tulip 1c Rsud Ulin Banjarmasin. *Dunia Keperawatan*, 4(2), 82. <https://doi.org/10.20527/dk.v4i2.2509>
- Plana M. N., Zamora J., Suresh G., Fernandez-Pineda L., Thangaratinam, S., & Ewer, A. K. (2018). Pulse oximetry screening for critical congenital heart defects (Review). *Wiley*, 1(3). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011912.pub2>. www.cochranelibrary.com

- Poespitasari V. I., (2022). Sepuluh obat anti hipertensi. Direktorat jenderal pelayanan Kesehatan. https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/1994/sepuluh-obat-anti-hipertensi. diakses pada 8/05/2024 pada pukul 08.26 Wita
- PPNI, Tim Pokja SDKI DPP. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. DPP PPNI. Jakarta Selatan.
- PPNI, Tim Pokja SIKI DPP. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. DPP PPNI. Jakarta Selatan.
- PPNI. 2018. Standar Luaran Keperawatan Indonesia. Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Profil RSUD Ende (2023). Diambil pada tanggal 16 November 2023.
- Riset Kesehatan Dasar (2018). Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI tahun 2018.
- Riset Kesehatan Dasar (2018). Laporan Provinsi Nusa Tenggara Timur. Lembaga Penerbit Badan Litbang Kesehatan 2019.
- Riskamala, Grahinda, & Hudiyawati, D. (2020). Gambaran Self-Efficacy Pada Pasien Gagal Jantung. In Universitas Muhammadiyah Surakarta (1st ed.). Universitas Muhammadiyah Surakarta. <https://eprints.ums.ac.id/82976/11/NASKAH%20PUBLIKASI.pdf>
- Sapura dan Apriza. (2024). Asuhan Keperawatan pada Tn. A dengan CHF (Congestive Heart Failure) RSUD Bangkinang. Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai. 2023. Jurnal Kesehatan Terpadu. Vol.3, No 2. 2024
- SDKI-Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia. (2023). Bagaimana Gangguan Mekanisme Regulasi Bisa Menyebabkan Hipervolemia. https://snars.web.id/sdki/wiki/bagaimana-gangguan-mekanisme-regulasi-bisa-menyebabkan-hipervolemia/#google_vignette
- SDKI-Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia. (2023). Intoleransi Aktivitas yang Disebabkan Oleh Kelemahan. https://snars.web.id/sdki/wiki/intoleransi-aktivitas-yang-disebabkan-oleh-kelemahan/#google_vignette
- SDKI-Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia. (2023). Penurunan Aliran Arteri dan/ atau Vena Terkait Perfusi Perifer Tidak Efektif. <https://snars.web.id/sdki/wiki/penurunan-aliran-arteri-dan-atau-vena-terkait-perfusi-perifer-tidak-efektif/>
- Sitanggang. (2020). Tujuan Dalam Evaluasi Keperawatan. 181101137.

Smeltzer, S. C., Bare, B. G., 2001, Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah. Brunner & Suddarth. Vol. 2. E/8th. Jakarta: EGC.

Syaftriani, A. M., Dedi, D., & Ningtias, P. (2021). Self Care Berhubungan dengan Kualitas Hidup Pasien Congestive Heart Failure. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 3(3), 585-596.

WOC dengan menggunakan standar diagnosa keperawatan Indonesia dalam (PPNI, 2017).

Yancy C, Jessup M, Bozkurt B. (2020). ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American college of Cardiology Foundation/ American Heart Association Task force on practice guidelines. *J Am Coll Cardiol* 62 (16):155.

LAMPIRAN 1



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



Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba – Kupang, Tlpn: (0380) 8800256

Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Tn. H. Y DENGAN DIAGNOSA
MEDIS *CONGESTIVE HEART FAILURE* (CHF) DI RUANGAN PENYAKIT
DALAM III RSUD ENDE

I. PENGKAJIAN

A. PENGUMPULAN DATA

1. Identitas

a. Identitas Pasien

Nama : Tn. H. Y
Umur : 49 tahun
Agama : Islam
Jenis kelamin : Laki-Laki
Status : menikah
Pendidikan : SD
Pekerjaan : Pedagang
Suku bangsa : Indonesia
Alamat : Paupanda
Tanggal masuk : 14 Mei 2024
Tanggal pengkajian: 15 Mei 2024
No. register :
Diagnosa medis : Congestive Heart Failure (CHF)

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Ny. H. M
Umur : 51 tahun
Hub. dengan pasien: istri pasien

Pekerjaan : IRT

Alamat : Paupanda

2. Status Kesehatan

a. Status kesehatan saat ini

1) Keluhan utama

Pasien mengatakan lelah saat beraktivitas

2) Riwayat keluhan utama

Pasien mengatakan merasakan lelah saat beraktivitas, pusing, edema pada ekstremitas, nyeri dada dan sesak napas tiga hari yang lalu sebelum diantar ke RS sempat minum obat jantung dari dokter namun karena tidak membaik diantar keluarga ke IGD pada tanggal 14 Mei 2024.

3) Alasan masuk rumah sakit dan perjalanan penyakit saat ini

Pasien mengatakan pernah dirawat tahun lalu karena penyakit jantung dan ini kali ketiganya dirawat di rumah sakit dengan keluhan pusing, lelah saat beraktivitas, sesak napas dan nyeri dada sejak tiga hari yang lalu dan selalu mengonsumsi obat jantung dari dokter jantung secara rutin, karena tidak membaik pasien memutuskan untuk berobat ke RS dan masuk IGD pada tanggal 14 Mei 2024 dan langsung masuk ruang perawatan inap di RPD III.

4) Upaya yang dilakukan untuk mengatasinya

Pasien mengatakan sempat minum obat jantung dari dokter jantung sebelum diantar ke rumah sakit.

b. Status Kesehatan masa lalu

1) Penyakit yang pernah dialami

Pasien mengatakan sebelumnya pasien mengalami anemia.

2) Pernah dirawat

Pasien mengatakan sebelumnya pernah dirawat di RSUD Ende karena penyakit jantungnya setahun yang lalu.

3) Alergi

Pasien mengatakan tidak mempunyai riwayat alergi obat dan makanan.

4) Kebiasaan merokok (merokok/kopi/alcohol dll)

Pasien mengatakan memiliki kebiasaan minum teh, senang makan gorengan seperti pisang goreng dan merokok bisa satu bungkus dalam sehari namun perlahan mulai dikurangi sejak tahu mengalami penyakit jantung.

c. Riwayat penyakit keluarga

Pasien mengatakan keluarganya tidak mempunyai riwayat penyakit *Congestive Heart Failure* (CHF), ataupun hipertensi, DM, dan lainnya.

d. Diagnosa medis dan terapi yang didapat sebelumnya

Pasien mengatakan pernah terdiagnosa penyakit anemia dan pernah mendapatkan terapi tranfusi darah sebelumnya.

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

a. Pola persepsi dan manajemen Kesehatan

Pasien mengatakan bahwa kesehatan sangat penting, ketika sakit pasien mengonsumsi obat jantung dan selalu mengontrol kesehatan di poli jantung RSUD Ende.

b. Pola nutrisi-metabolik

Sebelum sakit pasien mengatakan ia makan 3x sehari dengan porsi makan satu piring dihabiskan, jenis makanan yang dikonsumsi pasien adalah nasi, sayur, ubi, dan ikan, pasien tidak memiliki pantangan apapun dalam mengonsumsi makanan dan pasien biasa minum kurang lebih 2000 cc air. Namun saat sakit pasien mengatakan makan 3x sehari dengan

porsi makan dihabiskan, pasien memiliki selera makan yang baik, jenis makanan yang dikonsumsi pasien adalah nasi yang disediakan oleh rumah sakit (nasi, ikan, sayur, telur) dan biasanya pasien minum air hangat dalam sehari kurang lebih 1600 cc.

c. Pola eliminasi

Pasien mengatakan sebelum sakit pasien biasa BAB kurang lebih 2x sehari dengan konsistensi lunak, berwarna kuning, bau khas feses, pasien biasa BAK kurang lebih 3-4x sehari, berwarna kuning, aroma khas urin. Saat sakit pasien mengatakan BAB 2x sehari, konsistensi lunak, warna coklat tua, bau khas feses dan tidak ada keluhan selama BAB, pasien BAK 4x sehari, berwarna kuning, aroma khas urin dan tidak ada keluhan selama BAK.

d. Pola aktivitas dan Latihan

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 (parsial)**, 3: dibantu orang lain dan alat, 4: tergantung total

e. Pola kognitif dan persepsi

Pasien masih bisa merespon dengan baik ketika diajak bicara, saat ditanya tentang beberapa hal seperti tanggal lahirnya pasien masih mengingat dengan baik, penglihatan pasien masih jelas.

f. Pola persepsi- konsep diri

Gambaran Diri: Pasien mengatakan menerima kondisinya saat ini.

