

**ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN GANGGUAN OKSIGENASI PADA
PASIEN CHF DI RUANG CEMPAKA RSDS KEBUMEN**

Karya Tulis Ilmiah Ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk
Menyelesaikan Program Pendidikan Diploma III Keperawatan



FEBRI DWI HARTANTO

A01502055

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH
GOMBONG PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
TAHUN AKADEMIK
2018/2019**

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Febri Dwi Hartanto

NIM : A01502055

Program Studi : DIII Keperawatan

Institusi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Gombong

Menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan karya tulis ilmiah ini hasil jiplakan , maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Gombong, 13 September 2019

Pembuat Pernyataan,



Febri Dwi Hartanto

LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING

Karya Tulis Ilmiah oleh Febri Dwi Hartanto, dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Congestive Heart Failure (CHF) Dengan Gangguan Oksigenasi Pada Pasien CHF Di Ruang Cempaka RSDS Kebumen” telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Gombong, 13 September 2019

Pembimbing



(Bambang Utoyo, S.Kep.Ns, M.Kep.)



LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah Febri Dwi Hartanto, dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Congestive Heart Failure (CHF) Dengan Gangguan Oksigenasi Pada Pasien CHF Di Ruang Cempaka RSDS Kebumen" telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal : 13 September 2019

Dewan Penguji

Penguji Ketua

Fajar Agung Nugroho, S.Kep.Ns MNS

()

Penguji Anggota

Bambang Utoyo, S.Kep.Ns, M.Kep

()

Mengetahui

Ketua Program Studi DIII Keperawatan

STIKES Muhammadiyah Gombong

()
(Nurlaila, S.Kep,Ns,M.Kep,)

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
DAFTAR ISI	v
KATA PENGANTAR	vii
ABSTRAK	viii
ABSTRACT	ix
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Rumusan Masalah	3
C. Tujuan Studi Kasus	3
D. Manfaat Studi Kasus	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	5
2.1 Tinjauan Teori	5
2.1.1 Asuhan keperawatan pada Klien Gagal Jantung atau <i>Congestive Heart Failure</i>	5
a. Definisi	5
b. Etiologi	6
c. Manifestasi	7
d. Patofisiologi	7
e. Klasifikasi	9
f. Penatalaksanaan	11
g. Asuhan Keperawatan	11
h. Diagnosa	13

BAB III METODE PENELITIAN	22
A. Jenis Penelitian.....	22
B. Subyek Penerapan Kasus	22
C. Fokus Penerapan Kasus	22
D. Definisi Operasional	22
E. Instrumen Penerapan Kasus	23
F. Metode Pengumpulan Data	23
G. Lokasi dan Waktu Studi Kasus	23
H. Analisa Data dan Penyajian Data.....	24
I. Etika Penerapan Kasus.....	24
BAB IV HASIL PENERAPAN DAN PEMBAHASAN.....	27
A. Hasil Studi Kasus	27
a. Asuhan Keperawatan.....	27
b. Analisa Data	29
c. Intervensi, Implementasi, Evaluasi	30
B. Pembahasan.....	37
C. Keterbatasan Studi Kasus.....	48
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	77
A. Kesimpulan	77
B. Saran.....	78

Daftar Pustaka

Lampiran

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Warohmatullohi Wabarokatuh

Dengan mengucapkan puji dan syukur kehadiran Allah SWT yang memberikan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini yang berjudul "ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN GANGGUAN OKSIGENASI PADA PASIEN CHF DI RUANG CEMPAKA RSDS KEBUMEN (CHF)"

Penulis membuat laporan ini adalah untuk memaparkan hasil ujian Asuhan keperawatan sebagian dari persyaratan untuk mendapatkan gelar pendidikan ahli madya keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Gombong. Penulis menyadari banyak mengalami kendala dan hambatan, Namun berkat bimbingan, pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak, penulis ingin mengucapkan terimakasih kepada :

1. Ibu Herniyatun, M.Kep.,Sp.Mat. selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Gombong.
2. Ibu Nurlaila, S.Kep.Ns.M.Kep selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Gombong dan dosen pembimbing Karya Tulis Ilmiah.
3. Bambang Utoyo, S.Kep.Ns, M.Kep selaku Pembimbing Akademik.
4. Selaku dosen dan staf karyawan Prodi D III Keperawatan yang telah membantu kelancaran proses penulisan proposal karya tulis ilmiah.
5. Keluarga tercinta yang telah memberikan doa serta dukungan dalam penyusunan proposal karya tulis ilmiah ini.
6. Tema- tema perjuangan kelas B Program Studi D III Keperawatan SETIKES Muhammadiyah Gombong yang senantiasa selalu memberikan semangat satu sama lain dalam penyusunan proposal karya tulis ilmiah ini.

Penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna baik dari segi penulisan, bentuk dan isi. Oleh karena itu, penulis mengharapkan adanya kritikan dan saran dari semua pihak yang bersifat membangun demi perbaikan Karya Tulis Ilmiah ini dimasa yang akan datang. Akhirnya penulis berharap semoga karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat bagi perkembangan dan keperawatan selanjutnya.

Wassalamu'alaikum Warohmatullohi Wabarokatuh

Gombong, 19 Agustus 2017

Febri dwi hartanto

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN GANGGUAN OKSIGENASI PADA PASIEN CHF DI RUANG CEMPAKA RSDS KEBUMEN

Latar belakang : CHF (*Congestive Heart Failure*) adalah kelainan fungsi jantung sehingga jantung tidak dapat memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme jaringan. Angka kejadiannya terus meningkat dan berdampak kematian, dan angka penyakit gagal jantung (CHF) di Indonesia terus meningkat.

