

BAB IV

STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

1. Gambaran Lokasi Studi Kasus

Studi kasus ini dilakukan di RSUD Ende yang merupakan rumah sakit milik Pemerintah Daerah yang berada di Jl. Prof. Dr. W. Z Yohanes. RSUD Ende terdiri dari beberapa ruangan yang salah satunya adalah Ruang Penyakit Dalam I, II. Ruang Penyakit Dalam I, II memiliki 14 ruangan yang terdiri dari 1 ruangan Kepala Ruangan, 1 ruangan untuk menyimpan obat dan barang-barang medis lainnya, 1 ruangan perawat, dan 11 ruangan/kamar rawat nginap. 11 ruangan rawat nginap tersebut memiliki kapasitas 18 bed. Kamar VIP 1-5 masing-masing 1 bed, kamar 5, 6 dan 7 masing-masing terdiri dari 2 bed, kamar 9, 10 masing-masing terdiri dari 3 bed dan kamar 8 terdiri dari 1 bed. Tenaga perawat Ruang Perawatan Penyakit Dalam I, II sebanyak 18 orang yang terdiri dari Diploma-III 15 orang, dan Strata 1 (S1) Ners 3 orang.

2. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 15 Mei 2025 pukul 20:00 Wita di Ruang Penyakit Dalam I dan II RSUD Ende 10 bed 3 pada pasien Ny. M. W. dengan diagnose medis *congestive heart failure* (CHF).

1) Biodata pasien

Studi kasus dilakukan pada Ny. M.W berumur 66 tahun beragama katolik jenis kelamin perempuan status janda pendidikan SD pekerjaan sebagai petani suku bangsa lio alamat Detusoko. Pasien masuk RSUD Ende pada tanggal 14 Mei 2025 dengan No. Register 161485 . Penanggung jawab pasien adalah Tn. O berumur 57 tahun hubungan dengan pasien saudara kandung pekerjaan sebagai petani alamat di Detusoko.

2) Status kesehatan saat ini

a) Keluhan utama

Pasien mengatakan sesak napas, nyeri dada sebelah kiri, batuk, badan terasa lemas, mudah lelah saat beraktivitas seperti berjalan 3-5 langkah, dan pasien merasa kepalanya pusing.

b) Riwayat keluhan utama

Pasien mengatakan sesak napas sejak, batuk, badan terasa lemas, mudah lelah saat beraktivitas, dan merasa kepalanya pusing sejak satu minggu yang lalu pada tanggal 7 Mei 2025 dan nyeri dada timbul sejak satu hari yang lalu pada tanggal 14 Mei 2025.

c) Alasan masuk rumah sakit dan perjalanan penyakit saat ini.

Pasien mengatakan pada tanggal 14 Mei 2025 jam 09:00 pasien mengeluh sesak napas disertai nyeri dada, merasa

lemas, cape, pusing, batuk lalu oleh keluarga pasien dibawa ke Puskesmas Detusoko pukul 10:00 lalu di rujuk ke RSUD Ende pada tanggal 14 Mei 2025, saat di IGD RSUD Ende pada tanggal 14 Mei 2025 jam 16:30, pasien masuk dengan keluhan sesak napas, nyeri dada sebelah kiri, merasa lemas, pusing, batuk, hasil pemeriksaan tanda-tanda vital: Tekanan darah: 150/117mmHg, Nadi: 130x/menit, Respirasi: 28x/menit, suhu: 36⁰C, SpO₂: 96%.

d) Upaya yang dilakukan untuk mengatasinya

Pasien mengatakan upaya yang dilakukan saat di rumah untuk mengurangi batuknya dengan menggunakan obat kampung yakni kencur yang dimakan setelah itu minum air hangat, dan untuk mengatasi sesak napasnya pasien duduk beralas bantal dan saat tidur pasien tidur beralas dua bantal kepala. Upaya yang dilakukan tersebut tidak membawa perubahan sehingga oleh keluarga pasien dibawa ke Puskesmas Detusoko.

3) Status kesehatan masa lalu

a) Penyakit yang pernah dialami

Pasien mengatakan sakit yang pernah di alami yakni batuk, pilek, dan pusing, dan obat yang dikonsumsi pasien adalah kencur dan air hangat.

b) Pernah dirawat

Pasien mengatakan sebelumnya belum pernah di rawat.

c) Alergi

Pasien mengatakan tidak memiliki alergi.

d) Kebiasaan

Pasien mengatakan memiliki kebiasaan minum segelas kopi setiap pagi dan sehabis makan.

4) Riwayat penyakit keluarga

Pasien mengatakan tidak tau adanya riwayat penyakit keluarga dikarenakan tidak pernah melakukan pemeriksaan kesehatan.

5) Diagnosa medis dan therapy yang didapat sebelumnya

Pasien mengatakan belum pernah mendapatkan therapy sebelumnya.

6) Pola kebuthan dasar (data bio-psiko-sosio-kultural-spiritual)

a) Pola presepsi dan manajemen kesehatan

Pasien mengatakan tidak mengetahui sakit apa yang di derita sekarang, pasien juga mengatakan tidak pernah melalukan pemeriksaan kesehatan di puskesmas maupun posyandu lansia. Pasien mengatakan jika sakit batuk dan pilek pasien hanya menggunakan obat tradisional yakni kencur lalu minum dengan air hingga batuk dan pilek nya sembuh.

b) Pola nutrisi-metabolik

Pasien mengatakan sebelum sakit makanya 3x sehari dengan menu makannya: nasi, ubi, sayur bayam, sawi, kol, labu jepang, pucuk labu, daun ubi, ikan tembang, ikan kering, pasien mengatakan menu makanan yang sering dikonsumsi adalah nasi, ikan kering, daun ubi, sayur labu jepang dengan cara pengelolaan daun ubi di bikin kuah santan, ikan kering di goreng kadang di bakar sayur labu jepang campur pucuk labu lalu tumis, makanan yang disukai oleh pasien yaitu ikan goreng, dan pasien minumnya air putih 8 sampai 9 gelas sehari. Saat ini, pasien mengatakan makan 3x sehari di habiskan dengan diet rendah garam, dan minumnya air putih 3 sampai 4 gelas sehari.

c) Pola eliminasi

Pasien mengatakan buang air besarnya (BAB) sebelum sakit 1-2x sehari dengan konsistensi lunak berwarna kuning kecoklatan. Biasanya BAB di pagi hari jam 06:00 dan buang air kecil (BAK) nya 4-5x sehari dengan konsistensi berwarna jernih kekuningan. Saat ini, pasien mengatakan BAB 1x sehari dengan konsistensi lunak berwarna kuning kecoklatan dan pasien juga mengatakan menggunakan alat bantu kateter dengan produksi urine 500cc/11 jam.

d) Pola aktivitas dan latihan

Sebelum sakit pasien berkerja sebagai seorang petani yaitu mulai dari pagi jam 06:30 memindahkan sapi setelah itu pulang sarapan setelah sarapan berkebun menanam sayuran, padi, ubi, jam 13:30 pasien pulang untuk makan siang, jam 16:30 pasien pergi ke kebun untuk memindah sapi setelah memindahkan sapi pasien pulang ke rumahnya membersihkan diri lalu memasak untuk makan malam. Saat ini pasien mengatakan kemampuan perawatan diri mulai dari makan minum, mandi, toileting, berpakaian, berpindah dibantu oleh keluarga dan perawat, pasien juga mengatakan tidak melakukan aktivitas dikarenakan pasien merasa sesak napas dan cepat lelah, pasien beristirahat.

e) Pola kognitif dan persepsi

Pasien mengatakan semua panca indranya dalam keadaan normal seperti penglihatan baik, penciuman baik, pendengaran baik, ingatan baik mampu mengenal waktu, tempat dan orang. Saat ini pasien mengatakan tidak ada gangguan pada panca indranya, ingatan pasien baik, mampu mengenal waktu, tempat dan orang.

f) Pola persep-konsep diri

Pasien mengatakan ia adalah seorang wanita bernama Ny.M.W berumur 66 tahun bekerja sebagai petani. Pasien

mengatakan ia sebagai janda yang tinggal bersama cucunya, pasien sangat bersyukur karena masih memiliki cucu yang tinggal bersamanya, saat ini pasien mengetahui dirinya. Pasien mengataka ia adalah seorang pasien yang sedang di rawat di RS. Pasien mengatakan ia bisa menerima keadaan saat ini hanya berbaring di tempat tidur dan ia mengatakan ingin cepat sembuh dan berkumpul bersama keluarganya. Pasien mengatakan ia dihargai oleh keluarga, dokter, perawat,dan pengujung lainnya.

g) Pola tidur dan istirahat

Pasien mengatakan sebelum sakit tidur malamnya mulai jam 22:00 dan bangun jam 06:00, pada siang hari pasien tidak tidur hanya beristirahat saja setelah pulang berkebun, sehari pasien tidur 8 jam. Saat ini pasien mengatakan tidur siangnya mulai jam 12:00 dan bangun pada jam 14:00 tidur malamnya mulai jam 23:00 bangunya jam 06:00, sehari pasien tidur 9 jam.

h) Pola peran-hubungan

Pasien mengatakan perannya sebagai nenek buat cucunya dan sebagain seorang petani untuk menafkahi dirinya dan cucunya, hubungan dengan keluarga dan tetangga sangat baik.

i) Pola seksual-reproduksi

Pasien mengatakan tidak ada keluhan mengenai organ reproduksinya. Saat ini pasien mengatakan saat sakit tidak ada keluhan mengenai reproduksinya.

j) Pola toleransi stress-koping

Pasien mengatakan saat terjadi masalah dalam keluarga pasien selalu menyelesaikan secara baik-baik. Saat ini pasien mengatakan tidak khawatir dengan sakitnya, pasien merasa yakin bahwa ia akan sembuh.

k) Pola nilai-kepercayaan

Pasien mengatakan dirinya beragama katolik, setiap hari minggu pasien pergi ke gereja.

7) Pemeriksaan fisik

Keadaan umum : lemah

Tingkat kesadaran : komposmentis

GCS: 15 verbal: 6, motorik: 5, eye: 4

Tanda tanda vital : Nadi = 79x/menit, Suhu = 36,5⁰C, Respirasi = 27x/menit, Tekanan darah = 110/90mmHg, SpO₂ = 94%

Berat badan : 50 kg, Tinggi badan : 160 cm, Indeks massa tubuh : 19,53.

a) Kepala: Wajah : tampak pucat dan meringis. Mata : konjungtiva anemis, sclera tidak ikterik, refleks cahaya (+), pupil isokor, bentuk mata simetris, tidak menggunakan alat

bantu melihat. Hidung: Bentuk simetris, tidak ada pernapas cuping hidung, tidak ada lesi, terpasang oksigen nasal canul 4 ltpm. Mulut: Mukosa bibir kering, gigi tampak sedikit kotor, gigi lengkap.

- b) Leher: Tampak bersih, tidak ada distensi vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid.
- c) Dada: Tampak dada kiri lebih besar dibandingkan dada kanan, terdapat retraksi dinding dada dengan frekuensi pernapasan 27x/menit, payudara terlihat simetris dan kendor, tidak ada benjolan pada payudara, terdapat rambut pada ketiak, tidak terdapa benjolan, vokal fremitus teraba dengan hasil getaran paru kiri bawah menurun, tidak ada nyeri tekan pada payudara maupun ketiak, saat diperkusi terdengar pekak pada dada kiri bawah, tidak ada suara napas tambahan seperti ronchi maupun wezzing, saat di auskultasi suara jantung S3 (gallop) dengan frekuensi jantung 130x/menit.
- d) Abdomen: Tampak simetris, bentuk datar sedikit membulat, bising usus 10x/menit.
- e) Genitalia: Terpasang keteter urine jumlah 500cc/11jam, warna kuning pucat.

f) Integumen: Tampak pucat, tidak terdapat luka maupun edema, CRT > 3 detik, tidak ada nyeri tekan.

g) Ekstermitas: Ekstermitas atas tidak terdapat edema maupun luka, ekstermitas atas mampu mengerjakan ekstensi dan fleksi, terpasang stopper di tangan kanan, tidak ada nyeri tekan. Ekstermitas bawah tidak terdapat edema maupun luka, ekstermitas bawah mampu mengerjakan ekstensi dan fleksi, tidak ada nyeri tekan.

8) Neurologis

a) Status mental dan emosi

Pasien mengatakan saat mengatasi emosinya pasien berbicara baik-baik dengan keluarganya untuk mengatasi masalahnya.

b) Keluhan nyeri

P : Nyeri disebabkan oleh peningkatan tekanan ventrikel sinistra dalam jantung

Q : nyeri yang dirasakan seperti tertekan

R : nyeri yang dirasakan pada dada kiri

S : nyeri yang dirasakan skala 3 (nyeri sedang)

T : nyeri dirasakan hilang timbul, nyeri yang paling dirasakan saat beraktivitas.