Harga diri: Pasien mengatakan dirinya berharga bagi dirinya sendiri, keluarga, maupun orang sekitar.

Ideal diri: Pasien mengatakan ingin sembuh dan berkumpul bersama keluarga seraf melakukan kembali aktivitas sehari-hari.

Peran diri: Pasien mengatakan ia berperan sebagai kepala keluarga.

Identitas diri: Pasien mengatakan ia adalah seorang laki-laki berumur 48 tahun, dan merupakan seorang suami dan ayah.

g. Pola tidur dan istirahat

Sebelum sakit: Pasien mengatakan jarang untuk tidur siang karena harus bekerja dan di malam hari pasien tidur kurang lebih 8 jam dari pukul 21.00 WITA- 05.00 WITA.

Saat Sakit: Pasien mengatakan tidak sulit tidur, pada saat malam hari pasien tidur dari pukul 22.00 WITA-05.00 WITA

h. Pola peran-hubungan

Pasien mengatakan selama dirawat, hubungan pasien dengan petugas kesehatan baik, sebelum sakit pasien merupakan seorang pedagang dan sangat aktif untuk bersosialisasi dengan masyarakat sekitar.

i. Pola toleransi stress-koping

Pasien mengatakan untuk mengatasi stress-nya pasien biasa bercerita kepada istrinya.

j. Pola nilai-kepercayaan

Pasien mengatakan ia beragama islam, sering pergi ibadah ke masjid dan selalu sholat.

4. Pemeriksaan Fisik

Keadaan Umum : Lemah

Tingkat Kesadaran : Composmentis

GCS : 15 (V:5, M:6, E:4)

Tanda-Tanda Vital

TD	: 110/60 mmHg
Nadi	: 106 x/menit
Suhu	: 37°
RR	: 20 x/menit
SpO ₂	: 97%
Berat Badan saat ini	: 92,3 Kg
Berat badan Sebelumnya	: 89 Kg
Tinggi Badan	: 150 Cm
IMT	: 41,0 (edema)

Keadaan Fisik

- Kepala
 - Inspeksi : rambut bersih, tidak ada ketombe
 - Palpasi : tidak ada nyeri tekan
- Wajah
 - Inspeksi : wajah pucat
 - Palpasi : tidak ada nyeri tekan
- Mata
 - Inspeksi : konjungtiva anemis, sclera tidak ikterik
- Hidung
 - Inspeksi : simetris
 - Palpasi : tidak ada nyeri tekan
- Mulut
 - Inspeksi : membrane mukosa pucat
- Leher
 - Palpasi : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran vena jugularis
- Thorax
 - Inspeksi : Dada tampak simetris, Frekuensi napas 20x/menit, tidak terdapat penggunaan otot bantu pernapasan.
 - Palpasi : fremitus kiri dan kanan sama

Auskultasi: bronkovesikuler

- Jantung

Inspeksi : iktus kordis tidak terlihat

Perkusi : pekak

Auskultasi: irama jantung irregular

- Abdomen

Inspeksi : Tidak terlihat adanya benjolan.

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak teraba adanya massa, tidak ada pembesaran hepar dan lien, asites.

Perkusi : Terdapat bunyi tympani.

Auskultasi: Peristaltik usus 9x/menit

- Ekstremitas atas

Inspeksi : tidak ada edema, terpasang infus Nacl 0,9% 8 tpm di tangan kiri

Palpasi : akral teraba dingin, CRT 4 detik, nadi teraba lemah

- Ekstremitas bawah

Inspeksi : terdapat edema

Palpasi : pitting edema derajat II kedalaman \pm 3 mm dengan waktu kembali 5 detik

- Tonus otot: 5 (100%)

Keterangan: kekuatan otot normal

5. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan hasil laboratorium pada tanggal 14 Mei 2024

NATRIUM : 134,4 (nilai normal 135-145 mmol/L)

KALIUM : 4,74 (nilai normal 3,5-5,1 mmol/L)

CHLORIDA : 107,4 (nilai normal 98-106 mmol/L)

APTT : 32,0 (nilai normal 35,5-43,0 detik)

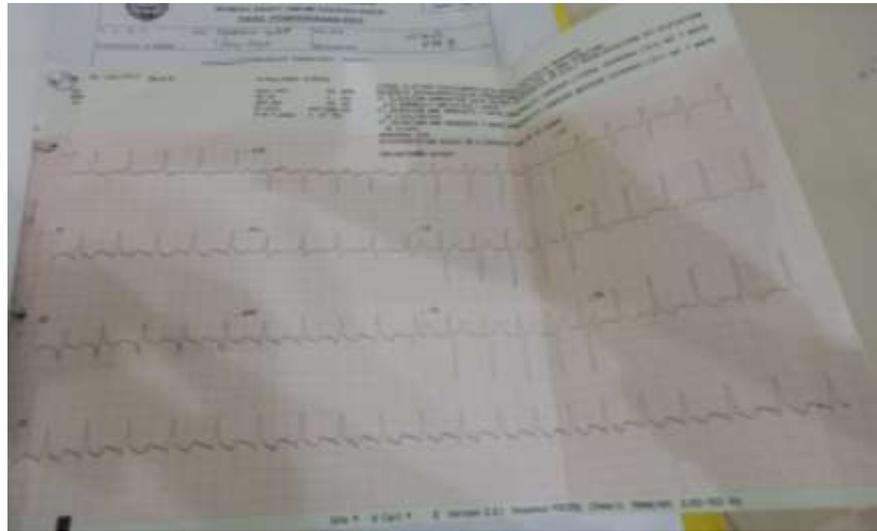
PT : 10,8 (nilai normal 13,0-15,0 detik)

INR : 1,04

WBC : 14.190+ (nilai normal 3.80- 10.60 $10^3\mu\text{L}$)

HGB : 5,4 - (nilai normal 13,2-17,3g/dL)

Hasil Pemeriksaan EKG



Keterangan: Atrial Flutter. Takikardia, ST Deviasi (NSTEMI / Non STEMI)

B. TABULASI DATA

Pasien mengatakan pusing, lelah saat beraktivitas, edema ekstremitas bawah, mempunyai riwayat penyakit anemia, keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, aktivitas Sebagian dibantu orang lain (parsial), wajah pucat, konjungtiva anemis, membrane mukosa pucat, RR: 20 x/menit, nadi teraba lemah, terdapat edema ekstremitas bawah, pitting edema derajat II \pm 3 mm dengan waktu kembali 5 detik, asites, akral teraba dingin, CRT 4 detik, irama jantung ireguler, Na:134,4 mmol/L, K: 4,74 mmol/L, CI: 107,4 mmol/L, APTT: 32,0 detik, PT: 10,8 detik, INR: 1,04, WBC: 14.190 μ L, HGB: 5,4 g/dL, Takikardia, ST Deviasi (NSTEMI / Non STEMI), TD: 110/60 mmHg, Nadi: 106 x/menit, Suhu: 37^o, RR: 20 x/menit, SpO₂: 97%, peningkatan berat badan sebesar 3,3 Kg, IMT: 41,0 (edema).

C. KLASIFIKASI DATA

Data subjektif: Pasien mengatakan pusing, lelah saat beraktivitas, edema ekstremitas bawah, mempunyai riwayat penyakit anemia.