Tujuan : Mampu menggambarkan tentang pemberian Asuhan Keperawatan pada pasien CHF (*Congestive Heart Failure*).

Diagnosa : Dalam Asuhan Keperawatan pada pasien CHF yang di tegakan dari hasil pengkajian pada pasien Tn. T gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan perfusi ventilasi, penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan preload, dan defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penyakitnya.

Rencana tindakan : Rencana tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien CHF antara lain dengan memberikan terapi O₂, memposisikan pasien semi fowler, monitor vital sign, memberi lingkungan yang tenang dan membatasi pengunjung, melakukan kolaborasi untuk memberikan obat sesuai anjuran dokter.

Hasil : Setelah dilakukannya Asuhan Keperawatan selama 3x24 jam di dapatkan hasil pernafasan pasien menjadi normal, sudah tidak terdapat edema, dan pasien dan keluarga paham terhadap penyakit CHF (*Congestive Heart Failure*).

-
1. Mahasiswa Prodi DIII Keperawatan STIKES Muhammadiyah Gombong.
 2. Dosen Prodi Keperawatan STIKES Muhammadiyah Gombong.

DIII Nursing Program
Muhammadiyah Health Science Institute Of Gombong
Scientific writing, September 2019
Febri Dwi Hartanto ¹⁾ Bambang utoyo ²⁾

ABSTRACT

OXYGENATION NURSING INSURANCE IN CHF PATIENTS IN CEMPAKA SPACE KEBUMEN RSDS

Background: CHF (Congestive Heart Failure) is a heart function disorder so the heart can not pump blood to meet the needs of metabolism tissue. The number of incidents continues to increase and the impact of death, and the number of heart failure (CHF) in Indonesia continues increased.

Objective: Able to describe about Nursing Care giving in CHF (Congestive Heart Failure) patients.

Diagnosis: In Nursing Care of CHF patients who are in stands from the assessment of Tn.T patient is an gas exchange disorders are associated with ventilation perfusion imbalances, decreased cardiac output associated with in preload changes, and deficit of knowledge associated with a lack of information about the disease.

Action plan: A nursing action plan undertaken in CHF patients, among others, by providing O2 therapy, positioning semi-fowler, vital signs monitoring, providing a calm environment and limiting visitors, collaborating to deliver medications as recommended by physicians.

Results: After has been done of nursing care for 3x24 hours found the patient's breathing to normal, there was no edema, and the patient also family understood of CHF (Congestive Heart Failure) disease.

-
1. *Student of Diploma III of Nursing Program Muhammadiyah Health Science Institute of Gombong.*
 2. *Lecturer of Nursing Program Muhammadiyah Health Science Institute of Gombong.*

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Gagal jantung adalah suatu keadaan ketika jantung tidak mampu mempertahankan sirkulasi yang cukup bagi kebutuhan tubuh, meskipun tekanan pengisian darah pada vena normal. Gagal jantung menjadi penyakit yang terus meningkat terutama pada lansia. Gagal jantung atau *Congestive Heart Failure* adalah ketidakmampuan jantung untuk mempertahankan curah jantung yang adekuat guna memenuhi kebutuhan oksigen pada jaringan meskipun aliran vena adekuat (Stillwell, 2011).

Masalah kesehatan dengan gangguan sistem kardiovaskuler termasuk didalamnya *Congestive Heart Failure* (CHF) masih menduduki peringkat yang tinggi, menurut data WHO pada tahun 2007 dilaporkan bahwa gagal jantung mempengaruhi lebih dari 20 juta pasien didunia dan meningkat seiring pertambahan usia dan mengenai pasien dengan usia lebih dari 65 tahun, dan sekitar 6-10% lebih banyak mengenai laki-laki dari pada wanita. Pada tahun 2030 WHO memprediksi peningkatan penderita gagal jantung mencapai 23 juta jiwa didunia. Gagal jantung juga menjadi masalah khas utama pada beberapa Negara industry maju dan Negara berkembang seperti Indonesia.

Menurut Kompas (2010), sekitar 4,3 juta penduduk Indonesia mengalami gagal jantung, dan 500.000 kasus baru gagal jantung telah didiagnosis tiap tahunnya. Harapan hidup penderita gagal jantung lebih buruk dibandingkan dengan kanker apapun kecuali kanker paru-paru dan kanker ovarium karena sampai 75% penderita gagal jantung meninggal dalam kurun waktu 5 tahun sejak diagnosis. Sedangkan menurut profil kesehatan Indonesia pada tahun 2005 gagal jantung merupakan urutan ke 5 terbanyak penyebab kematian dirumah sakit seluruh Indonesia. Perubahan

gaya hidup, kadar kolestrol yang tinggi, perokok aktif dan kurangnya kesadaran beolahraga menjadi factor pemicu munculnya penyakit gagal jantung.

Data yang diperoleh *World Health Organization* (WHO) tahun 2012 menunjukkan bahwa pada tahun 2008 terdapat 17 juta atau sekitar 48% dari total kematian disebabkan oleh gagal jantung kongestif. Pada penelitian di amerika resiko berkembangnya gagal jantung adalah 20% untuk usia ≥ 40 tahun dengan kejadian > 650.000 kasus baru yang yang di diagnosis gagal jantung selama beberapa decade terakhir. Kejadian gagal jantung meningkat dengan bertambahnya usia. Tingkat kematian untuk gagal jantung sekitar 50% dalam waktu lima tahun (Arini, 2015)

Prevalensi gagal jantung di Indonesia menurut Riskesdes (2013). Di Sulawesi utara sendiri prevalensi gagal jantung sendiri mencapai (0,4%) untuk yang terdiagnosis dan (0,14%) untuk prevalensi gejala. Penyakit gagal jantung meningkat seiring bertambahnya umur, tertinggi pada umur 65-74 tahun (0,5%) untuk yang terdiagnosis, menurun sedikit pada umur ≥ 75 tahun (0,4%) tetapi gejala tertinggi pada `umur ≥ 75 tahun (1,1%) (Riskesdas, 2013).