9) Pemeriksaan penunjang

Tabel 3.1 Hasil Pemeriksaan Darah Tanggal 15 Mei 2025

Result	Flags	Unit	Expected values
WBC	7.68	10 ³ /uL	3.60 - 11.00
LYMPH#	1.95	10 ³ /uL	1.00 - 3.70
MONO#	0.49	10 ³ /uL	0.00 - 0.70
EO#	0.11	10 ³ /uL	0.00 - 0.40
BASO#	0.08	10 ³ /uL	0.00 - 0.10
NEUT#	5.05	10 ³ /uL	1.30 - 7.00
LYMPH%	25.4	%	25.0 - 40.0
MONO%	6.4	%	2.0 - 8.0
EO%	1.4	%	2.0 - 4.0
BASO%	1.0	%	0.0 - 1.0
NEUT%	6.58	%	50.0 - 70.0
IG#	0.01	10 ³ /uL	0.00 - 7.00
IG%	0.1	%	0.0 - 72.0
RCB	5.34	10 ⁶ /uL	3.80 - 5.20
HGB	13.5	g/dL	11.7 - 15.5
HCT	42.0	%	35.0 - 47.0
MCV	78.7	fL	80.0 - 100.0
MCH	25.3	Pg	26.0 - 34.0
MCHC	32.1	g/dL	32.0 - 36.0
RDW-SD	38.6	fL	37.0 - 54.0
RDW-CV	13.3	%	11.5 - 14.5
PLT	255	10 ⁶ /uL	150 - 440
MPV	11.6	fL	9.0 - 13.0
PCT	0.30	%	0.17 - 0.35
PDW	13.8	fL	9.0 - 17.0
P-LCR	37.3	%	13.0 - 43.0

Hasil pemeriksaan radiologi tanggal 16 Mei 2025

Pemeriksaan X-Ray thorax AP :

- a) Tampak kapasitas homogen di hemithorax bilateral yang menumpulkan sudut costophrenicus
- b) Tampak corakan vaskuler meningkat
- c) Tampak infiltrat dan groundglass opacity di proyeksi paracardial pulmo bilateral

- d) Cor CRT > 0.56
- e) Tampak jarak processus spinosus ke aortic knob > 4cm
- f) Sistema tulang yang tervisualisasi intak

Kesan :

- a) Efusi pleura bilateral
- b) Pnemonia
- c) Cardiomegali, elengatio aorta

Hasil pemeriksaan EKG 15 Mei 2025

HR : 113, R-R : 530, P-R : 175, QRS : 90. QT/QTc : 340/468, P/QRS/T : -85/80/-65, RV5/SV1 : 1.236/-1.062, RV5 + SV1 : 0.174, QTcT : 0.641, 013 : Atrial Tachcardia, 022 : SVES, Maybe Abnormal ECG

10) Penatalaksanaa/pengobatan

Table 3.2. Therapy Pengobatan

Nama Obat	Dosis	Indikasi
O ₂ Nasal Kanul	4 lpm	Membantu meningkatkan kadar oksigen dalam darah dan mengurangi kerja jantung serta sistem pernapasan
Bisoprolol	3 x 1,25 mg	Membantu mengurangi denyut jantung yang cepat dan tidak teratur (takikardia), sehingga mengurangi beban pada jantung dan memperbaiki efisiensinya dalam memompa darah.
Warwarin	1 x 2 mg	Digunakan untuk mencegah pembekuan darah yang bisa menyebabkan stroke atau emboli sistemik (penggumpalan darah yang dapat bergerak ke organ lain).
Captopril	3 x 12,5 mg	Digunakan untuk mengurangi gejala gagal jantung, mencegah kerusakan lebih lanjut pada otot jantung dan

Lanjutan Tabel 3.2 Therapy Pengobatan

		penurun tekanan darah tinggi.
Sanfulia	1 x 1	Digunakan untuk memelihara kesehatan fungsi hati.
Furosemide	1 x 20 mg	Untuk tata laksana overload cairan dan edema yang disebabkan karena gagal jantung, Furosemide juga diindikasikan untuk pengobatan hipertensi, baik digunakan sendiri maupun bersama obat antihipertensi lainnya.
Certiaxone	1 x 2 gr	Mengobati berbagai infeksi bakteri.
Azithromycin	1 x 500 mg	Azithromycin bermanfaat untuk mengobati infeksi bakteri pada paru-paru.

a. Tabulasi data

Pasien mengatakan sesak napas, nyeri dada sebelah kiri, batuk, badan terasa lemas, mudah lelah saat beraktivitas seperti berjalan 3-5 langkah, dan pasien merasa kepalanya pusing, pasien mengatakan tidak mengetahui sakit apa yang di derita sekarang, pasien juga mengatakan tidak pernah melakukan pemeriksaan kesehatan di puskesmas maupun posyadu lansia, pasien mengatakan jika sakit batuk dan pilek menggunakan obat tradisional seperti kencur lalu minum dengan air hingga batuk dan pileknya sembuh, pasien mengatakan sebelum sakit makanan yang sering di konsumsi nasi, ikan kering, daun ubi, sayur labu jering dengan cara pengelolaan daun ubi di bikin kuah santan, ikan kering di goreng kadang di bakar sayur labu jering campur pucuk labu di tumis, Keadaan umum, lemah tingkat kesadaran komposmentis, GCS: 15, verbal: 6 motorik: 5 eye: 4, tanda-tanda vital : nadi = 79x/menit, suhu = 36,5⁰C, respirasi = 27x/menit, tekanan darah =

110/90mmHg, SpO₂= 94%, wajah tampak pucat dan meringis, mata konjungtiva anemis, hidung terpasang O₂ nasal kanul 4 lpm, mukosa bibir kering, dada paru Inspeksi : terdapat retraksi dinding dada, frekuensi pernapasan 27x/menit, Palpasi : Vokal fremitus teraba dengan hasil getaran paru kiri bawah menurun, Perkusi : terdengar pekak, Jantung terlihat dada kiri lebih besar dibandingkan dada kanan, saat di auskultasi suara jantung S3 (gallop) dengan frekuensi jantung 130x/menit, CRT>3detik, Keluhan nyeri

P : nyeri disebabkan oleh peningkatan tekanan ventrikel sinistra dalam jantung

Q : nyeri yang di rasakan seperti tertekan

R : nyeri yang dirasakan pada dada kiri

S : nyeri yang di rasakan skala 3 (nyeri sedang)

T : nyeri dirasakan hilang timbul, nyeri yang paling di rasakan saat beraktivitas

Pemeriksaan X-Ray thorax AP : Tampak kapasitas homogen di hemithorax bilateral yang menumpulkan sudut costophrenicus, Tampak corakan vaskuler meningkat, Tampak infiltrat dan groundglass opacity di proyeksi paracardial pulmo bilateral, Cor CRT > 0.56, Tampak jarak processus spinosus ke aortic knob > 4cm, Sistema tulang yang tervisualisasi intak, Kesan : Efusi pleura bilateral, Pnemonia, Cardiomegali, elengatio aorta, Hasil pemeriksaan EKG : HR : 113, R-R : 530, P-R : 175, QRS : 90,

QT/QTc : 340/468, P/QRS/T : -85/80/-65, RV5/SV1 : 1.236/-1.062, RV5 + SV1 : 0.174, QTcT : 0.641, 013 : Atrial Tachcardia, 022 : SVES, Maybe Abnormal ECG.

b. Klasifikasi data

Data Subjektif: Pasien mengatakan sesak napas, nyeri dada sebelah kiri, batuk, badan terasa lemas, mudah lelah saat beraktivitas seperti berjalan 3-5 langkah, dan pasien merasa kepalanya pusing, pasien mengatakan tidak pernah melakukan pemeriksaan kesehatan di puskesmas maupun posyadu lansia, pasien mengatakan jika sakit menggunakan obat lokal seperti kencur, pasien mengatakan sebelum sakit makanan yang sering dikonsumsi nasi, ikan kering, daun ubi, sayur labu jering dengan cara pengolahan daun ubi di bikin kuah santan, ikan kering di goreng kadang di bakar sayur labu jering campur pucuk labu di tumis.

Data Objektif : Keadaan umum lemah, tingkat kesadaran komposmentis, GCS: 15, verbal: 6 motorik: 5 eye: 4, tanda-tanda vital : nadi = 79x/menit, suhu = 36,5⁰C, respirasi = 27x/menit, tekanan darah = 110/90mmHg, SpO₂ = 94%, wajah tampak pucat dan meringis, mata konjungtiva anemis, hidung terpasang O₂ nasal kanul 4 lpm, mukosa bibir kering, dada paru Inspeksi : terdapat retraksi dinding dada, frekuensi pernapasan 27x/menit, Palpasi : Vokal fremitus teraba dengan hasil getaran paru kiri bawah menurun, Perkusi : terdengar pekak, Jantung terlihat dada kiri lebih

besar dibandingkan dada kanan, saat di auskultasi suara jantung S3 (gallop) dengan frekuensi jantung 130x/menit, CRT>3detik, Keluhan nyeri

P : nyeri disebabkan oleh peningkatan tekanan ventrikel sinistra dalam jantung

Q : nyeri yang di rasakan seperti tertekan

R : nyeri yang dirasakan pada dada kiri

S : nyeri yang di rasakan skala 3 (nyeri sedang)

T : nyeri dirasakan hilang timbul, nyeri yang paling di rasakan saat beraktivitas

Pemeriksaan X-Ray thorax AP : tampak opasitas homogen di hemithorax bilateral yang menumpulkan sudut costophrenicus, tampak corakan vaskuler meningkat, Tampak infiltrat dan groundglass opacity di proyeksi paracardial pulmo bilateral, Cor CRT > 0.56, Tampak jarak processus spinosus ke aortic knob > 4cm, Sistema tulang yang tervisualisasi intak, Kesan : Efusi pleura bilateral, pnemonia, cardiomegali, elengatio aorta, Hasil pemeriksaan EKG : HR : 113, R-R : 530, P-R : 175, QRS : 90, QT/QTc : 340/468, P/QRS/T : -85/80/-65, RV5/SV1 : 1.236/-1.062, RV5 + SV1 : 0.174, QTcT : 0.641, 013 : Atrial Tachcardia, 022 : SVES, Maybe Abnormal ECG.

c. Analisa data

Tabel 3.3. Analisa Data

No	Data DS/DO	Etiologi/Penyebab	Masalah Keperawatan
1	<p>DS: Pasien mengatakan sesak napas, nyeri dada sebelah kiri, batuk, merasa lemas, merasa cepat cape saat beraktivitas seperti berjalan 3-5 langkah, pusing.</p> <p>DO : Keadaan umu lemah, wajah tampak pucat, mata konjungtiva anemis, hidung terpasang O₂ nasal kanul 4 lpm, mukosa bibir kering, jantung terlihat dada kiri lebih besar dibandingkan dada kanan, saat di auskultasi suara jantung S3 (gallop) dengan frekuensi jantung 130x/menit, CRT>3detik, tanda-tanda vital : nadi = 79x/menit, suhu = 36,5⁰C, respirasi = 27x/menit, tekanan darah = 110/90mmHg, SpO₂ = 94%, Hasil pemeriksaan EKG : HR : 113, R-R : 530, P-R : 175, QRS : 90, QT/QTc : 340/468, P/QRS/T : -85/80/-65, RV5/SV1 : 1.236/-1.062, RV5 + SV1 : 0.174, QTcT : 0.641, 013 : Atrial Tachcardia, 022 : SVES, Maybe Abnormal ECG, Cor CRT > 0.56, Tampak jarak processus spinosus ke aortic knob > 4cm, cardiomegali, elengatio aorta.</p>	Perubahan irama jantung, perubahan frekuensi jantung	Penurunan curah jantung
2	<p>DS: pasien mengatakan sesak napas.</p> <p>DO: Keadaan umum lemah, tanda-tanda vital: nadi = 79x/menit, suhu = 36,5⁰C, respirasi = 27x/menit, tekanan darah = 110/90mmHg, SpO₂ = 94%, wajah tampak pucat, mata konjungtiva anemis, hidung terpasang O₂ nasal kanul 4 lpm, mukosa bibir kering, dada paru Inspeksi: terdapat retraksi dinding dada, frekuensi pernapasan 27x/menit</p>	Edema paru	Pola napas tidak efektif
3	<p>Ds: Pasien mengatakan sesak napas dan pusing</p> <p>DO: Keadaan umum lemah, tanda-tanda vital: nadi = 79x/menit, suhu = 36,5⁰C, respirasi = 27x/menit, tekanan d arah = 110/90mmHg, SpO₂ = 94%, wajah tampak pucat, mata konjungtiva</p>	Ketidakseimbangan ventilasi-kapiler	Gangguan pertukaran gas