Data objektif: keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, aktivitas Sebagian dibantu orang lain (parsial), wajah pucat, konjungtiva anemis,

membrane mukosa pucat, RR: 20 x/menit, nadi teraba lemah, terdapat edema ekstremitas bawah, pitting edema derajat II \pm 3 mm dengan waktu kembali 5 detik, asites, akral teraba dingin, CRT 4 detik, irama jantung ireguler, Na:134,4 mmol/L, K: 4,74 mmol/L, CI: 107,4 mmol/L, APTT: 32,0 detik, PT: 10,8 detik, INR: 1,04, WBC: 14.190 μ L, HGB: 5,4 g/dL, Takikardia, ST Deviasi (NSTEMI / Non STEMI), TD: 110/60 mmHg, Nadi: 106 x/menit, Suhu: 37 $^{\circ}$, RR: 20 x/menit, SpO₂: 97%, terjadi peningkatan berat badan sebesar 3,3 Kg, IMT: 41,0 (edema).

D. ANALISA DATA

Sign/symptom	Etiologi	Problem
DS: pasien mengatakan cepat lelah saat beraktivitas DO: nadi teraba lemah, edema pada ekstremitas bawah, pitting edema derajat II kedalaman \pm 3 mm dengan waktu kembali 5 detik, asites, TD: 110/60 mmHg, Nadi: 106 x/menit, Takikardia, ST Deviasi (NSTEMI / Non STEMI).	Perubahan afterload	Penurunan curah jantung
DS: pasien mengatakan pusing, mempunyai riwayat penyakit anemia DO: wajah pucat, konjungtiva anemis, membrane mukosa pucat, akral teraba dingin, CRT 4 detik, APTT: 32,0 detik, PT: 10,8 detik, INR: 1,04, HGB: 5,4 g/dL, TD: 110/60 mmHg, Nadi: 106 x/menit, Suhu: 37 $^{\circ}$ C, RR: 20 x/menit, SpO ₂ : 97%.	Penurunan aliran arteri dan/vena	Perfusi perifer tidak efektif
DS: pasien mengatakan BB sebelumnya 89 Kg DO: nadi teraba lemah, terjadi peningkatan berat badan sebesar 3,3 Kg, IMT: 41,0 (edema), edema ekstremitas bawah, pitting edema derajat II kedalaman \pm 3 mm dengan waktu kembali 5 detik, asites, TD: 110/60 mmHg, Nadi: 106 x/menit.	Gangguan mekanisme regulasi	Hipervolemia
DS: pasien mengatakan lelah saat beraktivitas DO: aktivitas Sebagian dibantu orang lain (parsial), RR: 20 x/menit, Na:134,4 mmol/L, HGB: 5,4 g/dL, TD: 110/60 mmHg, Nadi: 106 x/menit, Suhu: 37 $^{\circ}$	Kelemahan	Intoleransi aktivitas

II. DIAGNOSA KEPERAWATAN

- A. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload ditandai dengan
- DS: pasien mengatakan cepat lelah saat beraktivitas
- DO: nadi teraba lemah, edema pada ekstremitas bawah, pitting edema derajat II kedalaman ± 3 mm dengan waktu kembali 5 detik, asites, TD: 110/60 mmHg, Nadi: 106 x/menit, Takikardia, ST Deviasi (NSTEMI / Non STEMI).
- B. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran arteri dan/atau vena ditandai dengan
- DS: pasien mengatakan pusing, mempunyai riwayat penyakit anemia
- DO: wajah pucat, konjungtiva anemis, membrane mukosa pucat, akral teraba dingin, CRT 4 detik, APTT: 32,0 detik, PT: 10,8 detik, INR: 1,04, HGB: 5,4 g/dL, TD: 110/60 mmHg, Nadi: 106 x/menit, Suhu: 37^o, RR: 20 x/menit, SpO₂: 97%.
- C. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi ditandai dengan
- DS: pasien mengatakan BB sebelumnya 89 Kg
- DO: nadi teraba lemah, terjadi peningkatan berat badan sebesar 3,3 Kg, IMT: 41,0 (edema), edema ekstremitas bawah, pitting edema derajat II kedalaman ± 3 mm dengan waktu kembali 5 detik, asites, TD: 110/60 mmHg, Nadi: 106 x/menit.
- D. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan
- DS: pasien mengatakan lelah saat beraktivitas
- DO: aktivitas Sebagian dibantu orang lain (parsial), RR: 20 x/menit, Na:134,4 mmol/L, HGB: 5,4 g/dL, TD: 110/60 mmHg, Nadi: 106 x/menit, Suhu: 37^o

III. INTERVENSI KEPERAWATAN

- a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload ditandai dengan

DS: pasien mengatakan cepat lelah saat beraktivitas

DO: nadi teraba lemah, edema pada ekstremitas bawah, pitting edema derajat II kedalaman ± 3 mm dengan waktu kembali 5 detik, asites, TD: 110/60 mmHg, Nadi: 106 x/menit, Takikardia, ST Deviasi (NSTEMI / Non STEMI).

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan penurunan curah jantung dapat teratasi dengan kriteria hasil:

- 1) Kekuatan nadi perifer meningkat
- 2) Takikardia menurun
- 3) Gambaran EKG atritmia menurun
- 4) Lelah menurun
- 5) Edema menurun
- 6) Pucat menurun
- 7) Tekanan darah membaik

Intervensi (Perawatan jantung)

Observasi

- 1) Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, paroxysmal nocturnal dyspnea, peningkatan CVP)
- 2) Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi peningkatan berat badan, hepatomegali, distensi vena jugularis, palpitasi, ronkhi basah, oliguria, batuk, kulit pucat)
- 3) Monitor tekanan darah (termasuk tekanan darah ortostatik, jika perlu)
- 4) Monitor saturasi oksigen
- 5) Monitor keluhan nyeri dada (misalnya intensitas, lokasi, radiasi, durasi, presivikasi yang mengurangi nyeri)

6) Periksa tekanan darah dan nadi sebelum pemberian obat (misalnya beta blocker, ACE inhibitor, calcium channel blocker, digoxin)

Terapeutik

1) Posisikan semi-fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman

2) Fasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup sehat

Edukasi

1) Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi

2) Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap

3) Anjurkan berhenti merokok

Kolaborasi

1) Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu

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

DS: pasien mengatakan pusing, mempunyai riwayat penyakit anemia

DO: wajah pucat, konjungtiva anemis, membrane mukosa pucat, akral teraba dingin, CRT 4 detik, APTT: 32,0 detik, PT: 10,8 detik, INR: 1,04, HGB: 5,4 g/dL, TD: 110/60 mmHg, Nadi: 106 x/menit, Suhu: 37°, RR:20 x/menit, SpO₂: 97%.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan Resiko perfusi perifer tidak efektif dapat teratasi dengan kriteria hasil:

1) Denyut nadi perifer meningkat

2) Warna kulit pucat menurun

3) Edema perifer menurun

4) CRT membaik

Intervensi (Perawatan Sirkulasi)

Observasi

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

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

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

Terapeutik

1) Lakukan hidrasi

Edukasi

1) Anjurkan berhenti merokok

2) Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoaglan, dan penurun kolesterol, jika perlu

c. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi ditandai dengan

DS: pasien mengatakan BB sebelumnya 89 Kg

DO: nadi teraba lemah, terjadi peningkatan berat badan sebesar 3,3 Kg, IMT: 41,0 (edema), edema ekstremitas bawah, pitting edema derajat II kedalaman ± 3 mm dengan waktu kembali 5 detik, asites, TD: 110/60 mmHg, Nadi: 106 x/menit.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan hipervolemia dapat teratasi dengan kriteria hasil:

1) Kekuatan nadi meningkat

2) Output urine meningkat

3) Edema menurun

4) Frekuensi nadi membaik

Intervensi (Manajemen Hipervolemia)

Observasi

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

2) Identifikasi penyebab hipervolemia

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

4) Monitor intake dan output cairan

Terapeutik

1) Batasi asupan cairan dan garam

2) Tinggikan kepala tempat tidur 30-40°

Edukasi

- 1) Ajarkan cara membatasi cairan

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian deuretik

d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan

DS: pasien mengatakan lelah saat beraktivitas

DO: aktivitas Sebagian dibantu orang lain (parsial), RR: 20 x/menit,

Na:134,4 mmol/L, HGB: 5,4 g/dL, TD: 110/60 mmHg, Nadi: 106

x/menit, Suhu: 37°

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan intoleransi aktivitas dapat teratasi dengan kriteria hasil:

- 1) Frekuensi nadi meningkat
- 2) Saturasi oksigen meningkat
- 3) Keluhan lelah menurun
- 4) Warna kulit membaik
- 5) Tekanan darah membaik

Intervensi (Manajemen Energi)

Observasi

- 1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan
- 2) Monitor kelelahan fisik dan mental
- 3) Monitor pola dan jam tidur

Terapeutik

- 1) Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, pengunjung)

Edukasi

- 1) Anjurkan tirah baring
- 2) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap

IV. Implementasi Keperawatan

Implementasi pada Tn. H.Y dilakukan selama tiga hari pada tanggal 15-17 Mei 2024. Implementasi dilakukan sesuai dengan masing-masing diagnosa keperawatan.

a. Implementasi hari pertama pada tanggal 15 Mei 2024

1) Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload ditandai dengan

DS: pasien mengatakan cepat lelah saat beraktivitas

DO: nadi teraba lemah, edema pada ekstremitas bawah, pitting edema derajat II kedalaman ± 3 mm dengan waktu kembali 5 detik, asites, TD: 110/60 mmHg, Nadi: 106 x/menit, Takikardia, ST Deviasi (NSTEMI / Non STEMI).

Jam 07.00 Mengukur vital sign (Hasil: 110/60 mmHg, Nadi;106 x/menit, RR: 20 x/menit, Suhu: 37^o, SpO₂: 97%)

Jam 07.30 Mengidentifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, paroxysmal nocturnal dyspnea) (Hasil: pasien mengatakan tidak sesak napas, masih merasa lelah, edema ekstremitas bawah, tidak sesak saat berbaring, tidak sesak saat sedang tidur)

Jam 08.00 Mengidentifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi peningkatan berat badan, hepatomegali, distensi vena jugularis, palpitasi, ronkhi basah, oliguria, batuk, kulit pucat) (Hasil: terjadi peningkatan BB sebanyak 3,3 Kg, tidak ada hepatomegaly, tidak ada distensi vena jugularis, tidak ada palpitasi, tidak ada bunyi napas ronchi basah, tidak oliguria, tidak batuk, kulit pucat)

Jam 08.30 Memonitor tekanan darah (termasuk tekanan darah ortostatik, jika perlu) (Hasil: TD: 110/60 mmHg)

Jam 09.00 Memonitor saturasi oksigen (Hasil: SpO₂: 97%)

Jam 09.30 Memonitor keluhan nyeri dada (misalnya intensitas, lokasi, radiasi, durasi, presivitasi yang mengurangi nyeri) (Hasil: pasien mengatakan tidak nyeri dada)

Jam 09.40 Memeriksa tekanan darah dan nadi sebelum pemberian obat (misalnya beta blocker, ACE incubator, calcium channel bloker, digoksin) (Hasil: TD: 110/60 mmHg)

Jam 10.00 Memposisikan semi-fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman (Hasil: pasien tampak nyaman dengan posisi semi-fowler)

Jam 10.20 Memfasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup sehat (Hasil: Pasien mulai membiasakan diri untuk tidak merokok)

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

DS: pasien mengatakan pusing, mempunyai riwayat penyakit anemia

DO: wajah pucat, konjungtiva anemis, membrane mukosa pucat, akral teraba dingin, CRT 4 detik, APTT: 32,0 detik, PT: 10,8 detik, INR: 1,04, HGB: 5,4 g/dL, TD: 110/60 mmHg, Nadi: 106 x/menit, Suhu: 37°, RR: 20 x/menit, SpO₂: 97%.

Jam 07.00 Mengukur vital sign (Hasil: TD:110/60 mmHg, Nadi;106 x/menit, RR: 20 x/menit, Suhu: 37°, SpO₂: 97%)

Jam 08.00 Memeriksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu) (Hasil: nadi perifer teraba lemah, edema pada ekstremitas bawah, CRT 4 detik, warna pucat, suhu:37°)

Jam 09.00 Mengidentifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (mis. Diabetes, perokok, orangtua, hipertensi, dan kadar kolesterol tinggi) (Hasil: pasien merupakan perokok aktif, dan mempunyai Riwayat kolesterol tinggi)

Jam 10.00 Memonitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas (Hasil: suhu: 37° hangat, tidak ada kemerahan, tidak ada nyeri pada ekstremitas bawah yang bengkak)

Jam 10.30 Melakukan hidrasi (Hasil: pasien minum air hangat sesuai kebutuhan)

3) Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi ditandai dengan

DS: pasien mengatakan BB sebelumnya 89 Kg

DO: nadi teraba lemah, terjadi peningkatan berat badan sebesar 3,3 Kg, IMT: 41,0 (edema), edema ekstremitas bawah, pitting edema derajat II kedalaman ± 3 mm dengan waktu kembali 5 detik, asites, TD: 110/60 mmHg, Nadi: 106 x/menit.

Jam 07.00 Mengukur vital sign (Hasil: TD:110/60 mmHg, Nadi;106 x/menit, RR: 20 x/menit, Suhu: 37°, SpO₂: 97%)

Jam 07.30 Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia (mis. Ortopnea, dispnea, edema, suara napas tambahan) (Hasil: pasien mengatakan tidak sesak napas saat duduk maupun saat berbaring, edema ekstremitas bawah, tidak ada suara napas tambahan)

Jam 08.00 Mengidentifikasi penyebab hipervolemia (Hasil: kelebihan cairan yang ditandai dengan adanya edema pada ekstremitas dan terjadi kenaikan BB disebabkan karena penyakit CHF yang diderita pasien)

Jam 08.30 Memonitor status hemodinamik (mis. Frekuensi jantung, tekanan darah), jika perlu (Hasil: TD:110/60 mmHg, Nadi;106 x/menit)

Jam 09.30 Memonitor intake dan output cairan (Hasil: intake: infus NaCl 0,9% 168cc, air putih 250cc, sayur 10cc, injeksi obat furosemide 2cc, total intake: 422cc output: urine: 300cc, 422-300=122cc)

Jam 10.00 Membatasi asupan cairan dan garam (Hasil: infus NaCl 0,9% 8 tpm)

Jam 10.30 Meninggikan kepala tempat tidur 30-40° (Hasil: pasien nyaman berbaring dengan posisi kepala tempat tidur 30°)

4) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan

DS: pasien mengatakan lelah saat beraktivitas

DO: aktivitas Sebagian dibantu orang lain (parsial), RR: 20 x/menit, Na:134,4 mmol/L, HGB: 5,4 g/dL, TD: 110/60 mmHg, Nadi: 106 x/menit, Suhu: 37°

Jam 07.00 Mengukur vital sign (Hasil: TD: 110/60 mmHg, Nadi;106 x/menit, RR: 20 x/menit, Suhu: 37°, SpO₂: 97%)

Jam 09.00 Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan (Hasil: edema pada ekstremitas menyebabkan obesitas sehingga terjadi kelelahan)

Jam 10.00 Memonitor kelelahan fisik dan mental (Hasil: pasien mengatakan tubuh terasa lelah saat beraktivitas)

Jam 11.00 Memonitor pola dan jam tidur (Hasil: pasien tidur 8 jam di malam hari dan merasa puas)

Jam 12.00 Menyediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, pengunjung) (Hasil: membatasi pengunjung, meminta istri dan anak pasien untuk ngobrol diluar ruangan saat pasien istirahat, mematikan lampu dan menutup tirai tempat tidur pasien)

b. Implementasi hari kedua pada tanggal 16 Mei 2024

1) Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload ditandai dengan

DS: pasien mengatakan cepat lelah saat beraktivitas

DO: nadi teraba lemah, edema pada ekstremitas bawah, pitting edema derajat II kedalaman ±3 mm dengan waktu kembali 5 detik, asites, TD: 110/60 mmHg, Nadi: 106 x/menit, Takikardia, ST Deviasi (NSTEMI / Non STEMI).