Pasien gagal jantung mengalami peredaran darah sistemik dan sirkulasi yang berjalan lambat. Pemindahan O₂ dan CO₂ dalam paru-paru berlangsung sukar, seluruh organ dan jaringan tubuh tidak dapat dipenuhi kebutuhannya akan oksigen dan zat-zat makanan. Terjadi kesulitan nafas dan perasaan tercekik (Rilantono, 2004). Kecemasan yang terjadi pada kebanyakan pasien gagal jantung dikarenakan mereka mengalami kesulitan mempertahankan oksigenasi yang adekuat sehingga mereka sesak nafas dan gelisah (Smeltzer & bare 2011). Kecemasan yang dialami ketika terjadi serangan adalah kecemasan berat sehingga memerlukan bantuan untuk oksigenasi dan konseling yang tepat (Idhaniyati, 2010).

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka penulis merumuskan masalah dalam Karya Tulis Ilmiah ini adalah “Bagaimana Melaksanakan atau Mengimplementasikan Asuhan Keperawatan pada klien dengan *Congestive Heart Failure* (CHF) Meliputi Pengkajian, Analisa data, Penegakan Diagnosa Keperawatan, Perencanaan Keperawatan, Implementasi Keperawatan, serta Evaluasi Asuhan Keperawatan, yang dikelola selama 3 hari

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Penulis dapat menerapkan ilmu yang telah di peroleh selama masa pendidikan Diploma III Keperawatan dengan melaksanakan Asuhan Keperawatan secara komprehensif dan pengkajian sampai dengan evaluasi pada pasien dengan *Congestive Heart Failure* (CHF).

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus penulisan Karya Tulis Ilmiah ini adalah :

- a. Mendeskripsikan hasil pengkajian pada pasien dengan *Congestive Heart Failure* (CHF)
- b. Mendeskripsikan hasil diagnosa keperawatan pada pasien dengan *Congestive Heart Failure* (CHF).
- c. Mendeskripsikan hasil rencana keperawatan pada pasien dengan *Congestive Heart Failure* (CHF)
- d. Mendeskripsikan hasil implementasi pada pasien dngan *Congestive Heart Failure* (CHF).
- e. Mendeskripsikan hasil evaluasi keperawatan pada pasien dengan *Congestive Heart Failure* (CHF).

D. Manfaat Studi Kasus

Berhubungan dengan penulis manfaat yang ingin di capai pada klien dengan kondisi *Congestive Heart Failure (CHF)* sebagai berikut :

1) Bagi masyarakat

Meningkatkan pengetahuan dan pemahaman pada klien *Congestive Heart Failure (CHF)*

2) Bagi Pengembangan Ilmu dan Teknologi Keperawatan

Hasil penelitian yang dilakukan dapat di jadikan sebagai masukan untuk profesi perawat dalam mengaplikasikan Asuhan Keperawatan dalam klien *Congestive Heart Failure (CHF)*.

3) Bagi penulis

Memperoleh pengalaman dalam mengaplikasikan hasil riset keperawatan pada klien *Congestive Heart Failure (CHF)*



DAFTAR PUSTAKA

- Ardiansyah. 2012. *Medikal Bedah*. Jogjakarta : DIVA press.
- Arini (2015), *Studi Penggunaan Obat Pada Pasien Gagal Jantung yang Rawat Inap di RSUD. DR. Soetomo. Surabaya*. <http://repository.wima.ac.id>
Diakses 14 Oktober 2015 jam 14:00 wita.
- Baradero, Marry, dkk. 2008. *Seri Asuhan Keperawatan Medikal Bedah*. Edisi 8. Volume 2. Jakarta: EGC.
- Brunner & Suddarth, (2005). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta : EGC
- Carpenito, L.J (2007). *Buku Saku Diagnosa Keperawatan*. Jakarta : EGC
- Corwin, Elizabeth J. (2009). *Buku Saku Patofisiologi*. Alih Bahasa Nike Budhi Subekti, Edisi Revisi 3. Jakarta: EGC.
- Dewi, I. N. (2012). *Asuhan Keperawatan pada Pasien Congestive Heart Failure (CHF) Di RSUD dr. Prijonegoro Sragen*.
- Doenges, E. M. (2010). *Rencana Asuhan Keperawatan*. Jakarta : EGC
- Hidayat, A. A. A. (2012). *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia : Aplikasi Konsep, Proses dan Praktik, edisi 4, volume 2*. Jakarta : EGC
- Ihdaniyati, A. I (2008). *Hubungan Tingkat Kecemasan dengan mekanisme koping pada pasien gagal jantung kongestif di RSUD Pandan Arang Boyolali*. Diperoleh pada tanggal 18 juni 2015 dari <http://publikasiilmiah.ums.ac.id/>.
- McPhee, S. J., & Ganong, W. F. (2010). *Patofisiologi penyakit: Pengantar menuju kedokteran klinis*. Jakarta: EGC.
- Muttaqin, A. & Sari, K. (2012). *Asuhan Keperawatan Konsep Dan Praktik Edisi 1*. Jakarta : Salemba Medika.
- Nanda. 2009. *Diagnosis Keperawatan Definisi dan Klasifikasi*. Egc. Jakarta.
- Notoadmojo, S. (2011). *Metodologi Penelitian Kesehatan : 202*. Yogyakarta : Med Action.