Lanjutan Tabel 3.3 Analisa Data

	<p>anemis, hidung terpasang O₂ nasal kanul 4 lpm, mukosa bibir kering, dada paru Inspeksi: frekuensi pernapasan 27x/menit, Palpasi: Vokal fremitus teraba dengan hasil getaran paru kiri bawah menurun, Perkusi: terdengar pekak, CRT>3detik</p>		
4	<p>DS: pasien mengatakan nyeri pada dada kiri dengan keluhan : P : nyeri disebabkan oleh peningkatan tekanan ventrikel sinistra dalam jantung Q : nyeri yang di rasakan seperti tertekan R : nyeri yang dirasakan pada dada kiri S : nyeri yang di rasakan skala 3 (nyeri sedang) T : nyeri dirasakan hilang timbul, nyeri yang paling di rasakan saat beraktivitas DO: Keadaan umum lemah, wajah tampak meringis, tanda-tanda vital: nadi = 79x/menit, suhu = 36,5⁰C, respirasi = 27x/menit, tekanan darah = 110/90mmHg, SpO₂ = 94%.</p>	<p>Agen pencedera fisiologis(inflamasi).</p>	<p>Nyeri akut</p>
5	<p>DS: - DO: Keadaan umum lemah, tingkat kesadaran komposmentis, tanda-tanda vital: nadi = 79x/menit, suhu = 36,5⁰C, respirasi = 27x/menit, tekanan darah = 110/90mmHg, SpO₂ = 94%, wajah tampak pucat, CRT > 3 detik.</p>	<p>Penurunan aliran arteria atau vena</p>	<p>Gangguan perfusi perifer tidak efektif</p>
6	<p>DS: Pasien mengatakan sesak napas, merasa lemas, merasa cepat cape saat beraktivitas seperti berjalan 3-5 langkah. DO Keadaan umum lema, tanda-tanda vital : nadi = 79x/menit, suhu = 36,5⁰C, respirasi = 27x/menit, tekanan darah = 110/90mmHg, SpO₂ = 94%, wajah tampak pucat, mukosa bibir kering, Hasil pemeriksaan EKG : HR : 113, R-R : 530, P-R : 175, QRS : 90, QT/QTc : 340/468, P/QRS/T : -85/80/-65, RV5/SV1 : 1.236/-1.062, RV5 + SV1 : 0.174, QTcT : 0.641, 013 : Atrial Tachcardia, 022 : SVES, Maybe Abnormal ECG.</p>	<p>Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen</p>	<p>Intoleransi aktivitas</p>

Lanjutan Tabel 3.3 Analisa Data

7	DS: Pasien mengatakan tidak pernah melakukan pemeriksaan kesehatan di puskesmas maupun posyadu lansia, pasien mengatakan jika sakit menggunakan obat lokal seperti kencur, pasien mengatakan sebelum sakit makanan yang sering dikonsumsi nasi, ikan kering, daun ubi, sayur labu jepa, pucuk labu dengan cara pengelolaan daun ubi di bikin kua santan, ikan kering di goreng kadang di bakar sayur labu campur pucuk labu di tumis. DO: -	Kurang informasi	terpapar	Defisit pengetahuan
---	--	------------------	----------	---------------------

3. Diagnosa keperawatan

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

DS: Pasien mengatakan sesak napas, nyeri dada sebelah kiri, batuk, badan terasa lemas, mudah lelah saat beraktivitas seperti berjalan 3-5 langkah, dan pasien merasa kepalanya pusing.

DO: Keadaan umum lemah, wajah tampak pucat, mata konjungtiva anemis, hidung terpasang O₂ nasal kanul 4 lpm, mukosa bibir kering, jantung terliat dada kiri lebih besar dibandingkan dada kanan, saat di auskultasi suara jantung S₃ (gallop) dengan frekuensi jantung 130x/menit, CRT > 3 detik, tanda-tanda vital : nadi = 79x/menit, suhu = 36,5⁰C, respirasi = 27x/menit, tekanan darah = 110/90mmHg, SpO₂ = 94%, Hasil pemeriksaan EKG : HR : 113, R-R : 530, P-R : 175, QRS : 90, QT/QTc : 340/468, P/QRS/T : - 85/80/-65, RV5/SV1 : 1.236/-1.062, RV5 + SV1 : 0.174, QTcT : 0.641, 013 : Atrial Tachcardia, 022 : SVES, Maybe Abnormal

ECG, Cor CRT > 0.56, Tampak jarak processus spinosus ke aortic knob > 4cm, cardiomegali, elengatio aorta.

- b. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan edema paru ditandai dengan :

DS: pasien mengatakan sesak napas.

DO: Keadaan umum lemah, tanda-tanda vital: nadi = 79x/menit, suhu = 36,5⁰C, respirasi = 27x/menit, tekanan darah = 110/90mmHg, SpO₂ = 94%, wajah tampak pucat, mata konjungtiva anemis, hidung terpasang O₂ nasal kanul 4 lpm, mukosa bibir kering, dada paru Inspeksi: terdapat retraksi dinding dada, frekuensi pernapasan 27x/menit.

- c. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-kapiler ditandai dengan:

DS: Pasien mengatakan sesak napas dan kepalanya terasa pusing.

DO: Keadaan umum lemah, tanda-tanda vital: nadi = 79x/menit, suhu = 36,5⁰C, respirasi = 27x/menit, tekanan darah = 110/90mmHg, SpO₂ = 94%, wajah tampak pucat, mata konjungtiva anemis, hidung terpasang O₂ nasal kanul 4 lpm, mukosa bibir kering, dada paru Inspeksi: frekuensi pernapasan 27x/menit, Palpasi: Vokal fremitus teraba dengan hasil getaran paru kiri bawah menurun, Perkusi: terdengar pekak, CRT>3detik.

- d. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedra fisiologis (inflamasi) ditandai dengan :

DS: pasien mengatakan nyeri pada dada kiri dengan keluhan :

P : nyeri disebabkan oleh peningkatan tekanan ventrikel sinistra dalam jantung

Q : nyeri yang di rasakan seperti tertekan

R : nyeri yang dirasakan pada dada kiri

S : nyeri yang di rasakan skala 3 (nyeri sedang)

T : nyeri dirasakan hilang timbul, nyeri yang paling di rasakan saat beraktivitas

DO: Keadaan umum lemah, wajah tampak meringis, tanda-tanda

vital : nadi = 79x/menit, suhu = 36,5⁰C, respirasi = 27x/menit, tekanan darah = 110/90mmHg, SpO₂ = 94%.

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

DS: -

DO : Keadaan umum lemah, tingkat kesadaran komposmentis, tanda-tanda vital: nadi = 79x/menit, suhu = 36,50C, respirasi = 27x/menit, tekanan darah = 110/90mmHg, SpO₂ = 94%, wajah tampak pucat, CRT > 3 detik.

- f. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen ditandai dengan :

DS: Pasien mengatakan sesak napas, merasa lemas, merasa cepat lelah saat beraktivitas seperti berjalan 3-5 langkah.

DO: Keadaan umum lema, tanda-tanda vital : nadi = 79x/menit, suhu = 36,50C, respirasi = 27x/menit, tekanan darah = 110/90mmHg, SpO2 = 94%, wajah tampak pucat, mukosa bibir kering, Hasil pemeriksaan EKG : HR : 113, R-R : 530, P-R : 175, QRS : 90, QT/QTc : 340/468, P/QRS/T : -85/80/-65, RV5/SV1 : 1.236/-1.062, RV5 + SV1 : 0.174, QTcT : 0.641, 013 : Atrial Tachcardia, 022 : SVES, Maybe Abnormal ECG.

- g. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan :

DS: Pasien mengatakan tidak mengetahui sakit apa yang di derita sekarang, pasien juga mengatakan tidak pernah melakukan pemeriksaan kesehatan di puskesmas maupun posyadu lansia, pasien mengatakan jika sakit batuk dan pilek menggunakan obat tradisional seperti kencur lalu minum dengan air hingga batuk dan pileknya sembuh, pasien mengatakan sebelum sakit makanan yang sering di konsumsi nasi, ikan kering, daun ubi, sayur labu jepang, pucuk labu dengan cara pengelolaan daun ubi di bikin kuah santan, ikan kering di goreng kadang di bakar sayur labu campur pucuk labu di tumis.

DO: -

4. Intervensi keperawatan

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

DS: Pasien mengatakan sesak napas, nyeri dada sebelah kiri, batuk, badan terasa lemas, mudah lelah saat beraktivitas seperti berjalan 3-5 langkah, dan pasien merasa kepalanya pusing.

DO : Keadaan umu lemah, wajah tampak pucat, mata konjungtiva anemis, hidung terpasang O2 nasal kanul 4 lpm, mukosa bibir kering, jantung terlihat dada kiri lebih besar dibandingkan dada kanan, saat di auskultasi suara jantung S3 (gallop) dengan frekuensi jantung 130x/menit, CRT>3detik, tanda-tanda vital : nadi = 79x/menit, suhu = 36,5⁰C, respirasi = 27x/menit, tekanan darah = 110/90mmHg, SpO₂ = 94%, Hasil pemeriksaan EKG : HR : 113, R-R : 530, P-R : 175, QRS : 90, QT/QTc : 340/468, P/QRS/T : - 85/80/-65, RV5/SV1 : 1.236/-1.062, RV5 + SV1 : 0.174, QTcT : 0.641, 013 : Atrial Tachcardia, 022 : SVES, Maybe Abnormal ECG, Cor CRT > 0.56, Tampak jarak processus spinosus ke aortic knob > 4cm, cardiomegali, elengatio aorta.

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

- 1) Palpitasi menurun
- 2) Takikardi menurun
- 3) Gambaran EKG aritmia menurun
- 4) Lelah menurun
- 5) Dispnea menurun

- 6) Pucat menurun
- 7) Ortopnea menurun
- 8) Batuk menurun
- 9) Suara jantung S3 menurun
- 10) Pengisian kapiler membaik

Intervensi: Perawatan jantung

- 1) Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung
(dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, PND, peningkatan CVP)
Rasional: Tanda-tanda primer ini menunjukkan penurunan efisiensi pemompaan jantung dan retensi cairan. Deteksi dini membantu mencegah komplikasi lebih lanjut seperti gagal jantung kongestif.
- 2) Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung
(peningkatan berat badan, hepatomegali, distensi vena jugularis, palpitasi, ronchi basah, oliguria, batuk, kulit pucat)
Rasional: Gejala sekunder mencerminkan dampak sistemik dari curah jantung yang menurun, seperti kongesti paru dan gangguan perfusi organ. Pemantauan membantu menilai derajat keparahan dan respons terhadap terapi.
- 3) Monitor saturasi oksigen
Rasional: Saturasi oksigen rendah dapat mengindikasikan hipoksemia akibat penurunan perfusi paru. Pemantauan berkala membantu menentukan kebutuhan oksigen tambahan.

- 4) Monitor keluhan nyeri dada (intensitas, lokasi, radiasi, durasi, presipitasi yang mengurangi nyeri).

Rasional: Nyeri dada bisa merupakan tanda iskemia miokard atau infark, yang dapat memperburuk curah jantung. Karakteristik nyeri membantu dalam penegakan diagnosis dan pemberian intervensi yang tepat.

- 5) Monitor EKG 12 sadapan.

Rasional: EKG memberikan gambaran kelistrikan jantung dan dapat menunjukkan adanya iskemia, infark, atau gangguan irama yang berkontribusi terhadap penurunan curah jantung.

- 6) Monitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi).

Rasional: Aritmia dapat mengganggu efektivitas kontraksi jantung dan menurunkan curah jantung. Deteksi dini memungkinkan penanganan segera untuk mencegah komplikasi.

- 7) Posisikan pasien semi-Fowler atau Fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman.

Rasional: Posisi ini membantu mengurangi beban kerja jantung, memperbaiki ekspansi paru, dan menurunkan kongesti vena, sehingga meningkatkan oksigenasi dan kenyamanan pasien.

- 8) Berikan diet jantung yang sesuai (batasi kafein, natrium, kolesterol, makanan tinggi lemak).

Rasional: Diet ini membantu mengontrol tekanan darah, menurunkan risiko aterosklerosis, dan mengurangi retensi cairan, yang semuanya penting dalam manajemen gagal jantung.

9) Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stres, jika perlu

Rasional: Stres meningkatkan beban kerja jantung melalui aktivasi sistem saraf simpatis. Relaksasi membantu menurunkan denyut jantung dan tekanan darah.

10) Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%

Rasional: Oksigen tambahan mendukung kebutuhan metabolik jaringan dan memperbaiki oksigenasi pada pasien dengan curah jantung rendah.

11) Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi.

Rasional: Aktivitas fisik yang sesuai membantu menjaga kekuatan otot dan fungsi kardiovaskular tanpa membebani jantung secara berlebihan.

12) Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap.

Rasional: Peningkatan aktivitas secara bertahap mencegah kelelahan dan memperbaiki toleransi terhadap latihan pada pasien dengan penurunan curah jantung.

13) Penatalaksanaan pemberian antiaritmia, jika perlu.

Rasional: Obat antiaritmia membantu mengembalikan irama

jantung normal, memperbaiki efisiensi pompa jantung, dan mencegah penurunan lebih lanjut curah jantung.

- b. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan edema paru ditandai dengan :

DS: Pasien mengatakan sesak napas.

DO: Keadaan umum lemah, tanda-tanda vital: nadi = 79x/menit, suhu = 36,5⁰C, respirasi = 27x/menit, tekanan darah = 110/90mmHg, SpO₂ = 94%, wajah tampak pucat, mata konjungtiva anemis, hidung terpasang O₂ nasal kanul 4 lpm, mukosa bibir kering, dada paru Inspeksi: terdapat retraksi dinding dada, frekuensi pernapasan 27x/menit.

Tujuan: Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 3x24 jam di harapkan masalah pola napas tidak efektif teratasi dengan kriteria hasil:

- 1) Dispnea menurun
- 2) Penggunaan otot bantu napas menurun
- 3) Pemanjangan fase ekspirasi menurun
- 4) Frekuensi napas membaik
- 5) Kedalaman napas membaik

Intervensi: Manajemen jalan napas.

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

Rasional: Memantau pola napas membantu mengenali adanya gangguan pernapasan seperti hiperventilasi, hipoventilasi, atau

peningkatan usaha napas akibat obstruksi jalan napas atau penurunan kapasitas paru. Perubahan pola napas dapat menjadi tanda awal kondisi yang memburuk.

- 2) Monitor bunyi napas tambahan (misalnya: gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering).

Rasional: Bunyi napas tambahan memberikan petunjuk tentang kondisi saluran napas. Misalnya, wheezing menunjukkan bronkokonstriksi, gurgling dapat menandakan adanya sekret di saluran napas atas, dan ronchi mengindikasikan adanya lendir atau sekresi di saluran napas bawah.

Terapeutik

- 3) Posisikan semi-fowler atau fowler.

Rasional: Posisi semi-fowler atau fowler membantu meningkatkan ekspansi paru dan memudahkan proses pernapasan dengan mengurangi tekanan pada diafragma dan mempermudah drainase sekret.

- 4) Berikan minum hangat.

Rasional: Minuman hangat membantu meredakan batuk.

- 5) Berikan oksigen, jika perlu.

Rasional: Oksigen diberikan untuk mengatasi hipoksemia (kadar oksigen rendah dalam darah), sehingga memastikan suplai oksigen yang adekuat ke jaringan tubuh dan mencegah komplikasi akibat kekurangan oksigen.

6) Anjurkan asupan cairan 200 ml/hari, jika tidak ada kontraindikasi.

Rasional: Asupan cairan yang cukup membantu mengencerkan sekret sehingga mudah dikeluarkan, mencegah dehidrasi, dan mendukung fungsi tubuh secara optimal selama proses penyembuhan.

7) Penatalaksanaan pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu.

Rasional: Bronkodilator membantu membuka saluran napas yang menyempit, ekspektoran memudahkan pengeluaran dahak, dan mukolitik mengencerkan lendir sehingga memperbaiki ventilasi dan mengurangi risiko obstruksi saluran napas.

c. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-kapiler ditandai dengan:

DS: Pasien mengatakan sesak napas dan merasa kepalanya pusing.

DO: Keadaan umum lemah, tanda-tanda vital: nadi = 79x/menit, suhu = 36,5⁰C, respirasi = 27x/menit, tekanan darah = 110/90mmHg, SpO₂ = 94%, wajah tampak pucat, mata konjungtiva anemis, hidung terpasang O₂ nasal kanul 4 lpm, mukosa bibir kering, dada paru Inspeksi: frekuensi pernapasan 27x/menit, Palpasi: Vokal fremitus teraba dengan hasil getaran paru kiri bawah menurun, Perkusi: terdengar pekak, CRT>3detik.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan masalah gangguan pertukaran gas teratasi dengan kriteria hasil :

- 1) Dispnea menurun
- 2) Bunyi napas tambahan menurun
- 3) Takikardia menurun
- 4) PCO₂ membaik
- 5) PO₂ membaik
- 6) pH arteri membaik

Intervensi: Pemantauan Respirasi

- 1) Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas.

Rasional: Mengidentifikasi adanya gangguan pernapasan seperti hiperventilasi, bradipnea, atau napas tidak efektif yang dapat menandakan kondisi medis serius.

- 2) Monitor pola napas (bradypnea, takipnea, hiperventilasi, Kussmaul, Cheyne-Stokes, Biot, ataksik)

Rasional: Pola napas yang abnormal bisa menunjukkan gangguan metabolik, kerusakan neurologis, atau gagal napas yang membutuhkan intervensi segera.

- 3) Monitor kemampuan batuk efektif.

Rasional: Batuk yang efektif penting untuk membersihkan saluran napas dari sekret dan mencegah sumbatan atau infeksi.

4) Monitor adanya produksi sputum.

Rasional: Produksi sputum berlebih atau perubahan karakter sputum dapat menandakan infeksi saluran pernapasan atau gangguan paru.

5) Monitor adanya sumbatan jalan napas.

Rasional: Sumbatan dapat menyebabkan hipoksia dan harus segera diatasi agar saluran napas tetap paten.

6) Palpasi kesimetrisan ekspansi paru.

Rasional: Ketidaksimetrisan ekspansi paru dapat menandakan adanya pneumotoraks, efusi pleura, atau kolaps paru.

7) Auskultasi bunyi napas.

Rasional: Mendeteksi suara abnormal seperti wheezing, ronchi, atau rales yang menunjukkan kondisi seperti obstruksi atau infeksi.

8) Monitor saturasi oksigen.

Rasional: Saturasi oksigen memberikan gambaran cepat mengenai kecukupan oksigenasi pasien.

9) Monitor nilai analisa gas darah.

Rasional: Memberikan informasi rinci tentang status asam-basa, oksigenasi, dan ventilasi pasien.

10) Monitor hasil x-ray thoraks.

Rasional: Membantu mendeteksi kelainan struktural atau patologis pada paru-paru yang tidak terlihat secara klinis.

11. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien.

Rasional: Menyesuaikan frekuensi pengamatan untuk deteksi dini perubahan kondisi dan pencegahan komplikasi.

12. Dokumentasikan hasil pemantauan.

Rasional: Dokumentasi yang tepat penting untuk evaluasi lanjutan dan komunikasi antar tim kesehatan.

13. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan.

Rasional: Meningkatkan pemahaman dan kerjasama pasien selama proses pemantauan, serta mengurangi kecemasan.

14. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu.

Rasional: Memberikan transparansi dan memberdayakan pasien dalam pengelolaan kondisi kesehatannya.

d. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedra fisiologis (inflamasi) ditandai dengan :

DS: pasien mengatakan nyeri pada dada kiri dengan keluhan :

P : nyeri disebabkan oleh peningkatan tekanan ventrikel sinistra dalam jantung

Q : nyeri yang di rasakan seperti tertekan

R : nyeri yang dirasakan pada dada kiri

S : nyeri yang di rasakan skala 3 (nyeri sedang)

T : nyeri dirasakan hilang timbul, nyeri yang paling di rasakan saat beraktivitas

DO: Keadaan umum lemah, wajah tampak meringis, tanda-tanda vital : nadi = 79x/menit, suhu = 36,5⁰C, respirasi = 27x/menit, tekanan darah = 110/90mmHg, SpO₂ = 94%.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan masalah nyeri akut teratasi dengan kriteria hasil :

- 1) Keluhan nyeri menurun
- 2) Meringis menurun
- 3) Sikap protektif menurun
- 4) Gelisah menurun
- 5) Kesulitan tidur menurun
- 6) Frekuensi nadi membaik

Intervensi: Manajemen nyeri

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

Rasional: Mengetahui detail nyeri membantu menentukan diagnosis, sumber nyeri, dan efektivitas terapi yang tepat.

- 2) Identifikasi skala nyeri.

Rasional: Pengukuran nyeri secara objektif memungkinkan evaluasi tingkat nyeri dan respons terhadap pengobatan.

- 3) Identifikasi respon nyeri nonverbal

Rasional: Pasien dengan keterbatasan komunikasi mungkin menunjukkan nyeri melalui ekspresi wajah, perubahan perilaku, atau tanda fisiologis.

4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

Rasional: Memahami faktor-faktor ini penting untuk mengelola nyeri secara efektif dan menghindari pemicu yang dapat memperparah nyeri.

5) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup.

Rasional: Nyeri yang tidak terkontrol dapat mengganggu aktivitas sehari-hari, tidur, dan kesejahteraan psikosial pasien.

6) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri

(TENS, hypnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, pijat, aromaterapi, imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain).

Rasional: Teknik nonfarmakologis dapat mengurangi nyeri dengan memodulasi persepsi nyeri dan meningkatkan relaksasi tanpa efek samping obat.

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

Rasional: Lingkungan yang nyaman membantu mengurangi stres dan ketegangan yang dapat memperburuk nyeri.

8) Fasilitasi istirahat dan tidur

Rasional: Istirahat dan tidur yang cukup penting untuk proses penyembuhan dan mengurangi sensitivitas nyeri.

9) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.

Rasional: Pendekatan terapi harus disesuaikan dengan tipe nyeri (somatik, neuropatik, akut, kronik) agar efektif.

10) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri.

Rasional: Memahami nyeri membantu pasien mengelola nyeri dan mengurangi kecemasan.

11) Jelaskan strategi meredakan nyeri.

Rasional: Memberikan informasi tentang cara mengelola nyeri meningkatkan partisipasi pasien dalam perawatan.

12) Ajarkan teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri.

Rasional: Edukasi penggunaan obat secara benar meningkatkan efektivitas pengobatan dan mencegah efek samping.

13) Penatalaksanaan pemberian analgetik, jika perlu

Rasional: Kolaborasi dengan tim medis memastikan pengelolaan nyeri yang optimal dengan obat-obatan yang tepat dan dosis yang aman.

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

DS: -

DO: Keadaan umum lemah, tingkat kesadaran komposmentis, tanda-tanda vital: nadi = 79x/menit, suhu = 36,5⁰C, respirasi =

27x/menit, tekanan darah = 110/90mmHg, SpO₂ = 94%, wajah tampak pucat, CRT > 3 detik.

Tujuan: Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 3x24 jam di harapkan masalah perfusi perifer teratasi dengan kriteria hasil :

- 1) Pengisian kapiler membaik
- 2) Akral membaik
- 3) Warna kulit pucat menurun
- 4) Turgor kulit membaik

Intervensi: Perawatan sirkulasi

- 1) Periksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle-brachial index).

Rasional: Memastikan aliran darah yang adekuat ke ekstremitas dan mendeteksi tanda-tanda awal gangguan sirkulasi seperti iskemia atau oklusi vaskular.

- 2) Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (diabetes, perokok, usia lanjut, hipertensi, kolesterol tinggi)

Rasional: Faktor risiko ini berkontribusi pada aterosklerosis dan gangguan vaskular yang dapat memperburuk perfusi jaringan.

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

Rasional: Tanda-tanda ini bisa menunjukkan inflamasi, infeksi,

atau trombosis vena dalam yang memerlukan penanganan segera.

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

Rasional: Mengurangi risiko trauma jaringan dan memperburuk sirkulasi di area yang sudah terganggu.

- 5) Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi.

Rasional: Pengukuran dapat menimbulkan tekanan tambahan yang memperparah gangguan aliran darah.

- 6) Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera.

Rasional: Mencegah iskemia dan kerusakan jaringan lebih lanjut akibat penekanan berlebih.

- 7) Lakukan perawatan kaki dan kuku

Rasional: Merawat kaki penting terutama pada pasien dengan diabetes untuk mencegah luka dan infeksi yang sulit sembuh.

- 8) Lakukan hidrasi

Rasional: Hidrasi yang baik membantu menjaga viskositas darah agar aliran darah tetap lancar.

- 9) Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolesterol, jika perlu.

Rasional: Mengontrol faktor risiko untuk mencegah progresi penyakit vaskular dan komplikasi.

10) Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur.

Rasional: Kepatuhan obat penting untuk menjaga tekanan darah optimal dan mencegah kerusakan pembuluh darah.

11) Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (rendah lemak jenuh, minyak ikan omega-3).

Rasional: Diet sehat membantu menurunkan kadar kolesterol dan memperbaiki fungsi vaskular.