Jam 07.00 Mengukur vital sign (Hasil: TD: 100/70 mmHg, Nadi;100 x/menit, RR: 21 x/menit, Suhu: 36,5°, SpO₂: 98%)

Jam 08.00 Memposisikan semi-fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman (Hasil: pasien mengatakan nyaman dengan posisi semi-fowler)

Jam 09.00 Memfasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup sehat (Hasil: pasien mengatakan akan menghentikan kebiasaan merokok dengan makan permen saja)

Jam 10.00 Menganjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi (Hasil: pasien mengatakan banyak duduk di tempat tidur dan hanya sesekali ke toilet)

Jam 10.30 Menganjurkan beraktivitas fisik secara bertahap (Hasil: pasien mengatakan mulai perlahan berjalan ke toilet secara mandiri)

Jam 10.40 Menganjurkan berhenti merokok (Hasil: pasien setuju untuk berhenti merokok mulai saat ini demi kesehatannya)

Jam 11.00 Berkolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu (Hasil: pemberian obat Digoxin 1g/ 23 jam)

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

DS: pasien mengatakan pusing, mempunyai riwayat penyakit anemia

DO: wajah pucat, konjungtiva anemis, membrane mukosa pucat, akral teraba dingin, CRT 4 detik, APTT: 32,0 detik, PT: 10,8 detik, INR: 1,04, HGB: 5,4 g/dL, TD: 110/60 mmHg, Nadi: 106 x/menit, Suhu: 37°, RR: 20 x/menit, SpO₂: 97%.

Jam 07.00 Mengukur vital sign (Hasil:TD: 100/70 mmHg, Nadi;100 x/menit, RR: 21 x/menit, Suhu: 36,5°, SpO₂: 98%)

Jam 08.00 Memonitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas (Hasil: suhu: 36,5° tidak panas, tidak ada nyeri pada ekstremitas bawah yang edema)

Jam 09.00 Melakukan hidrasi (Hasil: pasien minum air mineral secukupnya)

Jam 10.00 Menganjurkan berhenti merokok (Hasil: pasien mengatakan mulai saat ini akan berhenti merokok untuk kesehatannya)

Jam 11.00 Menganjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoaglan, dan penurun kolesterol, jika perlu (Hasil: memberikan obat lisinopril dyhidrate 10 mg/24 jam)

3) Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi ditandai dengan

DS: pasien mengatakan BB sebelumnya 89 Kg

DO: nadi teraba lemah, terjadi peningkatan berat badan sebesar 3,3 Kg, IMT: 41,0 (edema), edema ekstremitas bawah, pitting edema derajat II kedalaman ± 3 mm dengan waktu kembali 5 detik, asites, TD: 110/60 mmHg, Nadi: 106 x/menit.

Jam 07.00 Mengukur vital sign (Hasil: TD: 100/70 mmHg, Nadi;100 x/menit, RR: 21 x/menit, Suhu: 36,5°, SpO₂: 98%)

Jam 08.00 Memonitor intake dan output cairan (Hasil: Intake: infus NaCl 0,9% 168cc, air putih 250cc, susu 50cc, sayur 10cc, injeksi obat furosemide 2cc, total intake: 480cc output: urine 300cc, 480-300= 180cc)

Jam 09.00 Membatasi asupan cairan dan garam (Hasil: infus NaCl 0,9% 8 tpm)

Jam 10.00 Meninggikan kepala tempat tidur 30-40° (Hasil: pasien mengatakan nyaman dengan posisi kepala tempat tidur 30°)

Jam 11.00 Mengajarkan cara membatasi cairan (Hasil: pasien mengurangi minum air dan minum air secukupnya)

Jam 11.00 Berkolaborasi pemberian deuretik (Hasil: menginjeksi furosemide 1x2mg/IV)

4) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan

DS: pasien mengatakan lelah saat beraktivitas

DO: aktivitas Sebagian dibantu orang lain (parsial), RR: 20 x/menit, Na:134,4 mmol/L, HGB: 5,4 g/dL, TD: 110/60 mmHg, Nadi: 106 x/menit, Suhu: 37°

Jam 07.00 Mengukur vital sign (Hasil: TD:100/70 mmHg, Nadi:100 x/menit, RR: 21 x/menit, Suhu: 36,5°, SpO₂: 98%)

Jam 08.00 Memonitor pola dan jam tidur (Hasil: pasien mengatakan tidur 8 jam dan merasa puas ketika bangun)

Jam 09.00 Menyediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, pengunjung) (Hasil: membatasi pengunjung dan meminta istri dan anak pasien untuk tidak mengajak pasien ngobrol saat jam tidur pasien)

Jam 10.00 Menganjurkan tirah baring (Hasil: pasien lebih banyak berbaring dan melakukan aktivitasnya ditempat tidur kecuali BAB dan BAK)

Jam 11.00 Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap (Hasil: pasien mengatakan sudah mampu berjalan ke toilet secara mandiri perlahan-lahan)

V. Evaluasi Keperawatan

a. Evaluasi hari pertama

Diagnosa 1

S: pasien mengatakan lelah ketika beraktivitas, O: nadi teraba lemah, edema pada ekstremitas bawah, pitting edema derajat II kedalaman ±3 mm dengan waktu kembali 5 detik, TD: 100/60 mmHg, Nadi: 122 x/menit, A: masalah penurunan curah jantung belum teratasi, P: intervensi dilanjutkan.

Diagnosa ke-2

S: pasien mengatakan pusing, O: wajah pucat, konjungtiva anemis, membrane mukosa pucat, akral teraba dingin, CRT 4 detik, TD: 100/60

mmHg, Nadi: 122 x/menit, Suhu: 36°, RR: 20 x/menit, SpO₂: 98%, A: masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi, P: intervensi dilanjutkan.

Diagnosa ke-3

S: pasien mengatakan kedua kaki bengkak, O: nadi teraba lemah, terjadi peningkatan BB sebanyak 3,3 Kg, edema ekstremitas bawah, pitting edema derajat II kedalaman ±3 mm dengan waktu kembali 5 detik, TD: 100/60 mmHg, Nadi: 122 x/menit, A: masalah hipervolemia belum teratasi, P: intervensi dilanjutkan.

Diagnosa ke-4

S: pasien mengatakan lelah saat beraktivitas, O: aktivitas dibantu oleh istrinya, TD: 100/60 mmHg, Nadi: 122 x/menit, Suhu: 36°, RR: 20 x/menit, SpO₂: 98%, A: masalah intoleransi aktivitas belum teratasi, P: intervensi dilanjutkan.

b. Evaluasi hari kedua

Diagnosa 1

S: pasien mengatakan lelah ketika beraktivitas berkurang, O: nadi teraba sedang, edema pada ekstremitas bawah menurun, pitting edema derajat I kedalaman ±2 mm dengan waktu kembali 3 detik, TD: 110/80 mmHg, Nadi: 102 x/menit, A: masalah penurunan curah jantung sebagian teratasi, P: intervensi dilanjutkan.

Diagnosa ke-2

S: pasien mengatakan pusing berkurang, O: wajah pucat, konjungtiva anemis, membrane mukosa pucat, akral teraba hangat, CRT 4 detik, TD: 110/80 mmHg, Nadi: 102 x/menit, Suhu: 36,8°, RR: 22 x/menit, SpO₂: 98%, A: masalah perfusi perifer tidak efektif sebagian teratasi, P: intervensi dilanjutkan.

Diagnosa ke-3

S: pasien mengatakan sering BAK, O: nadi teraba sedang, edema ekstremitas bawah menurun, pitting edema derajat I kedalaman ±2 mm

dengan waktu kembali 3 detik, TD: 110/80 mmHg, Nadi: 102 x/menit,
A: masalah hipervolemia sebagian teratasi, P: intervensi dilanjutkan.

Diagnosa ke-4

S: pasien mengatakan lelah saat beraktivitas berkurang, O: aktivitas dilakukan mandiri secara perlahan-lahan, TD: 110/80 mmHg, Nadi: 102 x/menit, Suhu: 36,8°, RR: 22 x/menit, SpO₂: 98%, A: masalah intoleransi aktivitas sebagian teratasi, P: intervensi dilanjutkan.