- Nursalam (2011). *Proses dan Dokumentasi Keperawatan Konsep dan Praktik Edisi 1*. Jakarta : Salemba Medika
- Pranoto, A. F. (2015). *Asuhan Keperawatan pada Pasien Congestive Heart Failure (CHF) di RSUD prof. Dr. Margono Sukarjo Purwokerto*. Banyumas.
- Prijo, S. (2010). *Manual persetujuan Tindakan Kedokteran*. Jakarta : Perpustakaan DEPKES
- Riskesdas, (2007). Jakarta: Badan penelitian dan Pengembangan kesehatan, Departemen kesehatan Republik Indonesia.
- Santoso A (2007). *Gagal Jantung Ilmu Penyakit Dalam edisi 8*. Jakarta : EGC
- Smeltzer & Bare. 2002. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah, edisi 8*. EGC. Jakarta.
- Stillwell. 2011. *Pedoman keperawatan Kritis Edisi 3*. Jakarta : EGC.
- Udjianti, W. J. (2011). *Keperawatan Kardiovaskular*. Jakarta : Salemba Medika.
- Wijaya, A. S. & Putri, y> m. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah Teori dan Contoh Askep*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Wilkinson, J. M. & Ahern, N. R. (2012). *Buku Saku Diagnosa Keperawatan Edisi 9 Diagnosi Nanda Intervensi NIC Kriteria Hasil NOC*. Alih Bahasa Esti Wahyuningsih. Jakarta : EGC

Lampiran 5

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Topik : Gangguan Sistem Cardio Vaskuler
Sub Pokok Bahasan : Congestive Heart Failure (CHF)
Sasaran : Klien dan Keluarga
Penyuluh : Febri Dwi Hartanto
Waktu : 30 menit
Tempat : Ruang Cempaka RSDS Kebumen

A. Tujuan

1. Tujuan Umum

Setelah dilakukan tindakan pendidikan kesehatan diharapkan pasien dan keluarga dapat memahami mengenai Gagal Jantung Kongestive.

2. Tujuan Khusus

Setelah dilakukan tindakan pendidikan kesehatan diharapkan pasien dan keluarga dapat :

- a. Menjelaskan kembali pengertian Gagal Jantung
- b. Menyebutkan kembali faktor penyebab gejala Gagal Jantung
- c. Menyebutkan kembali tanda dan gejala Gagal Jantung
- d. Menyebutkan cara penanggulangan Gagal Jantung
- e. Menyebutkan diet Gagal Jantung

B. Materi : (terlampir)

C. Metode : Ceramah dan tanya jawab

D. Media : Lefleat

NO	KEGIATAN	PENYULUH	KLIEN
1.	Pembukaan	Mengucapkan salam Memperkenalkan diri Menjelaskan tujuan	Menjawab salam Menerima dengan baik Menyimak dengan baik
2	Kegiatan Inti	Menjelaskan materi tentang Gagal Jantung Memberikan kesempatan untuk bertanya Menjawab pertanyaan yang diajukan	Menyimak dengan baik Mengajukan beberapa pertanyaan Menyimak dengan baik
3	Penutup	Mengulang kembali materi yang disampaikan dengan mengajukan pertanyaan Mengucapkan salam	Mampu menjawab pertanyaan yang diajukan Menjawab salam

F. Evaluasi : Lisan dengan mengajukan beberapa pertanyaan

1. Jelaskan pengertian Gagal Jantung ?
2. Sebutkan faktor penyebab Gagal Jantung ?
3. Sebutkan tanda dan gejala Gagal Jantung ?
4. Sebutkan cara penanggulangan Gagal Jantung ?
5. Sebutkan diet Gagal Jantung ?

MATERI PENYULUHAN

A. Pengertian

Gagal jantung kongestif disebut juga CHF (Congestive Heart Failure) atau Decomp Cordis. Gagal jantung adalah keadaan patofisiologik dimana jantung sebagai pompa tidak mampu memenuhi kebutuhan darah untuk matabolisme jaringan (Price, 2010).

Saat ini dikenal beberapa istilah gagal jantung, yaitu :

- a. Gagal jantung kiri : terdapat bendungan paru, hipotensi, dan vasokonstriksi perifer dengan penurunan perfusi jaringan.
- b. Gagal jantung kanan : ditandai dengan adanya edema perifer, asites dan peningkatan tekanan vena jugularis.
- c. Gagal jantung kongestif : adalah gabungan kedua gambaran tersebut. (Arif Muttaqin, 2012).

Gagal jantung kongestif adalah ketidakmampuan jantung untuk memompa darah dalam jumlah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan jaringan terhadap oksigen dan nutrient dikarenakan adanya kelainan fungsi jantung yang berakibat jantung gagal memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme jaringan dan atau kemampuannya hanya ada kalau disertai peninggian tekanan pengisian ventrikel kiri (Smeltzer & Bare, 2001).

B. Faktor Penyebab

1. Kelainan Otot Jantung
2. Penyumbatan di pembuluh darah jantung
3. Hipertensi
4. Peradangan

5. Penyakit jantung lain

C. Tanda dan gejala gagal jantung

Gagal jantung kiri :

1. Sesak nafas saat beraktivitas
2. Sesak nafas saat berbaring
3. Batuk
4. Mudah lelah,
5. Bengkak pada kaki
6. Perut membuncit
7. Kegelisahan atau kecemasan

Gagal jantung kanan :