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

Rasional: Deteksi dini komplikasi serius seperti iskemia kritis atau neuropati untuk tindakan segera.

f. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen ditandai dengan :

DS: Pasien mengatakan sesak napas, merasa lemas, merasa cepat cape saat beraktivitas seperti berjalan 3-5 langkah.

DO: Keadaan umum lema, tanda-tanda vital : nadi = 79x/menit, suhu = 36,5⁰C, respirasi = 27x/menit, tekanan darah = 110/90mmHg, SpO₂ = 94%, wajah tampak pucat, mukosa bibir kering, Hasil pemeriksaan EKG : HR : 113, R-R : 530, P-R : 175, QRS : 90, QT/QTc : 340/468, P/QRS/T : -85/80/-65, RV5/SV1 :

1.236/-1.062, RV5 + SV1 : 0.174, QTcT : 0.641, 013 : Atrial Tachcardia, 022 : SVES, Maybe Abnormal ECG.

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

- 1) Keluhan lelah menurun
- 2) Dispnea saat aktivitas menurun
- 3) Dispnea setelah aktivitas menurun
- 4) Frekuensi nadi membaik

Intervensi: Manajemen energi

- 1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan.

Rasional: Mengetahui penyebab kelelahan membantu menentukan intervensi yang tepat dan mencegah komplikasi lebih lanjut.

- 2) Monitor kelelahan fisik dan emosional.

Rasional: Kelelahan dapat bersifat fisik maupun emosional, keduanya perlu dipantau agar pengelolaannya menyeluruh.

- 3) Monitor pola dan jam tidur.

Rasional: Gangguan tidur adalah salah satu penyebab utama kelelahan, sehingga perlu dievaluasi untuk perbaikan kualitas tidur.

4) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas.

Rasional: Ketidaknyamanan atau rasa sakit dapat memperparah kelelahan dan menghambat aktivitas sehari-hari.

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

Rasional: Lingkungan yang tenang membantu pasien beristirahat dan mengurangi kelelahan.

6) Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif.

Rasional: Melatih otot dan sendi mencegah atrofi, meningkatkan sirkulasi, dan mengurangi kelelahan otot.

7) Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan.

Rasional: Aktivitas ini dapat mengalihkan perhatian dari kelelahan dan mengurangi stres emosional.

8) Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur jika tidak dapat berpindah atau berjalan.

Rasional: Posisi duduk membantu meningkatkan sirkulasi dan mengurangi risiko komplikasi akibat imobilisasi.

9) Anjurkan tirah baring.

Rasional: Istirahat cukup penting untuk pemulihan energi dan mengurangi kelelahan.

10) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap.

Rasional: Aktivitas bertahap membantu meningkatkan stamina tanpa memperburuk kelelahan.

11) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang.

Rasional: Mencegah kondisi memburuk dan memastikan penanganan yang tepat bila diperlukan intervensi lebih lanjut.

12) Penatalaksanaan dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.

Rasional: Nutrisi yang adekuat sangat penting untuk mendukung energi dan pemulihan pasien dari kelelahan.

g. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan :

DS: Pasien mengatakan tidak mengetahui sakit apa yang di derita sekarang, pasien juga mengatakan tidak pernah melakukan pemeriksaan kesehatan di puskesmas maupun posyadu lansia, pasien mengatakan jika sakit batuk dan pilek menggunakan obat tradisional seperti kencur lalu minum dengan air hingga batuk dan pileknya sembuh, pasien mengatakan sebelum sakit makanan yang sering di konsumsi nasi, ikan kering, daun ubi, sayur labu jepa, pucuk labu dengan cara pengelolaan daun ubi di bikin kua santan, ikan kering di goreng kadang di bakar sayur labu campur pucuk labu di tumis.

DO: -

Tujuan: Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan masalah defisit pengetahuan teratasi dengan kriteria hasil :

- 1) Perilaku sesuai anjuran meningkat
- 2) Verbalisasi minat dalam belajar meningkat
- 3) Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat
- 4) Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik meningkat
- 5) Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat
- 6) Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun
- 7) Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun

Intervensi: Edukasi Kesehatan

- 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi.

Rasional: Mengetahui tingkat kesiapan dan pemahaman pasien membantu menyesuaikan metode dan materi edukasi agar informasi dapat diterima secara efektif.

- 2) Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat.

Rasional: Faktor seperti dukungan sosial, kondisi lingkungan, dan pengalaman sebelumnya dapat memengaruhi motivasi pasien dalam menerapkan PHBS.

3) Sediakan materi dan media pendidikan Kesehatan.

Rasional: Materi yang menarik dan sesuai kebutuhan akan meningkatkan pemahaman dan retensi informasi yang disampaikan.

4) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan.

Rasional: Waktu yang disepakati bersama akan meningkatkan keterlibatan dan kenyamanan pasien dalam menerima edukasi.

5) Berikan kesempatan untuk bertanya.

Rasional: Mendorong partisipasi aktif pasien dalam edukasi membantu memperjelas pemahaman dan membangun rasa percaya diri untuk mengubah perilaku.

6) Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan.

Rasional: Pemahaman tentang faktor risiko (seperti merokok, pola makan buruk, kurang olahraga) mendorong pasien untuk mengambil tindakan preventif.

7) Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat.

Rasional: Pengetahuan tentang praktik PHBS (cuci tangan, konsumsi air bersih, sanitasi, dll) membantu pasien mencegah penyakit dan meningkatkan kualitas hidup.

8) Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.

Rasional: Strategi seperti perencanaan aktivitas, dukungan

sosial, dan penetapan tujuan membantu pasien menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat secara konsisten.

5. Implementasi keperawatan

a. Implementasi hari pertama tanggal 15 Mei 2025

Implementasi pada Ny. M.W dilakukan selama 3 hari yaitu dari tanggal 15-17 Mei 2025. Implementasi pertama dilakukan pada hari Kamis tanggal 15 Mei 2025, dengan diagnosa pertama yakni penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung, perubahan frekuensi jantung ditandai dengan. Tindakan yang dilakukan pada **Pukul** 20:00 Mengidentifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (Pasien mengatakan sesak napas, merasa lelah, sesak napas pada saat baring). **Pukul** 20:05 Mengidentifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (Tidak terdapat edema, tidak terdapat distensi vena jugularis, tidak terdapat suara napas tambahan rochi, kulit tampak pucat, pasien mengatakan batuk). **Pukul** 20:09 Memonitor saturasi oksigen (Saturasi oksigen pasien 94%). **Pukul** 20:15 Memonitor keluhan nyeri dada (Pasien mengatak nyeri pada dada kiri dengan keluhan: P : nyeri disebabkan oleh peningkatan tekanan ventrikel sinistra dalam jantung, Q : nyeri yang di rasakan seperti tertekan, R : nyeri yang dirasakan pada dada kiri, S : nyeri yang di rasakan skala 3 (nyeri sedang), T : nyeri dirasakan hilang timbul, nyeri yang paling di rasakan saat beraktivitas). **Pukul** 20:20

Memonitor EKG 12 sadapan (Hasil pemeriksaan EKG : HR : 113, R-R : 530, P-R : 175, QRS : 90, QT/QTc : 340/468, P/QRS/T : - 85/80/-65, RV5/SV1 : 1.236/-1.062, RV5 + SV1 : 0.174, QTcT : 0.641, 013 : Atrial Tachcardia, 022 : SVES, Maybe Abnormal ECG). **Pukul** 20:25 Memonitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi) (Bunyi jantung terdengar S3 (gallop) dengan frekuensi jantung 130x/menit). **Pukul** 20:30 Memosisikan pasien semi-fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman (Mengatur posisi pasien setengah duduk beralas bantal). **Pukul** 20:35 Memberikan diet jantung yang sesuai (Melayani makan pasien dengan diet rendah garam). **Pukul** 20:45 Memberikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress (Mengajarkan pasien teknik relaksasi napas dalam). **Pukul** 20:50 Memberikan dukungan emosional dan spiritual (Mengajarkan keluarga dan pasien untuk berdoa sebelum tidur malam). **Pukul** 20:55 Memberikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen > 94% (Melayani terapi oksigen nasal kanul 4 lpm). **Pukul** 21:00 (Melayani terapi bisoprolol 1,25 mg, melayanin terapi warwarin 2 mg, melayani furosemide 20 mg melayani captropil 12,5mg). Implementasi dengan diagnosa kedua pola napas tidak efektif berhubungan dengan depresi pusat pernapasan. Tindakan yang dilakukan pada **Pukul** 20:00 Memonitor pola napas (Pasien tampak sesak napas dengan frekuensi napas 27x/menit, terdapat retraksi dinding dada).

Pukul 10:05 Memonitor bunyi napas tambahan (Tidak ditemukan suara napas tambahan seperti ronchi maupun wheezing). **Pukul 20:09** Memposisikan semi-fowler atau fowler (Memposisikan pasien setengah duduk beralaskan bantal). **Pukul 20:15** Memberikan minum hangat (Meberikan minum air hangat 100ml, setengah gelas). **Pukul 20:00** Memberikan oksigen (Melayani terapi oksigen 4 lpm). **Pukul 20:25** Menganjurkan pasien untuk tetap memakai oksesigen. **Pukul 21:00** (Melayani terapi azithoromycin 500mg). Implementasi dengan diagnosa ketiga gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-kapiler. Tindakan yang dilakukan **Pukul 20:00** Memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas (Frekuensi napas pasien 27x/menit, irama napas cepat). **Pukul 20:05** Memonitor pola napas (Pola napas pasien takipnea (cepat)). **Pukul 20:09** Memonitor adanya produksi sputum (Tidak terdapat sputum). **Pukul 20:15** Meraba kesimetrisan ekspansi paru dan fremitus (Betuk dada simetris, vocal fremitus menurun bagian dada kiri bawah). **Pukul 20:20** Mendengarkan bunyi napas (Tidak ada suara napas tambahan seperti rochi dan weezhing). **Pukul 20:25** Memonitor saturasi oksigen pasien (94%). **Pukul 20:30** Memonitor hasil x-ray thoraks (Tampak opasitas homogen di hemithorax bilateral yang menumpulkan sudut costophrenicus tampak corakan vaskuler meningkat, tampak infiltrat dan groundglass opacity di proyeksi

paracardial pulmo bilateral, Cor CRT > 0.56, tampak jarak processus spinosus ke aortic knob > 4cm, sistema tulang yang tervisualisasi intak, Kesan: efusi pleura bilateral, pnemonia). **Pukul** 20:35 Mendokumentasikan hasil pemantauan (Hasil pemantauan frekuensi napas 27x/menit, vokal fermitus redup bagian dada kiri bawah, pola napas cepat, CRT>3detik). **Pukul** 21:00 (Melayani terapi cexriaxone 2gr, melayani terapi azithoromycin 500mg). Implementasi dengan diagnosa keempat nyeri akut berhubungan dengan agen pencedra fisiologis (inflamasi). Tindakan yang dilakukan pada **Pukul** 20:00 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri (pasien mengatak nyeri pada dada kiri dengan keluhan : P : nyeri disebabkan oleh peningkatan tekanan ventrikel sinistra dalam jantung, Q : nyeri yang di rasakan seperti tertekan, R : nyeri yang dirasakan pada dada kiri, S : nyeri yang di rasakan skala 5 (nyeri sedang), T : nyeri dirasakan hilang timbul, nyeri yang paling di rasakan saat beraktivitas **Pukul** 20:05 Mengidentifikasi skala nyeri (Pasien mengatakan skla nyeri 5 (nyeri sedang)). **Pukul** 20:09 Mengidenfitikasi respon nyeri nonverbal (Pasien tampak meringis). **Pukul** 20:15 Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri (Pasien mengatakan nyeri paling dirasakan pada saat beraktivitas dan nyeri berkurang saat beristirahat). **Pukul** 20:20 Memberikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (Membuka musik

kesukaan pasien (lagu lio)). **Pukul 20:25** Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (Membuka jendela pada siang hari saat pasien beristirahat). **Pukul 20:30** Memfasilitasi istirahat dan tidur **Pukul 20:35** Menjelaskan strategi meredakan nyeri (Mengajarkan pasien untuk tidak beraktivitas dulu agar nyeri tidak muncul Kembali). **Pukul 20:40** Mengajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri (Mengajar teknik napas dalam, memposisikan pasien duduk di atas tempat tidur dengan sandaran bantal yang nyaman lalu mengajarkan pasien menarik napas melalui hidung dengan perlahan dan sedalam mungkin, hingga perut terasa mengembang, tahan napas sejenak selama 3 detik, hembuskan napas melalui mulut dengan perlahan, sambil merasakan otot-otot tubuh rileks, ulangi langkah-langkah ini tiga kali). **Pukul 21:00** (Melayani terapi bisoprolol 1,25mg). Implementasi dengan diagnosa kelima perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran arteri atau vena. Tindakan yang dilakukan **Pukul 20:00** Memeriksa sirkulasi perifer (CRT > 3 detik, warna kulit pucat). **Pukul 20:05** Mengidentifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (Pasien 66 tahun memiliki riwayat hipertensi). **Pukul 20:09** Menghindari pemasangan infus, atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi. **Pukul 20:15** Menghindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi. **Pukul 20:20** Menghindari penekanan dan