VI. Catatan Perkembangan

Catatan perkembangan dilakukan pada tanggal 17 Mei 2024.

Diagnosa 1

S: pasien mengatakan lelah ketika beraktivitas

O: nadi teraba sedang, edema pada ekstremitas bawah menurun, pitting edema derajat I kedalaman ±2 mm dengan waktu kembali 3 detik, TD: 120/70 mmHg, Nadi: 89 x/menit

A: masalah penurunan curah jantung sebagian teratasi

P: intervensi dilanjutkan

I: Jam 07.00 Mengukur vital sign (Hasil:TD: 100/70 mmHg, Nadi;100 x/menit, RR: 21 x/menit, Suhu: 36,5°, SpO₂: 98%)

Jam 08.00 Memonitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas (Hasil: suhu: 36,5° tidak panas, tidak ada nyeri pada ekstremitas bawah yang edema)

Jam 09.00 Melakukan hidrasi (Hasil: pasien minum air mineral secukupnya)

Jam 10.00 Menganjurkan berhenti merokok (Hasil: pasien mengatakan mulai saat ini akan berhenti merokok untuk kesehatannya)

Jam 11.00 Menganjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoaglan, dan penurun kolesterol, jika perlu (Hasil: memberikan obat lisinopril dyhidrate 10 mg/24 jam)

E: jam 13.00 pasien mengatakan lelah ketika beraktivitas, nadi teraba sedang, edema pada ekstremitas bawah menurun, pitting edema derajat I kedalaman ±2 mm dengan waktu kembali 3 detik, TD: 120/70 mmHg, Nadi:

89 x/menit, masalah penurunan curah jantung sebagian teratasi, intervensi dipertahankan.

Diagnosa ke-2

S: pasien mengatakan tidak pusing

O: wajah pucat, konjungtiva anemis, membrane mukosa pucat, akral teraba hangat, CRT 4 detik, TD: 120/70 mmHg, Nadi: 89 x/menit, Suhu: 36,4°, RR: 22 x/menit, SpO₂: 98%

A: masalah perfusi perifer tidak efektif sebagian teratasi

P: intervensi dilanjutkan.

I: Jam 07.00 Mengukur vital sign (Hasil:TD: 100/70 mmHg, Nadi;100 x/menit, RR: 21 x/menit, Suhu: 36,5°, SpO₂: 98%)

Jam 08.00 Memonitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas (Hasil: suhu: 36,5° tidak panas, tidak ada nyeri pada ekstremitas bawah yang edema)

Jam 09.00 Melakukan hidrasi (Hasil: pasien minum air mineral secukupnya)

Jam 10.00 Menganjurkan berhenti merokok (Hasil: pasien mengatakan mulai saat ini akan berhenti merokok untuk kesehatannya)

Jam 11.00 Menganjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoaglan, dan penurun kolesterol, jika perlu (Hasil:

E: jam 13.00 pasien mengatakan tidak pusing, wajah pucat, konjungtiva anemis, membrane mukosa pucat, akral teraba hangat, CRT 4 detik, TD: 120/70 mmHg, Nadi: 89 x/menit, Suhu: 36,4°, RR: 22 x/menit, SpO₂ : 98%, masalah perfusi perifer tidak efektif sebagian teratasi, intervensi dipertahankan.

Diagnosa ke-3

S: pasien mengatakan sering BAK

O: nadi teraba sedang, edema ekstremitas bawah menurun, pitting edema derajat I kedalaman ± 2 mm dengan waktu kembali 3 detik, TD: 120/70 mmHg, Nadi: 89 x/menit

A: masalah hipervolemia sebagian teratasi

P: intervensi dilanjutkan

I: Jam 07.00 Mengukur vital sign (Hasil: TD: 100/70 mmHg, Nadi;100 x/menit, RR: 21 x/menit, Suhu: 36,5^o, SpO₂: 98%)

Jam 08.00 Memonitor intake dan output cairan (Hasil: intake: infus NaCl 0,9% 168cc, air putih 250cc, sayur 10cc, injeksi obat furosemide 2cc, total intake: 422cc output: urine: 300cc, 422-300=122cc)

Jam 09.00 Membatasi asupan cairan dan garam (Hasil: infus NaCl 0,9% 8 tpm)

Jam 10.00 Meninggikan kepala tempat tidur 30-40^o (Hasil: pasien mengatakan nyaman dengan posisi kepala tempat tidur 30^o)

Jam 11.00 Mengajarkan cara membatasi cairan (Hasil: pasien mengurangi minum air dan minum air secukupnya)

Jam 11.00 Berkolaborasi pemberian deuretik (Hasil: menginjeksi furosemide 1x2 mg/IV)

E: jam 13.00 pasien mengatakan sering BAK, nadi teraba sedang, edema ekstremitas bawah menurun, pitting edema derajat I kedalaman ±2 mm dengan waktu kembali 3 detik, TD: 120/70 mmHg, Nadi: 89 x/menit, masalah hipervolemia sebagian teratasi, intervensi dipertahankan.

Diagnosa ke-4

S: pasien mengatakan lelah saat beraktivitas berkurang

O: aktivitas dilakukan secara mandiri perlahan-lahan, TD: 120/670 mmHg, Nadi: 89 x/menit, Suhu: 36,4^o, RR: 22 x/menit, SpO₂: 98%

A: masalah intoleransi aktivitas sebagian teratasi

P: intervensi dilanjutkan

I: Jam 07.00 Mengukur vital sign (Hasil: TD:100/70 mmHg, Nadi;100 x/menit, RR: 21 x/menit, Suhu: 36,5^o, SpO₂: 98%)

Jam 08.00 Memonitor pola dan jam tidur (Hasil: pasien mengatakan tidur 8 jam dan merasa puas ketika bangun)

Jam 09.00 Menyediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, pengunjung) (Hasil: membatasi pengunjung dan meminta istri dan anak pasien untuk tidak mengajak pasien ngobrol saat jam tidur pasien)

Jam 10.00 Menganjurkan tirah baring (Hasil: pasien lebih banyak berbaring dan melakukan aktivitasnya ditempat tidur kecuali BAB dan BAK)

Jam 11.00 Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap (Hasil: pasien mengatakan sudah mampu berjalan ke toilet secara mandiri perlahan-lahan)

E: jam 13.00 pasien mengatakan lelah saat beraktivitas berkurang, aktivitas dilakukan secara mandiri perlahan-lahan, TD: 120/670 mmHg, Nadi: 89 x/menit, Suhu: 36,4°, RR: 22 x/menit, SpO₂: 98%, masalah intoleransi aktivitas sebagian teratasi, intervensi dipertahankan.

LAMPIRAN 2

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

**LEMBAR KONSULTASI**

Nama : Veronika Sama
NIM : PO. 5303202210036
Nama Pembimbing : Try Ayu Patnawati, S.Kep.,Ns.,M.Kep
Nama Penguji : Rif'atunnisa, S.Kep.,Ns.,M.Kep

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Pembimbing	Paraf pembimbing
1.	Jumat, 8/9/2023	BAB I Latar Belakang	<ol style="list-style-type: none">1. Perbaiki cover depan2. Rapikan penulisan/pengetikan setiap paragraph awal3. Cantumkan sumber secara jelas4. Cari dan tambahkan data CHF tahun 2022 baik menurut WHO (dunia, Riskesdas (Indonesia), Dinkes (Ende), dan RSUD Ende5. Tambahkan fenomena mengapa CHF masih banyak di Indonesia6. Perbaiki penulisan sumber yang benar7. Cari Kembali sumber yang asli yang diambil dari jurnal8. Tambahkan peran perawat9. Perbaiki rumusan masalah10. Perbaiki tujuan umum dan tujuan khusus11. Buatlah dengan daftar Pustaka	