1. Hepatomegali atau pembesaran pada hati
2. Sering kencing di malam hari
3. Kelemahan
4. Tidak nafsu makan dan mual

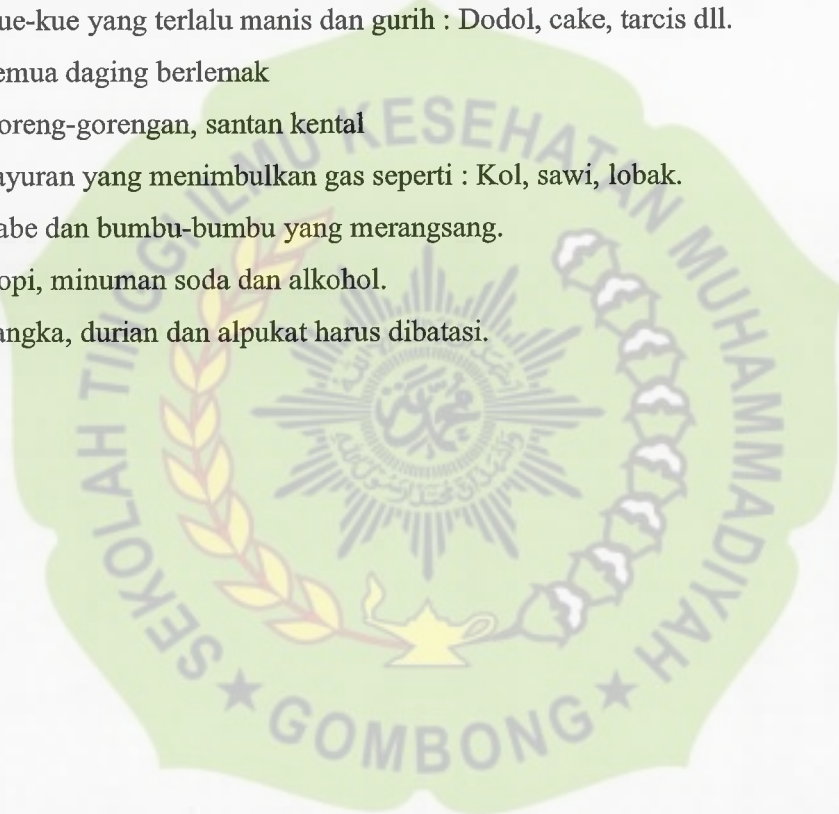
D. Penanggulangan gagal jantung

1. Perubahan Gaya Hidup
 - a. Melakukan diet
 - b. Melakukan aktivitas fisik
 - c. Pembatasan Konsumsi garam dan cairan
 - d. Menurunkan BB bila berlebih
2. Berobat
3. Perawatan di Rumah Sakit

E. Diet penyakit Gagal jantung Kongestif

1. Makanlah secara teratur

2. Tinggalkan makanan /minuman yang diiklankan secara berlebihan
3. Pilihlah hidratarang kompleks seperti nasi beras tumbuk/ merah, roti bekatul, havermut dengan sayuran dan protein hewani/nabati (daging tidak berlemak/kacang-kacangan) serta buah.
4. Makan dalam jumlah cukup untuk mempertahankan berat badan.
5. Makanan pantangan bagi penyakit jantung :
 - 1) Kue-kue yang terlalu manis dan gurih : Dodol, cake, tarcis dll.
 - 2) Semua daging berlemak
 - 3) Goreng-gorengan, santan kental
 - 4) Sayuran yang menimbulkan gas seperti : Kol, sawi, lobak.
 - 5) Cabe dan bumbu-bumbu yang merangsang.
 - 6) Kopi, minuman soda dan alkohol.Nangka, durian dan alpukat harus dibatasi.



1. Pengkajian

a. Identitas Pasien

Nama : Tr. W
Umur : 60 tahun
Jenis kelamin : Laki-laki
Agama : Islam
No. RM : 23147682
Alamat : Mukhisari, Kebumen, Kebumen
Tanggal Pengkajian : 11 Oktober 2017
Diagnosa medik : CHF

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Ny. S
Umur : 58 tahun
Jenis kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Alamat : Mukhisari, Kebumen, Kebumen
Pekerjaan : Swasta
Hub. dengan klien : Istri

2. Riwayat kesehatan

a. keluhan Utama

Sesak nafas, cemas, Gelisah

b. Riwayat kesehatan sekarang

Sebelum masuk rumah sakit pasien mengalami sesak nafas, sesak dirasakan saat pasien pulang dari sawah, kemudian pasien dibawa keluarga pada tanggal 10 Oktober 2017 dengan keluhan sesak nafas

GCS : 15 (E4 V5 M6)

RR : 28 x/m

Td : 130/75 mmHg

N : 82 x/menit

B : 36,8°C

c. Riwayat Penyakit Dahulu

Keluarga klien mengatakan klien belum pernah dirawat di RS dengan keluhan penyakit seperti ini

d. Riwayat Penyakit Keluarga

Keluarga klien mengatakan tidak mempunyai riwayat penyakit menular seperti HIV, TBC, Hepatitis dll.

3. Pola Fungsional menurut Virginia Henderson

a. Sebelum Sakit : klien dapat bernafas secara normal tanpa alat bantu pernafas

Saat Ditaji : klien mengeluh sesak nafas, RR: 25x/menit, bernafas spontan, menggunakan binasal kanul 4L/m

b. Pola Nutrisi :

Sebelum Sakit : keluarga klien mengatakan klien sebelum sakit makan 3x sehari, dg nasi dan lauk pauk, serta minum air putih $\pm$ 7 gelas/hari, serta minum teh dan kopi

Saat Ditaji : klien hanya menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi makanan RS

c. Pola kebutuhan Istirahat dan Tidur

Sebelum sakit : klien dapat beristirahat nyenyak, tidur $\pm$ 5-7 jam/hari

Saat ditaji : klien Gelisah dan hanya tidur 3-4 jam

d. Pola Eliminasi :