pemasangan tourniquet pada area yang cidera. **Pukul 20:25** Mengajarkan menggunakan obat penurun tekanan darah (Mengajarkan minum obat captopril yang di berikan). **Pukul 20:30** Mengajarkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur. **Pukul 20:35** Mengajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (daging, susu, ikan goreng). Implementasi dengan diagnosa keenam intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Tindakan yang dilakukan **Pukul 20:00** Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan (Pasien mengatakan saat jantungnya berdebar ia merasa lelah). **Pukul 20:05** Memonitor kelelahan fisik dan emosional (Pasien mengatakan kaki dan tangannya merasa lemas). **Pukul 20:09** Monitor pola dan jam tidur (Pasien mengatakan tidur siang mulai jam 11: 00 wita bangaunnya jam 13: 00 wita, tidur mala mulai jam 22:00 bangaunnya jam 05:00wita, pasien tidur 9 jam perhari). **Pukul 20:15** Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas (Pasien mengatakan saat berjalan 3 samapi 5 langka merasa lemas dan cape). **Pukul 20:20** Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (Mengajarkan kepada keluarga pasien saat pasien tidur malam mematikan lampu). **Pukul 20:25** Melakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif (Mengajarkan pasien gerakan abduksi dan aduksi). **Pukul 20:30** Memerikan aktivitas distraksi yang

menenangkan (Memberikan teknik relaksasi napas dalam). **Pukul** 20:35 Memfasilitasi duduk di sisi tempat tidur (Membantu pasien duduk di tempat tidur). **Pukul** 20:40 Menganjurkan pasien tirah baring. **Pukul** 20:45 Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap. **Pukul** 20:50 Menganjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang. **Pukul** 21:00 Melayani makan pasien dengan diet rendah garam. Implementasi dengan diagnosa ketujuh defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Tindakan yang dilakukan pada **Pukul** 20:00 Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi (Pasien mengatakan mau mendengarkan informasi terkait sakit yang dialami). **Pukul** 20:05 Mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat (Yang dapat meningkatkan motivasi hidup sehat adalah keluarga pasien). **Pukul** 20:09 Menyediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan (Materi yang akan di berikan adalah penyakit gagal jantung dan media yang akan diberikan rifleat). **Pukul** 20:15 Menjadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan (Menkontrak waktu dengan pasien terkait penyuluhan kesehatan tanggal 16 Mei 2025 jam 15:00).

b. Implementasi hari kedua tanggal 16 Mei 2025

Implementasi pada Ny. M.W dilakukan hari kedua pada tanggal 16 Mei 2025. Implementasi dengan diagnosa pertama Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung, perubahan frekuensi jantung. Tindakan yang dilakukan pada **Pukul** 14:00 Mengidentifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (Pasien mengatakan sesak napas berkurang, merasa sudah seikit bertenaga). **Pukul** 14:33 memonitor saturasi oksigen (Saturasi oksigen pasien 94%) pukul 20:37 Memoonitor keluhan nyeri dada (Pasien mengatak nyeri pada dada kiri dengan keluhan: P : nyeri disebabkan oleh peningkatan tekanan ventrikel sinitra dalam jantung, Q : nyeri yang di rasakan seperti tertekan, R : nyeri yang dirasakan pada dada kiri, S : nyeri yang di rasakan skala 3 (nyeri sedang), T : nyeri dirasakan hilang timbul, nyeri yang paling di rasakan saat beraktivitas. **Pukul** 14:50 Memonitor aritmia (Bunyi jantung masih terdengar S3 (gallop) dengan frekuensi jantung 120x/menit). **Pukul** 15:04 Memposisikan pasien semi-fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman (Mengatur posisi pasien setengah duduk beralas bantal). **Pukul** 15:15 Memberikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress (Mengajarkan pasien teknik relaksasi napas dalam). **Pukul** 17:00 (Melayani terapi bisoprolol 1,25 mg, melayanin terapi warwarin 2 mg, melayani furosemide 20 mg). Implementasi dengan diagnosa

kedua pola napas tidak efektif berhubungan dengan depresi pusat pernapasan. Tindakan yang dilakukan pada **pukul** 14:30 Memonitor pola napas (Pasien tampak sesak napas dengan frekuensi napas 25x/menit, terdapat retraksi dinding dada menurun). **Pukul** 14:33 Memposisikan semi-fowler atau fowler (Memposisikan pasien setengah duduk beralaskan bantal). **Pukul** 14:37 Memberikan oksigen (Melayani terapi oksigen 3 lpm). **Pukul** 14:50 Menganjurkan pasien untuk tetap memakai oksigen. **Pukul** 17:00 (Melayani terapi azithoromycin 500mg). Implementasi dengan diagnosa ketiga gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-kapiler. Tindakan yang dilakukan pada **Pukul** 14:30 Memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas (Frekuensi napas pasien 25x/menit, irama napas cepat). **Pukul** 14:33 Memonitor pola napas (Pola napas pasien tidak lagi cepat). **Pukul** 14:37 Meraba kesimetrisan ekspansi paru dan fremitus (Betuk dada simetris, vocal fremitus sedikit meningkat bagian dada kiri bawah). **Pukul** 14:50 Memonitor saturasi oksigen pasien (Saturasi oksigen pasien 96%). **Pukul** 15:04 Mendokumentasikan hasil pemantauan (Hasil pemantauan frekuensi napas 25x/menit, vokal fermitus redup bagian dada kiri bawah, pola napas cepat, CRT>3detik). **Pukul** 17:00 (Melayani terapi cexriaxone 2gr, melayani terapi azithoromycin 500mg). Implementasi dengan diagnosa keempat

nyeri akut berhubungan dengan agen pencedra fisiologis (inflamasi). Tindakan yang dilakukan pada **Pukul** 14:30 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri (pasien mengatakan nyeri pada dada kiri dengan keluhan :P : nyeri disebabkan oleh peningkatan tekanan ventrikel sinistra dalam jantung, Q : nyeri yang dirasakan seperti tertekan, R : nyeri yang dirasakan pada dada kiri, S : nyeri yang dirasakan skala 3 (nyeri sedang), T : nyeri dirasakan hilang timbul, nyeri yang paling dirasakan saat beraktivitas) pukul 14:33 Mengidentifikasi skala nyeri (Pasien mengatakan skala nyeri 3 (nyeri sedang)). **Pukul** 14:37 Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (Membuka jendela pada siang hari saat pasien beristirahat). **Pukul** 14:50 Memfasilitasi istirahat dan tidur. **Pukul** 15:04 Menjelaskan strategi meredakan nyeri (Mengajarkan pasien untuk tidak beraktivitas dulu agar nyeri tidak muncul kembali). **Pukul** 15:15 Mengajarkan pasien menggunakan teknik relaksasi napas dalam bila terasa nyeri. **Pukul** 17:00 (Melayani bisoprolol 1,25mg). Implementasi dengan diagnosa kelima perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran arteri atau vena. Tindakan yang dilakukan pada **Pukul** 14:30 Memeriksa sirkulasi perifer (CRT > 3 detik, warna kulit tidak lagi pucat). **Pukul** 14:33 Mengidari pemasangan infus, atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi. **Pukul** 14:37 Mengidari

pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi. **Pukul 14:50** Mengajukan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (Daging, susu, ikan goreng). **Pukul 15:30** Melayani makan pasien dengan diet rendah garam. Implementasi dengan diagnosa keenam intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Tindakan yang dilakukan pada **Pukul 14:30** Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan (Pasien mengatakan saat jantungnya berdebar ia merasa lelah). **Pukul 14:33** Memonitor kelelahan fisik dan emosional (Pasien mengatakan sudah sedikit bertenaga). **Pukul 14:37** Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (Membuka jendela pada siang hari saat pasien beristirahat). **Pukul 14:50** Melakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif (Mengajarkan pasien gerakan abduksi dan aduksi). **Pukul 15:04** Memberikan aktivitas distraksi yang menenangkan (Memberikan teknik relaksasi napas dalam). **Pukul 15:15** Memfasilitasi duduk di sisi tempat tidur (Membantu pasien duduk di tempat tidur). **Pukul 15:20** Mengajukan pasien tirah baring. **Pukul 15:30** Melayani makan pasien dengan diet rendah garam. **Pukul 18:00** Membantu pasien BAB di atas tempat tidur. Implementasi dengan diagnosa ketujuh defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Tindakan yang dilakukan pada **Pukul 15:00** Mengidentifikasi kesiapan dan

kemampuan menerima informasi (Pasien mengatakan mau mendengarkan informasi terkait sakit yang dialami). **Pukul 15:05** Mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat (Yang dapat meningkatkan motivasi hidup sehat adalah keluarga pasien). **Pukul 15:11** Menyediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan (Materi yang di berikan adalah penyakit gagal jantung dan media yang diberikan rifleat). **Pukul 15:18** Menkontrak waktu dengan pasien terkait peyuluhan kesehatan (Waktu yang di kontak kurang lebih 10-20 menit). **Pukul 15:20** Menjelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan (Menjelaskan kepada pasien dan keluarga pasien bawah yang dapat mempengaruhi kesehatan pasien yaitu pola makan seperti makanan yang bersantan, ikan kering, makanan dengan tinggi garam, makanan yang berminyak seperti sayur yang di tumis, ikan goreng, daging sapi, daging babi dan aktivitas pasien yang berat seperti berkebun dan mengurus ternak). **Pukul 15:25** Menjelaskan perilaku hidup bersih sehat (Menjelaskan pasien untuk makan-makanan yang sehat seperti masak sayur labu dibuat bening, ikan kombong di panggang, garam di kurangi pada masakan maupun makanan). **Pukul 15:29** Mengajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat (Mengajarkan pasien sbelum makan mencuci tangandengan enam langka). **Pukul 15:35**

Memberi kesempatan untuk pasien dan keluarga pasien bertanya (keluarga pasien menanyakan makanan apa yang baik untuk pasien saat dirumah nanti?). **Pukul** 15:40 Mengajarkan pasien untuk banyak istirahat dan tidak beraktivitas berat (Seperti berkebun dan berternak). **Pukul** 15:45 Mengajarkan kepada pasien dan keluarga pasien untuk rutin melakukan pemeriksaan kesehatan di puskesmas. **Pukul** 15:50 Mengajarkan pasien untuk mengikuti posyandu lansia.

6. Evaluasi keperawatan

a. Evaluasi hari pertama tanggal 15 Mei 2025

Evaluasi pada Ny. M.W dilakukan selama tiga hari mulai dari hari kamis tanggal 15 Mei sampai dengan kamis tanggal 17 Mei 2025. Evaluasi dilakukan pada **Pukul** 06:30 dengan diagnosa pertama penurunan curah jantung, S: Pasien mengatakan sesak napas berkurang, nyeri dada berkurang, batuk sesekali, masih merasa lemas, tidak lagi pusing, masih merasa cape saat beraktivitas. O: Keadaan umum lemah, wajah tampak sedikit pucat, mata konjungtiva anemis, hidung terpasang O₂ nasal kanul 4 lpm, mukosa bibir kering, jantung: terliat dada kiri lebih besar dibandingkan dada kanan, saat di auskultasi suara jantung masih S₃ (gallop) dengan frekuensi jantung 125x/menit, CRT masih >3detik, tanda-tanda vital : nadi = 83x/menit, suhu = 36,1⁰C, respirasi = 25x/menit, tekanan darah = 120/90mmHg, SpO₂ = 94%,

respirasi: 25x/menit. A : Masalah penurunan curah jantung sebagian teratasi P : Intervensi dilanjutkan 3,4,6,7,8,9,10,11,13. Evaluasi dengan diagnosa kedua polanapas tidak efektif. S: Pasien mengatakan sesak napas berkurang, batuk sesekali. O: Keadaan umum masih lemah, wajah sedikit pucat, konjungtiva tidak anemis, hidung terpasang O₂ nasal kanul 4 lpm, mukosa bibir tidak lagi kering (lembab), masih tampak retraksi dinding dada, frekuensi napas 25x/menit, tanda-tanda vital : nadi : 83x/menit, suhu : 36,1⁰C, tekanan darah : 120/80mmHg, SpO₂ : 94%, respirasi: 25x/menit. A: Masalah pola napas tidak efektif sebagian teratasi. P: intervensi dilanjutkan 1,3,5,7. Evaluasi dengan diagnosa ketiga gangguan pertukaran gas. S: Pasien mengatakan sesak napas berkurang, tidak lagi pusing. O: Keadaan umum masih tampak lemah, tanda-tanda vital : nadi = 83x/menit, suhu = 36,1⁰C, respirasi = 25x/menit, tekanan darah = 120/90mmHg, SpO₂ = 94%, wajah tampak sedikit pucat, mata konjungtiva tidak anemis, hidung terpasang O₂ nasal kanul 4 lpm, mukosa bibir tidak tampa kering (lembab), dada paru Inspeksi : frekuensi pernapasan 25x/menit, Palpasi : Vokal fremitus teraba dengan hasil getaran paru kiri bawah masih menurun, CRT masih >3detik. A: Masalah gangguan pertukaran gas sebaagian teratasi. P: intervensi dilanjutkan 1,2,8,12. Evaluasai dengan diagnosa keempat nyeri akut. S: Pasien mengatak nyeri pada dada kiri berkurang dengan keluhan : P : nyeri disebabkan oleh