2.	Jumat, 15/9/2023	Daftar Pustaka	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lengkapi data dan sumber 2. Lengkapi daftar pustaka 3. Tambahkan data yang didapat dari sumber 	A
3.	Rabu, 15/11/2023	BAB I Latar Belakang	<ol style="list-style-type: none"> 1. Telusuri sumber yang asli 2. Sesuaikan cara penulisan daftar pustaka 3. Tambahkan faktor penyebab kenapa masih banyak terjadi CHF 4. Ringkas kembali paragraf terakhir di bagian latar belakang 5. Tambahkan peran perawat 6. Lanjutkan ke BAB II 	A
4.	Kamis, 23/11/2023	BAB II Tinjauan Pustaka	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tambahkan peran perawat 2. Sesuaikan kembali dari penyebab baru ke dampak 3. Tambahkan sumber pada bagian pemeriksaan penunjang 4. Intervensi keperawatan sesuai dengan SIKI 5. Lanjutkan ke BAB III 	A
5.	Rabu, 31/01/2024	BAB III Metode Penelitian	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki jarak spasi setiap paragraf 2. Tambahkan peran perawat 3. Perbaiki kembali BAB III 4. Perbaiki dan sesuaikan kembali penulisan daftar pustaka 5. Perbaiki penulisan pada rumusan masalah 6. Perhatikan kembali data kasus CHF di Indonesia 	A

6.	Kamis, 22/02/2024	Pengetikan dalam Proposal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Atur kembali spasi dan susunan proposal 2. Perbaiki daftar pustaka link juga dihitamkan 	Ay
7.	Sabtu, 24/02/2024	BAB I, BAB II, dan BAB III	ACC PROPOSAL	Ay
8.	Kamis, 29/02/2024	BAB I, BAB II, Daftar pustaka, dan Daftar Isi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki daftar isi 2. Perbaiki penulisan yang kurang sesuai 3. Lengkapi prosedur penelitian 	Ay
9.	Rabu, 8/05/2024	Daftar Isi dan BAB III	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki kembali dibagian prosedur penelitian 2. Atur kembali daftar isi 3. Perbaiki ukuran logo 	Ay
10.	Senin, 13/05/2024	BAB III	Perbaiki prosedur penelitian	Ay
11.	Senin, 13/05/2024	BAB I, BAB II, dan BAB III	ACC REVISI PROPOSAL	Ay

12.	Rabu, 15/05/2024	Pengkajian	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lengkapi kembali pengkajian 2. Kaji kembali makanan terakhir klien, aktivitas sehari-hari dan saat sakit 3. Tanyakan riwayat pengobatan yang pernah klien jalani 4. Tentukan diagnosa dan susun intervensi keperawatan 	Ay
13.	Kamis, 16/05/2024	Diagnosa Keperawatan Dan Intervensi Keperawatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji kembali secara lengkap 2. Cek kembali apakah ada bunyi napas tambahan atau tidak 3. Tanyakan kembali apakah ada hasil pemeriksaan foto torax klien 4. Timbang BB klien 5. Kaji ekstremitas apakah ada edema atau tidak 6. Lanjutkan implementasi dan evaluasi kembali keadaan klien 	Ay
14.	Jumat, 17/05/2024	Implementasi Keperawatan Dan Evaluasi Keperawatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelajari kembali data pemeriksaan laboratorium klien 2. Cari dan pelajari hasil pemeriksaan EKG klien 3. Lengkapi terapi yang didapat dan evaluasi kembali aktivitas klien selama dirawat 4. Ketik secara rapih dan lanjut konsul yang sudah diketik 	Ay

15.	Jumat, 28/6/2024	BAB IV Studi Kasus dan pembahasan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perkecil logo poltekkes 2. Untuk kata sambung seperti yang, dan pake huruf kecil 3. Tidak usah angkat diagnosa nyeri akut 4. Tambahkan data pengkajian pitting edema 5. Tambahkan data pengkajian yang didapat dan hilangkan data yang tidak ada pada pengkajian 6. Pembahasan dibuat mulai dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan 7. Pada intervensi jelaskan kenapa terjadi kesenjangan 8. Implementasi dijelaskan saja sesuai yang dilakukan pada saat studi kasus 9. Cari artikel/jurnal yang berkaitan dengan penelitian ini 10. Lengkapi pada evaluasi dengan menambahkan data DS dan DO 11. Bagian kesimpulan harus menjawab tujuan pada KTI 12. Analisa data buat dalam bentuk tabel terbuka 	A
16.	Selasa, 2/7/2024	BAB IV Studi Kasus dan Pembahasan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kecilkan ukuran tabel analisa data menjadi font 10 2. Perbaiki penulisan SpO2 3. Tambahkan data BB sekarang 4. Diagnosa perfusi perifer tidak efektif diganti menjadi resiko perfusi perifer tidak efektif 5. Sebutkan data aktivitas apa yang harus dibantu 6. Lengkapi catatan perkembangan 7. Kesadaran dan keadaan umum jangan disingkat 	A

			<ol style="list-style-type: none"> 8. Perbaiki kembali keluhan utama 9. Penggunaan kata sedangkan tidak perlu masuk kalimat baru tetapi gunakan saja tanda koma (,) 10. Jangan ada pendobelan pada pembahasan 11. Susun berurutan dari keluhan utama baru keluhan lainnya 12. Perbaiki pembahasan pada bagian intervensi keperawatan 13. Cari jurnal untuk justifikasi (studi kasus CHF) 14. Jangan gunakan kata intervensi pada bagian implementasi keperawatan 15. Tambahkan evaluasi hari ke-3 yaitu catatan perkembangan 16. Kesimpulan pake point-point 17. Perbaiki kesimpulan pada pengkajian, intervensi, dan implementasi 18. Tambahkan kesenjangan pada kesimpulan pada point terakhir 	
17.	Rabu, 3/07/2024	Justifikasi Diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan dan evaluasi keperawatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki kembali justifikasi 2. Cari 2 jurnal untuk justifikasi 3. Tambahkan data yang mendukung penelitian ini yang ada pada jurnal 4. Rapikan kembali penulisan yang salah 5. Lengkapi justifikasi pada diagnosa, intervensi dan evaluasi 6. Perbaiki bagian kesimpulan diringkas lebih sederhana lagi 	

18.	Kamis, 4/07/2024	BAB I, BAB II, BAB III, BAB IV, dan BAB V	ACC HASIL STUDI KASUS DAN UJIAN HASIL	Ay
19.	Jumat, 5/07/2024	BAB I, II dan III, BAB IV, dan BAB V	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki penulisan 2. Perbaiki diagnosa resiko perfusi perifer tidak efektif 3. Lengkapi pemeriksaan fisik sesuai IPPA 4. Lengkapi data DS dan DO 5. Perbaiki saran menjadi lebih detail lagi 	Ay
20.	Selasa, 30/07/2024	BAB I, II, III, BAB IV, BAB V, dan Daftar Pustaka	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ganti logo yang baru 2. Atur jarak masuk setiap paragraf harus sama 3. Jangan pisahkan sub judul dan isi 4. Link pada daftar pustaka dihitamkan 5. Perbaiki penulisan artikel 6. Lengkapi lampiran 7. Buat abstrak pada KTI sesuai panduan 8. Lengkapi kata kunci pada artikel sebanyak tiga 	Ay
21.	Rabu, 07/08/2024	BAB I, II, III, BAB IV, BAB V, Daftar Pustaka dan Jurnal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki tujuan pada abstrak 2. Perbaiki intervensi dan implementasi pada abstrak 3. Hapus kesimpulan pada abstrak 4. Perbaiki abstrak yang Bahasa Inggris 5. Lengkapi lampiran 	Ay
22.	Senin, 12/08/2024	BAB I, BAB II, BAB III, BAB IV, dan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki kata pengantar 2. Perbaiki kembali abstrak 	Ay

		BAB V	bagian tujuan 3. Tambahkan nama penguji pada abstrak 4. Lengkapi lembar konsultasi	
23.	Selasa, 13/08/2024	BAB I, BAB II, BAB III, BAB IV, BAB V	ACC KTI	ky

Mengetahui,

Plh. Ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende

Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



Dr. Siskha Leny Cahyani, S.Kep.,Ns.,MSc.