Sebelum sakit : klien mengatakan BAK 4-5x/hari urin berwarna kuning jernih dan BAB 1x tidak terpasang kateter / DC

Saat ditaji : klien sudah BAB 1x tidak terpasang DC

e. Pola Aktivitas

Sebelum Sakit : Klien dapat beraktivitas tanpa bantuan orang lain

Saat ditaji : Klien beraktivitas di bantu keluarga dan perawat

f. Pola Berpakaian

Sebelum sakit : Klien dapat berpakaian secara mandiri

Saat ditaji : klien saat berpakaian di bantu keluarga dan perawat

g. Pola menjaga Suhu Tubuh

Sebelum sakit : Klien jika merasa dingin menggunakan selimut atau berpakaian tebal

Saat ditaji : klien menggunakan baju tipis dan memakai selimut

h. Pola ~~Pemeliharaan~~ Personal hygiene

Sebelum Sakit : klien mandi 2x sehari dan gosok gigi 2x sehari

Saat dikaji : klien hanya di seka 2x oleh perawat

i. Pola Aman dan Nyaman

Sebelum Sakit : klien merasa nyaman dan aman berada diantara keluarganya

Saat dikaji : klien tampak gelisah

j. Pola Komunikasi

Sebelum sakit : ~~keluarga~~ klien mengatakan mampu berkomunikasi dg baik di lingkungannya

Saat dikaji : klien dapat berbicara, tetapi tdk terlalu jelas

k. Pola Rekreasi

Sebelum Sakit : keluarga klien mengatakan klien senang berkumpul keluarga dan menonton televisi

Saat Dikaji : Klien hanya terbaring dan gelisah di tempat tidur

l. Pola Kebutuhan Bekerja

Sebelum sakit : keluarga klien mengatakan hanya bekerja sebagai Pedagang

Saat dikaji : klien tdk bisa bekerja karena sakit

m. Pola Kebutuhan Belajar

Sebelum sakit : keluarga klien mengatakan belum mengetahui penyakit yg diderita klien

Saat dikaji : keluarga klien tampak bingung

n. Pola Spiritual

sebelum sakit : keluarga mengatakan klien beribadah sholat 5 waktu

saat dikaji : klien hanya terbaring di tempat tidur

A. Pemeriksaan Umum

Kondisi Umum : lemah

Kesadaran : Compos Mentis

GCS : 15 (E4 V5 M6)

TD : 130/75 mmHg

N : 82 x/menit

RR : 25 x/menit

S : 36,8 °C

a. Pemeriksaan Fisik

- 1). Kepala : Mesochepal, rambut beruban, tampak sedikit kotor
- 2). Leher : Tidak terdapat pembesaran kelenjar thyroid
- 3). Mata : Simetris, konjungtiva an anemis, sklera anikterik
- 4). Telinga : Simetris, tidak terdapat serumen
- 5). Mulut : Tidak ada stomatitis, gigi tampak sedikit kotor

b. Dada

o> Paru - Paru :

- Inspeksi : Simetris, tidak ada lesi, terdapat retraksi dinding dada
Palpasi : Fokal premitus tidak teraba; ekspansi dinding dada simetris
Pektusi : Soror
Auskultasi : Bunyi paru vesikuler

o> Jantung

- Inspeksi : Ictus cordis normal terlihat
Palpasi : Ictus cordis teraba di interkostal 4-5
Pektusi : Pekat
Auskultasi : S1 dan S2 Reguler

o> Abdomen

- Inspeksi : Supel, tidak ada lesi dan tidak ada bekas operasi
Auskultasi : Bising usus 12 x/menit
Palpasi : Tidak ada pembesaran hepar dan limpa
Pektusi : Timpani

c. Genitalia dan Rektum Bersih dan tidak tampak kelainan

d. Ekstremitas

- o> Atas : Tidak ada edema, terpasang infus RL 20 fpm pada tangan kiri
o> Bawah : Tunggal kaki kanan, tidak ada edema