peningkatan tekanan ventrikel sinistra dalam jantung, Q : nyeri yang di rasakan seperti tertekan, R : nyeri yang dirasakan pada dada kiri, S : nyeri yang di rasakan skala 3 (nyeri ringan), T : nyeri dirasakan hilang timbul, nyeri yang paling di rasakan saat beraktivitas. DO: Keadaan umum masih tampak lemah, wajah tidak tampak meringis, tanda-tanda vital: nadi = 83x/menit, suhu = 36,1⁰C, respirasi = 25x/menit, tekanan darah = 120/90mmHg, SpO₂ = 94%. A: Masalah nyeri akut sebagian teratasi. P: Intervensi dilanjutkan 1,2,3,9,13. Evaluasi dengan diagnosa kelima perfusi perifer tidak efektif. S:-, O: Keadaan umum masih tampak lemah, tanda-tanda vital: nadi = 83x/menit, suhu = 36,1⁰C, respirasi = 25x/menit, tekanan darah = 120/90mmHg, SpO₂ = 94%, wajah tampak sedikit pucat, CRT masih > 3 detik. A: Masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi, P: Intervensi dilanjutkan 1,3,5,8,9. Evaluasi keenam dengan diagnos intoleransi aktivitas. S: Pasien sesak napas berkurang, masih merasa lemas, masih cape. O: Keadaan umum masih tampak lemah, tanda-tanda vital : nadi = 83x/menit, suhu = 36,1⁰C, respirasi = 25x/menit, tekanan darah = 120/90mmHg, SpO₂ = 94%, wajah tampak sedikit pucat, mukosa bibir masih kering. A: Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi. P: Intervensi dilanjutkan 3,4,5,6,8,9,12. Evaluasi ketujuh dengan diagnosa defisit pengetahuan. S: Pasien mengatakan siap menerima informasi terkait sakit yang di deritanya pada hari jumat 16 Mei

2025 pukul 15:00 wita. O:-. A: Masalah defisit pengetahuan belum teratasi. P: Intervensi dilanjutkan 2,5,6,7,8.

b. Evaluasi hari kedua jumad 16 Mei 2025

Evaluasi kedua dilakukan hari jumad 16 Mei 2025 pada **Pukul 20:30** dengan diagnosa pertama penurunan curah jantung. S: Pasien mengatakan sesak napas berkurang, nyeri dada berkurang dengan skala nyeri 2, tidak lagi batuk, sudah merasa sedikit bertenaga, tidak lagi pusing, masih merasa cape saat beraktivitas. O: Keadaan umum tampak sedikit lemah, wajah tidak tampak pucat, mata konjungtiva tidak anemis, hidung terpasang O2 nasal kanul 3 lpm, mukosa bibir tidak kering (lembab), saat di auskultasi suara jantung masih S3 (gallop) dengan frekuensi jantung 111x/menit, CRT masih >3detik, tanda-tanda vital : nadi = 89x/menit, suhu = 36,5⁰C, respirasi = 23x/menit, tekanan darah = 110/80mmHg, SpO₂ = 96%, respirasi: 23x/menit. A : Masalah penurunan curah jantung sebagian teratasi. P : Intervensi dilanjutkan 3,4,5,9,13. Evaluasi dengan diagnosa kedua pola napas tidak efektif. S: Pasien mengatak sesak napas berkurang, tidak batuk. O: Keadaan umum masih tampak sedikit lemah, wajah sedikit pucat, konjungtiva tidak anemis, hidung terpasang O2 nasal kanul 3 lpm, mukosa bibir tidak lagi kering (lembab), retraksi dinding dada berkurang, frekuensi napas 23x/menit, tanda-tanda vital : nadi : 89x/menit, suhu : 36,5⁰C, tekanan darah :

110/80mmHg, SpO₂: 96%, respirasi: 23x/menit. A: Masalah pola napas tidak efektif sebagian teratasi. P: intervensi dilanjutkan 1,3,5,7. Evaluasi dengan diagnosa ketiga gangguan pertukaran gas. S: Pasien mengatakan sesak napas berkurang, tidak lagi pusing. O: Keadaan umum masih tampak sedikit lemah, tanda-tanda vital : nadi = 89x/menit, suhu = 36,5⁰C, respirasi = 23x/menit, tekanan darah = 110/80mmHg, SpO₂ = 96%, wajah tampak sedikit pucat, mata konjungtiva tidak anemis, hidung terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm, mukosa bibir tidak tampak kering (lembab),frekuensi pernapasan 23x/menit, Palpasi : Vokal fremitus teraba dengan hasil getaran paru kiri bawah masih menurun, CRT masih >3detik. A: Masalah gangguan pertukaran gas sebagian teratasi. P: intervensi dilanjutkan 1,2,12. Evaluasi dengan diagnose keempat nyeri akut. S: Pasien mengatakan tidak lagi nyeri dada kiri, skala nyeri 2. DO: Keadaan umum masih tampak sedikit lemah, wajah tidak meringis, tanda-tanda vital: nadi = 89x/menit, suhu = 36,5⁰C, respirasi = 23x/menit, tekanan darah = 110/80mmHg, SpO₂ = 96%. A: Masalah nyeri akut teratasi. P: Intervensi dihentikan. Evaluasi dengan diagnosa kelima perfusi perifer tidak efektif. S:- O: Keadaan umum masih tampak lemah, tanda-tanda vital: nadi = 89x/menit, suhu = 36,5⁰C, respirasi = 23x/menit, tekanan darah = 110/80mmHg, SpO₂ = 96%, wajah tidak tampak pucat, CRT masih > 3 detik. A: Masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi. P:

Intervensi dilanjutkan 1,3,8,9. Evaluasi dengan diagnosa keenam intoleransi aktivitas S: Pasien sesak napas berkurang, merasa sudah sedikit bertenaga, sedikit merasa cape. O: Keadaan umum masih tampak sedikit lemah, tanda-tanda vital : nadi = 89x/menit, suhu = 36,5⁰C, respirasi = 23x/menit, tekanan darah = 110/80mmHg, SpO₂ = 96%, wajah tidak pucat, mukosa bibir tidak kering(kering(lembab)). A: Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi. P: Intervensi dilanjutkan 3,4,5,12. Evaluasi dengan diagnosa ketujuh defisit pengetahuan S: Pasien mengatakan banyak istirahat kurangi aktivitas yang berat, makan kurangi garam, makan tidak boleh yang tumis, bersantan, ikan asin, makan sayur di bikin bening, ikan di panggang, mengontrol kesehatan di puskesmas, dan mengikuti posyadu lansia. O:-. A: Masalah defisit pengetahuan teratasi. P: Intervensi dihentikan.

7. Catatan perkembang 17 Mei 2025

Table 3.4 Catatan perkembangan

No	Diagnosa keperawatan	Hari/tanggal/jam	Catatan perkembangan
1.	<p>Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung, perubahan frekuensi jantung ditandai dengan :</p> <p>DS : Pasien mengatakan sesak napas, nyeri dada sebelah kiri, batuk, badan terasa lemas, mudah lelah saat beraktivitas seperti berjalan 3-5 langkah, dan pasien merasa kepalanya pusing.</p> <p>DO : Keadaan umum lemah, wajah tampak pucat, mata konjungtiva anemis, hidung terpasang O₂ nasal kanul 4 lpm, mukosa bibir kering, jantung terlihat dada kiri lebih besar dibandingkan dada kanan, saat di auskultasi suara jantung S₃ (gallop) dengan frekuensi jantung 130x/menit, CRT >3detik, tanda-tanda vital : nadi = 79x/menit, suhu = 36,5⁰C, respirasi = 27x/menit, tekanan darah = 110/90mmHg, SpO₂= 94%, Hasil pemeriksaan EKG : HR : 113, R-R : 530, P-R : 175, QRS : 90, QT/QTc : 340/468, P/QRS/T : -85/80/-65, RV5/SV1 : 1.236/-1.062, RV5 + SV1 : 0.174, QTcT : 0.641, 013 : Atrial Tachcardia, 022 : SVES, Maybe Abnormal ECG, Cor CRT > 0.56, Tampak jarak processus spinosus ke aortic knob > 4cm, cardiomegali, elengatio aorta.</p>	<p>Sabtu 17 Mei 2025</p> <p>08:00</p> <p>10: 00</p> <p>13:30</p>	<p>S: Pasien mengatakan tidak lagi sesak, tidak lagi nyeri dada, sudah merasa sedikit bertenaga, tidak lagi batuk, tidak lagi pusing.</p> <p>O: Keadaan umum sudah membaik, wajah tidak tampak pucat lagi, konjungtiva tidak anemis, tidak terpasang O₂ nasal kanul, frekuensi jantung 107x/menit, CRT sudah <3detik, tanda-tanda vital : nadi = 88x/menit, suhu = 36,7⁰C, respirasi = 21x/menit, tekanan darah = 120/80mmHg, SpO₂= 98%.</p> <p>A: Masalah penurunan curah jantung Sebagian teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan penatalaksanaan medis.</p> <p>I: Melayani terapi warwari 2 mg Melayani terapi bisoprolol 1,25mg Melayani furosemide 20 mg</p> <p>E: Pasien mengatakan tidak lagi sesak, tidak lagi nyeri dada, masih merasa sedikit lemas, tidak lagi batuk, tidak lagi pusing keadaan umum sudah membaik, wajah tidak tampak pucat lagi, konjungtiva tidak anemis, tidak terpasang O₂ nasal kanul, frekuensi jantung 100x/menit, CRT sudah <3detik, tanda-tanda vital : nadi = 79x/menit, suhu = 36,2⁰C, respirasi = 20x/menit, tekanan darah = 110/80mmHg, SpO₂= 98%.</p> <p>R: Intervensi dilanjutkan penatalaksanaan medis</p>
2.	<p>Pola napas tidak efektif berhubungan dengan edema paru ditandai dengan :</p> <p>DS: pasien mengatakan sesak napas.</p> <p>DO: Keadaan umum lemah, tanda-</p>	<p>Sabtu 17 Mei 2025</p> <p>08:00</p>	<p>S: Pasien mengatakan tidak sesak lagi</p> <p>O: Keadaan umum sudah membaik, tanda-tanda vital: nadi =</p>

Lanjutan Tabel 3.4 Catatan Perkembangan

<p>tanda vital: nadi = 79x/menit, suhu = 36,5⁰C, respirasi = 27x/menit, tekanan darah = 110/90mmHg, SpO₂ = 94%, wajah tampak pucat, mata konjungtiva anemis, hidung terpasang O₂ nasal kanul 4 lpm, mukosa bibir kering, dada paru Inspeksi : terdapat retraksi dinding dada, frekuensi pernapasan 27x/menit.</p>		<p>88x/menit, suhu = 36,7⁰C, respirasi = 21x/menit, tekanan darah = 120/80mmHg, SpO₂ = 98%, wajah tidak tampak pucat, mata konjungtiva tidak anemis, hidung tidak terpasang O₂ , mukosa tidak bibir kering(lembab), tidak terdapat retraksi dinding dada, frekuensi pernapasan 21x/menit.</p>
	<p>10: 00</p>	<p>A: Masalah pola napas tidak efektif teratasi P: Intervensi di lanjutkan penatalaksanaan medis. I: Melayani terapi ceftriaxone 2gr Melayani terapi Azithromycin 500mg</p>
	<p>13:30</p>	<p>E: Pasien mengatakan tidak sesak lagi keadaan umum sudah membaik, tanda-tanda vital : nadi = 79x/menit, suhu = 36,2⁰C, respirasi = 20x/menit, tekanan darah = 110/80mmHg, SpO₂ = 98%, wajah tidak tampak pucat, mata konjungtiva tidak anemis, hidung tidak terpasang O₂ , mukosa tidak bibir kering(lembab), tidak terdapat retraksi dinding dada, frekuensi pernapasan 20x/menit. R: Intervensi dilanjutkan penatalaksanaan media</p>
<p>3. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-kapiler ditandai dengan: DS: Pasien mengatakan sesak napas dan pusing DO: Keadaan umum lemah, tanda-tanda vital: nadi = 79x/menit, suhu = 36,5⁰C, respirasi = 27x/menit, tekanan darah = 110/90mmHg, SpO₂ = 94%, wajah tampak pucat, mata konjungtiva anemis, hidung terpasang O₂ nasal kanul 4 lpm, mukosa bibir kering, dada paru Inspeksi: frekuensi pernapasan 27x/menit, Palpasi: Vokal fremitus teraba dengan hasil getaran paru kiri bawah menurun, Perkusi: terdengar pekak, CRT>3detik.</p>	<p>Sabtu 17 Mei 2025 08:00</p>	<p>S: Pasien mengatakan tidak sesak napas, tidak pusing O: Keadaan umum sudah membaik, tanda-tanda vital: nadi = 88x/menit, suhu = 36,7⁰C, respirasi = 21x/menit, tekanan darah = 120/80mmHg, SpO₂ = 98%, wajah tidak tampak pucat, mata konjungtiva tidak anemis, hidung tidak terpasang O₂, mukosa bibir tidak kering(lembab), frekuensi pernapasan 21x/menit, Vokal fremitus teraba dengan hasil getaran paru kiri bawah sudah meningkat, CRT<3detik. A: Masalah gangguan pertukaran gas teratasi P: intervensi dihentikan</p>