NIP.197401132002122001



LEMBAR KONSULTASI

Nama : Veronika Sama
NIM : PO. 5303202210036
Nama Pembimbing : Try Ayu Patmawati, S.Kep.,Ns.,M.Kep
Nama Penguji : Rif'atunnisa, S.Kep.,Ns.,M.Kep

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Penguji	Paraf penguji
1.	Kamis, 29/02/2024	BAB I, BAB II, dan Daftar pustaka	<ol style="list-style-type: none">1. Penulisan Congestive heart failure harus italic2. Perbaiki paragraf yang hanya memiliki satu kalimat (digabungkan)3. Rumusan masalah dibuat dengan kesimpulan dari latar belakang4. Tambahkan klasifikasi CHF menurut NYHA5. Perbaiki penatalaksanaan6. Penatalaksanaan medis dilengkapi jenis obat, nama obat, kontra indikasi, maupun efek samping7. Tambahkan nilai normal dan interptasi hasil yang menunjukan CHF pada pemeriksaan penunjang8. Jelaskan komplikasi9. Perbaiki diagnosa 10 yaitu resiko gangguan integritas kulit10. Setiap SLKI dan SIKI yang diambil cantumkan dengan judul luarannya11. Tambahkan manifestasi klinis edema12. Perbaiki kembali intervensi pada diagnosa hipervolemia13. Perbaiki kembali tulisan-	

			<p>tulisan yang disingkat</p> <ol style="list-style-type: none"> 14. Daftar pustaka cantumkan nama semua penulisnya secara lengkap 15. Tambahkan link aksesnya dan kapan diaksesnya 16. Perhatikan kembali penulisan setiap kata (huruf yang kurang) 	<i>Pomulya</i>
2.	Senin, 6/05/2024	BAB II, BAB II, BAB III, dan Datar Pustaka	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki penulisan 2. Ganti logo yang baru 3. Tambahkan yang bisa diakses 	<i>Pomulya</i>
3.	Selasa, 7/05/2024	BAB I, BAB II, BAB III	ACC REVISI PROPOSAL	<i>Pomulya</i>
4.	Jumat, 05/07/2024	BAB I, BAB II, BAB III, BAB IV, BAB V dan Daftar pustaka	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki halama pada daftar isi 2. Perbaiki penulisan gelar pada kata pengantar 3. Perbaiki subjek penelitian 4. Perbaiki lokasi penelitian 5. Pada hasil studi kasus angka yang hanya sendirian dituliskan dengan huruf saja 6. Perbaiki keluhan utama 7. Perbaiki penulisan 8. Atur kembali jarak spasi sesuai panduan 9. Cakar IMT 10. Perbaiki kekuatan otot 11. Tambahkan hasil pemeriksaan EKG 12. Lengkapi dosis obat pada penatalaksanaan pengobatan 13. Perbaiki tabulasi data 14. Tambahkan judul tabel pada setiap tabel 15. Lengkapi data DS dan DO 16. Perbaiki diagnosa resiko 	<i>Pomulya</i>

			<p>perfusi perifer tidak efektif dan perhatikan prioritas masalahnya</p> <ol style="list-style-type: none"> 17. Kriteria hasil disesuaikan dengan data pada pengkajian 18. tambahkan klasifikasi CHF 19. lengkapi hasil implementasi yang didapatkan 20. perbaiki pembahasan 21. lengkapi pembahasan dengan artikel yang mendukung penelitian 22. Kesimpulan disesuaikan kembali dengan hasil pembahasan 	
5.	Selasa, 9/07/2024	BAB I, BAB II, BAB III, BAB IV, BAB V dan Daftar pustaka	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tambahkan hasil EKG 2. Gelar pada nama tidak perlu dipakaikan spasi 3. Hasil pengkajian pola aktivitas dipakaikan tabel terbuka dan lengkap dengan judul tabel 4. Perbaiki waktu bangun tidur pasien karena pasien muslim dan harus bangun sholat 5. Keterangan obesitas diganti menjadi edema 6. Tambahkan DO yaitu asites 7. Diagnosa perfusi perifer tidak efektif jadi diagnosa yang kedua 8. Tambahkan lampiran askep pada KTI 9. Pada pembahasan lengkapi alasan mengapa pasien mengalami pusing dan penurunan hemoglobin 10. Pada intervensi jelaskan tujuan dari dilakukannya intervensi 11. Hitung kembali balance cairan 12. Bahas mengenai intake dan output cairan pada implementasi 	

6.	Rabu, 10/07/2024	BAB I, BAB II, BAB III, BAB IV, BAB V, dan Daftar pustaka	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki daftar pustaka, sitasi nama orang cukup satu kata 2. Judul tabel diletakan dibagian atas tabel 3. Buatlah artikel jurnal 4. Lengkapi daftar pustaka 5. Lengkapi pembahasan pada bagian pengkajian 6. Bahas tentang Hb pada pasien CHF yang menyebabkan terjadi sesak napas dan pusing 7. Ceritakan tentang pekerjaan pasien yang memperburuk keadaan pasien 	<i>Pomula</i>
7.	22/07/2024	BAB I, BAB II, BAB III, BAB IV, BAB V	ACC KTI	<i>Pomula</i>

Mengetahui,

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



Dr. Susana Leny Cahyani, S.Kep.,Ns.,MSc.

NIP.197401132002122001

LAMPIRAN 3

JADWAL KEGIATAN

JENIS KEGIATAN	TAHUN 2023/2024												
	BULAN												
	Agustus	September	Oktober	November	Desember	Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni	Juli	Agustus
Pengajuan Judul Studi Kasus													
Penyusunan Bab I,II,III													
Studi Kasus													
Penyusunan Bab IV dan V													
Ujian Studi Kasus													
Revisi Studi Kasus													
Penyerahan Studi Kasus													

LAMPIRAN 4

PENJELASAN SEBELUM PENELITIAN STUDI KASUS

1. Saya adalah mahasiswa dari Poltekkes Kemenkes Kupang Program Studi Keperawatan Ende, dengan ini meminta Bapak/Ibu/Saudara untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam studi kasus yang berjudul Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis *Congestive Heart Failure* (CHF) di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende.
2. Tujuan dari studi kasus ini adalah mahasiswa diharapkan mampu melakukan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis *Congestive Heart Failure* (CHF) Di Ruang penyakit Dalam III RSUD Ende. Studi kasus ini dapat memberi manfaat berupa peningkatan proses asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis *Congestive Heart Failure* (CHF) Di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende. Studi kasus ini akan berlangsung selama tiga hari.
3. Prosedur pelaksanaan berupa asuhan keperawatan (pengkajian/pengumpulan data, perumusan diagnosis, penetapan rencana intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan) yang akan berlangsung kurang lebih 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 Bapak/Ibu/Saudara.
4. Keuntungan yang Bapak/Ibu/Saudara peroleh dari keterlibatan dalam studi kasus ini adalah Bapak/Ibu/Saudara mendapatkan pelayanan keperawatan yang lebih baik dan turut terlibat aktif mengikuti perkembangan asuhan yang diberikan.
5. 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 silakan menghubungi saya pada nomor HP : 081236143728

Peneliti



Veronika Sama
NIM : PO5303202210036

LAMPIRAN 5

INFORMED CONSENT

(Persetujuan menjadi Partisipan)

Yang bertanda tangan di bawah ini,

menyatakan bahwa: Saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai studi kasus yang akan dilakukan oleh : VERONIKA SAMA dengan judul : ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN DIAGNOSA MEDIS *CONGESTIVE HEART FAILURE* (CHF).

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 mengundurkan diri sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Ende, 15 Mei 2024

Saksi

Yang memberi persetujuan



(..... Intan Aulia)



(.. Haerun Yusuf ..)

Peneliti,



VERONIKA SAMA
PO. 5303202210036

LAMPIRAN 6

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



1. Data Diri

Nama : Veronika Sama
Tempat/Tanggal Lahir : Ende, 19 Mei 2003
Alamat : Jl. R. W. Monginsidi
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Katolik
Nama Ayah : Siprianus Zakarias Kabu
Nama Ibu : Maria Ndena

2. Riwayat Pendidikan

SDI Bhoanawa I : 2009-2015
SMPN I Ende : 2015-2018
SMAN I Ende : 2018-2021
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang,
Program Studi D III Keperawatan Ende : 2021-2024

MOTTO

“Tuhan akan mengarahkan perahumu, tetapi
kamu harus terus mendayung”