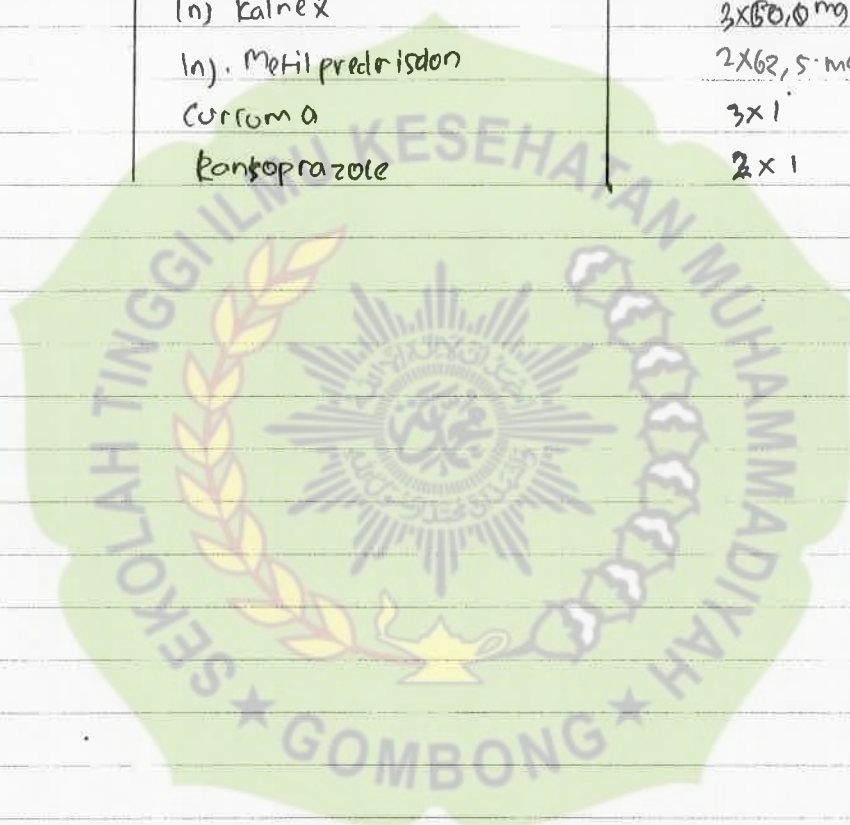
5. Data Penunjang

a. Pemeriksaan laboratorium

Tanggal	Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal	Satuan
10 oktober 2017	Hemoglobin	17,5	L/13,5 - 17,5	g/dl
	Hematokrit	52,1	L: 40 - 52	%
	Leukosit	6,600	4400 - 11300	ul
	Eritrosit	5,69	L: 4,5 - 6,5	Tuta/ul
	trombosit	98.000	150.000 - 450.000	ul

6. Terapi

No	Tanggal	Nama Terapi	Dosis
	02 Oktober 2017	Inj. Ceftriaxone Inj. Ciprofloxacin Inj. Kalnex Inj. Methylprednisolone Curcuma	2 x 1 gr 2 x 200 mg 3 x 500 mg 2 x 62,5 mg 3 x 1
	11 Oktober 2017	Inj. Ceftriaxone Inj. Ciprofloxacin Inj. Kalnex Inj. Kalnex Inj. Methylprednisolon Curcuma Rantoprazole	2 x 1 gr 2 x 200 mg 3 x 500 mg 3 x 500 mg 2 x 62,5 mg 3 x 1 2 x 1



Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
1.	Gangguan Pertukaran Gas b.d ketidakseimbangan perfusi ventilasi	Setelah dilakukan tindakan KEP. selama 3x24 jam, diharapkan tidak terdapat gangguan pertukaran gas dg KH: a. Vital sign batas normal b. Tidak ada penurunan kesadaran	a. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi b. Monitor respirasi dan status O₂ c. Auskultasi suara nafas catat adanya suara tambahan d. Monitor TTV e. Atur intake cairan untuk mengoptimalkan keseimbangan f. Observasi sianosis g. Berikan terapi O₂ sesuai indikasi h. Kolaborasi terapi obat diuretik dan antibiotik
2.	Intoleransi Aktivitas b.d ketidakseimbangan antar suplai O ₂	Setelah dilakukan tindakan KEP. selama 3x24 jam, diharapkan tidak terdapat intoleransi aktifitas dengan KH: a. Mampu melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri b. Keseimbangan aktivitas dan istirahat c. Vital sign dalam batas normal	a. Monitor TTV b. observasi adanya faktor yg menyebabkan kelelahan c. Monitor nutrisi dan sumber energi yg adekuat d. Monitor respon kardio vaskular terhadap aktivitas e. Monitor pola tidur f. Kolaborasi terapi obat g. Bantu klien untuk melakukan aktivitas h. Monitor respon fisik, emosi, sosial dan spiritual
3.	Defisit Pengetahuan b.d kurangnya informasi	Setelah dilakukan tindakan KEP. selama 3x24 jam diharapkan defisit pengetahuan teratasi dg KH: a. Pasien dan keluarganya paham tentang penyakit yg diderita b. Pasien dan keluarganya menyatakan paham	a. Kaji tingkat pemahaman b. Beri tahu pasien tentang pengertian penyebab, proses, tanda gejala dan pengobatan c. Berikan waktu untuk pasien mengajukan pertanyaan

Analisa Data

NO	Tanggal	Data	Etiologi	Problem
	10 Oktober 2017	DS : klien mengatakan sesak nafas DO : - KU lemah - Pasien tampak sesak nafas - Terpasang birasal kanul 4LPM - Tampak retraksi dinding dada - GCS : 15 - TTV : TD : 130/75 mmHg N : 82x/menit RR : 25x/menit S : 36,8°C	ketidakseimbangan perfusi ventilasi	Gangguan Pertukaran Gas
	10 Oktober 2017	DS : - klien mengatakan sesak nafas DO : - klien mengatakan sesak tampak sesak nafas - KU lemah - RR 25x/menit	Intoleransi Ketidakseimbangan antar Suplai Oksigen	Intoleransi Aktivitas
	10 Oktober 2017	DS : - Klien mengatakan tidak tahu tentang penyakit yg dideritanya DO : - Klien dan keluarga tampak bingung - Klien dan keluarga tampak bertanya ? penyakit yg dideritanya	kurangnya Informasi tentang penyakit	Defisit Pengetahuan

Diagnosa Keperawatan

1. Gangguan Pertukaran Gas b.d ketidakseimbangan perfusi ventilasi
2. Intoleransi Aktivitas b.d ketidakseimbangan antar suplai O₂
3. Defisit Pengetahuan b.d kurangnya Informasi

Implementasi Keperawatan

Tanggal waktu	DX PR	Implementasi	Respon	TD
10 Oktober 2017 08.00- 08.30	1,2	- Posisikan Semi Fowler - Monitor TTV	- Klien kooperatif - TD: 130/75 mmHg - N: 82x/menit - RR: 25x/menit - S: 36,8°C	
11.00	2	- membantu klien makan, minum	- Klien kooperatif dan bersedia makan sedikit demi sedikit.	
12.00	1,2	- Monitor TTV	- TD: 120/85 mmHg N: 86x/menit RR: 25x/menit S: 36°C	
12.30	1	- Berikan lingkungan yg tenang dan batasi pengunjung	- keluarga, dan klien kooperatif.	
13.00	1	- Memberikan obat oral	- Parasetamol tablet	
13.30	1,2	- Tingkatkan istirahat untuk menurunkan kebutuhan O ₂ tubuh dan untuk menghindari kelelahan	- Pasien kooperatif	
17.00	1	- Memberikan Obat Injeksi	- Inj. Ceftriaxon 1gr - Inj. Ciprofloxacin 200 mg	
17.30	3	- Mengkaji pemahaman pasien dan keluarga tentang penyakitnya.	- Pasien dan keluarga kooperatif	