Lanjutan Tabel 3.4 Catatan Perkembangan

			I: - E: Pasien mengatakan tidak sesak napas, tidak pusing, keadaan umum sudah membaik, tanda-tanda vital: nadi = 88x/menit, suhu = 36,2 ⁰ C, respirasi = 20x/menit, tekanan darah = 110/80mmHg, SpO ₂ = 98%, wajah tidak tampak pucat, mata konjungtiva tidak anemis, hidung tidak terpasang O ₂ , mukosa bibir tidak kering(lembab), frekuensi pernapasan 20x/menit, Vokal fremitus teraba dengan hasil getaran paru kiri bawah sudah meningkat, CRT<3detik.
4.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedra fisiologis (inflamasi) ditandai dengan : Ds : pasien mengatak nyeri pada dada kiri dengan keluhan: P : nyeri disebabkan oleh peningkatan tekanan ventrikel sinistra dalam jantung Q : nyeri yang di rasakan seperti tertekan R : nyeri yang dirasakan pada dada kiri S : nyeri yang di rasakan skala 3 (nyeri sedang) T : nyeri dirasakan hilang timbul, nyeri yang paling di rasakan saat beraktivitas DO: Keadaan umum lemah, wajah tampak meringis, tanda-tanda vital: nadi = 79x/menit, suhu = 36,5 ⁰ C, respirasi = 27x/menit, tekanan darah = 110/90mmHg, SpO ₂ = 94%.	Sabtu 17 Mei 2025 08:00 10:00 13:30	S: Pasien mengatakan nyeri dada tidak lagi dengan skala nyeri 1. O: Keadaan umum sudah membaik, wajah tidak tampak meringis, tanda-tanda vital : nadi = 88x/menit, suhu = 36,7 ⁰ C, respirasi = 21x/menit, tekanan darah = 120/90mmHg, SpO ₂ = 98%. A: Masalah nyeri akut teratasi P: Intervensi dilanjutkan penatalaksanaan medis. I: Melayani terapi bisoprolol 1,25mg E: Pasien mengatakan nyeri dada tidak lagi dengan skala nyeri 1, keadaan umum sudah membaik, wajah tidak tampak meringis, tanda-tanda vital : nadi = 88x/menit, suhu = 36,7 ⁰ C, respirasi = 21x/menit, tekanan darah = 120/90mmHg, SpO ₂ = 98%. R: Intervensi dilanjutkan penatalaksanaan medis
5.	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran arteri atau vena ditandai dengan : DS: - DO: Keadaan umum lemah, tingkat kesadaran komposmentis, tanda-tanda vital: nadi = 79x/menit, suhu = 36,5 ⁰ C, respirasi = 27x/menit, tekanan darah = 110/90mmHg, SpO ₂ = 94%, wajah tampak pucat, CRT > 3 detik.	Sabtu 17 Mei 2025 08:00	S: - O: Keadaan umum sudah membaik, tanda-tanda vital: nadi = 88x/menit, suhu = 36,7 ⁰ C, respirasi = 21x/menit, tekanan darah = 120/80mmHg, SpO ₂ = 98%, wajah tidak tampak pucat, CRT <3 detik. A: Masalah perfusi perifer teratasi P: Intervensi di hentikan

Lanjutan Tabel 3.4 Catatan Perkembangan

		13:30	I: - E: Keadaan umum sudah membaik, tanda-tanda vital: nadi = 79x/menit, suhu = 36,2 ⁰ C, respirasi = 20x/menit, tekanan darah = 110/80mmHg, SpO ₂ = 98%, wajah tidak tampak pucat, CRT <3 detik.
6.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen ditandai dengan : DS: Pasien mengatakan sesak napas, merasa lemas, merasa cepat cape saat beraktivitas seperti berjalan 3-5 langkah. DO Keadaan umum lemah, tanda-tanda vital : nadi = 79x/menit, suhu = 36,5 ⁰ C, respirasi = 27x/menit, tekanan darah = 110/90mmHg, SpO ₂ = 94%, wajah tampak pucat, mukosa bibir kering, Hasil pemeriksaan EKG : HR : 113, R-R : 530, P-R : 175, QRS : 90, QT/QTc : 340/468, P/QRS/T : -85/80/-65, RV5/SV1 : 1.236/-1.062, RV5 + SV1 : 0.174, QTcT : 0.641, 013 : Atrial Tachcardia, 022 : SVES, Maybe Abnormal ECG.	Sabtu 17 Mei 2025 08:00 12:30 13:30	S: Pasien mengatakan tidak merasa sesak napas lagi, merasa sudah sedikit bertenaga. O: Keadaan umum sudah membaik, tanda-tanda vital: nadi = 88x/menit, suhu = 36,7 ⁰ C, respirasi = 21x/menit, tekanan darah = 120/80mmHg, SpO ₂ = 98%, wajah tidak tampak pucat, mukosa bibir tidak kering(lembab). A: Masalah intoleransi aktivitas teratasi P: Intervensi di lanjutkan penatalaksanaan medis. I: Melayani makan pasien dengan diet rendah garam. E: Pasien mengatakan tidak merasa sesak napas lagi, merasa sudah sedikit bertenaga, keadaan umum sudah membaik, tanda-tanda vital: nadi = 79x/menit, suhu = 36,2 ⁰ C, respirasi = 20x/menit, tekanan darah = 110/80mmHg, SpO ₂ = 98%, wajah tidak tampak pucat, mukosa bibir tidak kering(lembab).
7.	Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan : DS: Pasien mengatakan tidak mengetahui sakit apa yang di derita sekarang, pasien juga mengatakan tidak pernah melakukan pemeriksaan kesehatan di puskesmas maupun posyadu lansia, pasien mengatakan jika sakit batuk dan pilek menggunakan obat tradisional seperti kencur lalu minum dengan air hingga batuk dan pileknya sembuh, pasien mengatakan sebelum sakit makanan yang sering di konsumsi nasi, ikan kering, daun ubi, sayur labu jepa, pucuk labu dengan cara	Sabtu 17 Mei 2025 08:00	S: Pasien mengatakan banyak istirahat tidak boleh beraktivitas yang berat seperti berkebun makan kurangi garam, makan tidak boleh yang tumis, bersantan, ikan asin, makan sayur di bikin bening, ikan di panggang, tidak boleh kerja berat seperti berkebun mengontrol kesehatan di puskesmas, dan mengikuti posyadu lansia. O: - A: Masalah defisit pengetahuan teratasi P: Intervensi dihentikan I: -

Lanjutan Tabel 3.4 Catatan Perkembangan

pengelolaan daun ubi di bikin kua santan, ikan kering di goreng kadang di bakar sayur labu campur pucuk labu di tumis. DO: -	13:30	E: Pasien mengatakan banyak beristirahat tidak boleh beraktivitas yang berat seperti berkebun makan kurangi garam, makan tidak boleh yang tumis, bersantan, ikan asin, makan sayur di bikin bening, ikan di panggang, mengontrol kesehatan di puskesmas, dan mengikuti posyadu lansia.
---	-------	--

B. Pembahasan

Dalam pengkajian pada Ny. M.W dengan *congestive heart failure* ditemukan, kesenjangan antara kasus dan teori dimana yang terdapat dalam teori tidak ada dalam kasus yakni menurut Brunner & Suddarth (2002), secara patologis pada pasien dengan CHF ditemukan masalah keperawat kelebihan volume cairan dan ketidak seimbangan nutrisi dari kebutuhan tubuh dan pada kasus nyata setelah dilakukan penelitian selama 3 hari tidak di temukan masalah keperawatan tersebut dengan tanda gejala edema, acites (Penumpukan cairan pada rongga abdomen), mual, kehilangan nafsu makan ini di karenakan jantung kanan masih memompah darah dengan baik sehingga darah tidak kembali ke jaringan tubuh yang dapat menyebabkan pembengkakan di area ektermitas dan abdomen. Sehingga hanya beberapa masalah keperawatan yang diangkat dalam studi kasus kali ini seperti penurunan curah jantung, pola napas tidak efektif, gangguan pertukaran gas, nyeri akut, intoleransi aktivitas dan defisit pengetahuan.

Masalah keperawatan yang tidak ada dalam teori namun ada dalam kasus yaitu defisit pengetahuan dikarenakan pasien tidak mengetahui penyakit yang di derita sekarang dan pasien juga tidak pernah melakukan pemeriksaan kesehatan sehingga peneliti mengedukasi kesehatan terkait peyakit *congestive heart failure* (CHF).

Masalah yang diangkat yaitu penurunan curah jantung, pola napas tidak efektif, gangguan pertukaran gas, nyeri akut, intoleransi aktivitas, defisit pengetahuan dan prioritas masalah yang diangkat yaitu penurunan curah jantung karena klien mengalami sesak napas, nyeri dada, merasa lemas, pusing. Jika penurunan curah jantung tidak ditangani secara cepat maka dampak dari penurunan curah jantung ini dapat mengancam nyawa dikarenakan jantung gagal memompa darah ke seluruh tubuh. Sehingga beberapa data yang didapatkan dari pengkajian dan pemeriksaan fisik sesuai dengan konsep teori yakni DS: Pasien mengatakan sesak napas, nyeri dada sebelah kiri, batuk, badan terasa lemas, mudah lelah saat beraktivitas seperti berjalan 3-5 langkah, dan pasien merasa kepalanya pusing. DO: Keadaan umum lemah, wajah tampak pucat, mata konjungtiva anemis, hidung terpasang O₂ nasal kanul 4 lpm, mukosa bibir kering, jantung terlihat dada kiri lebih besar dibandingkan dada kanan, saat di auskultasi suara jantung S₃ (gallop) dengan frekuensi jantung 130x/menit, CRT > 3detik, tanda-tanda vital : nadi = 79x/menit, suhu = 36,5⁰C, respirasi = 27x/menit, tekanan darah = 110/90mmHg, SpO₂ = 94%, Hasil pemeriksaan EKG : HR : 113, R-R : 530, P-R : 175, QRS : 90, QT/QTc : 340/468, P/QRS/T : -85/80/-65, RV5/SV1 : 1.236/-1.062, RV5 + SV1 : 0.174, QTcT : 0.641, 013 : Atrial Tachcardia, 022 : SVES, Maybe Abnormal ECG, Cor CRT > 0.56, Tampak jarak processus spinosus ke aortic knob > 4cm, cardiomegali, elengatio aorta.

Tindakan yang dilakukan berdasarkan perencanaan telah direncanakan. Pelaksanaan pada Ny. M.W dapat dilaksanakan dengan baik karena didukung oleh sarana dan partisipasi dari keluarga dan petugas kesehatan yang ada di Ruang Penyakit Dalam. Dengan demikian seluruh intervensi yang direncanakan dapat dilaksanakan secara tepat.

Menurut Nursalam (2015), dalam Zalvi, Fitriani & Megawati (2020), evaluasi keperawatan merupakan kegiatan yang terus menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan. Evaluasi dilakukan berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan sebelumnya dalam perencanaan, membandingkan hasil tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan dengan tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya dan menilai efektivitas proses keperawatan mulai dari tahap pengkajian, perencanaan dan pelaksanaan.

Setelah dilaksanakan keperawatan selama selama 3 (tiga) hari masalah keperawatan pola napas tidak efektif, gangguan pertukaran gas, nyeri akut, perfusi perifer tidak efektif, intoleransi aktivitas, defisit pengetahuan teratasi, sedangkan masalah keperawatan penurunan curah jantung sebagian teratasi.