11. Oktober 2017			
08.00	1,2	• Posisikan semi fowler	- Pasien kooperatif
09.00	1,2	• Monitor TTV	- TD: 130/80 mmHg N: 84x/menit RR: 23x/menit S: 38,2°C
11.00	2	• Membantu klien makan, dan minum	- Klien bersedia makan sedikit demi sedikit
12.00	1,2	• Monitor TTV	- TD: 110/80 mmHg N: 78x/m RR: 24x/m S: 36,6°C
13.00	1	• Memberikan obat oral	- Curcuma 1 tablet
13.40	1,2	• Tingkatkan istirahat untuk menurunkan kebutuhan O ₂	- Pasien kooperatif
16.00	1	• Membentkan injeksi	- Injeksi Kalnex 500 mg
12 Oktober 2017			
08.00	1,2	• Posisikan pasien semi fowler	- Pasien kooperatif
08.30	3	• Melakukan Pentas	- Pasien dan keluarga kooperatif
	3	• Mengnyatakan pada keluarga pasien apakah sudah paham / belum tentang penyakitnya	- keluarga dan pasien paham

Evaluasi

Tanggal	DX	SOAP	TTD
10 oktober 2017	1	S: klien mengatakan masih sesak nafas O: - KU outkarp lemas - TTU: TD: 130/75 mmHg N: 82 x/m RR: 25 x/m S: 36,8°C A: masalah belum teratasi P: lanjutkan intervensi - Pantau vital sign - Pantau irama dan suara nafas tambahan	
10 oktober 2017	2	S: klien mengatakan lemas, dan sesak nafas O: - KU lemas - TD: 130/75 mmHg N: 82 x/m RR: 25 x/m S: 36,8°C A: Masalah belum teratasi P: lanjutkan intervensi - Pantau vital sign - Posisikan pasien semi fowler	
11 oktober 2017	1	S: Klien mengatakan masih sesak nafas O: TD: 110/80 mmHg N: 78 x/m RR: 21 x/m S: 36,6°C A: masalah belum teratasi P: lanjutkan intervensi - monitor jalan nafas pasien - monitor alat bantu pernafasan - monitor selang O₂	

11 oktober 2017	2	S : klien mengatakan masih lemas dan sesak nafas O : KU Lemah TD : 110/80 mmHg N : 78x/menit RR : 24x/menit S : 36,6°C A : Masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi - Berikan posisi semi Fowler - Pantau kesadaran
12 oktober 2017	1	S : klien mengatakan masih sesak nafas O : TD : 130/80 mmHg N : 84x/m RR : 24x/m S : 36,8°C A : Masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi - Pantau vital sign
12 oktober 2017	2	S : klien mengatakan lemas berkurang O : TD : 130/80 mmHg N : 84x/m RR : 24x/m S : 36,2°C A : Masalah teratasi sebagian P : lanjutkan intervensi - Pantau vital sign - Pantau kesadaran
12 oktober 2017	3	S : Klien dan keluarga mengatakan sudah paham tentang penyakitnya O : keluarga klien mampu dan keluarga klien mampu menjawab pertanyaan yg diajukan perawat A : Masalah Teratasi P : lanjutkan intervensi

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian

a. Pengumpulan Data

1). Identitas Klien

- a. Nama : Tn. T
- b. Umur : 58 tahun
- c. Jenis Kelamin : Laki-laki
- d. Agama : Islam
- e. Pekerjaan : Petani
- f. Suku bangsa : Jawa
- g. Status Perkawinan : Menikah
- h. Alamat : Kalirejo RT 02 RW 02 Kab. Kebumen
- i. Tanggal masuk : 1 Oktober 2017
- j. Tanggal dikaji : 2 Oktober 2017
- k. No. RM : 22146872
- l. Diagnosa medis : CHF
- m. Ruangan : Cempaka

2). Identitas Penanggung Jawab

- a). Nama : Ny. W
- b). Umur : 55 tahun
- c). Jenis Kelamin : Perempuan
- d). Pekerjaan : Pedagang
- e). Hub. dengan klien : Istri
- f). Alamat : Kalirejo RT 02 RW 02 Kab Kebumen

2. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan Utama

Sesak nafas

b. Riwayat Kesehatan Sekarang

Sebelum masuk rumah sakit klien merasakan sesak nafas, sesak dirasakan saat klien pulang dari masjid setelah mengikuti pengajian kemudian klien dibawa oleh keluarga pada tanggal 01 Oktober 2017 dengan keluhan sesak nafas GCS: 15 (E4 M5 V5), RR: 27 x/menit, TD: 120/75 mmHg, Nadi: 85 x/menit, suhu 36,8°C, klien terpasang Bivaskal kanul 4L/m dan terpasang infus RL 20 tetes.

c. Riwayat Penyakit Dahulu

keluarga klien mengatakan klien belum pernah dirawat di RS dengan keluhan penyakit seperti ini.

d. Riwayat Penyakit Keluarga

Keluarga klien mengatakan tidak mempunyai riwayat penyakit hipertensi, riwayat penyakit DM, Asma, dan penyakit menular seperti HIV, TBC, Hepatitis dll.

3. Pola Fungsional

a. Sebelum Sakit : Klien dapat bernafas secara normal tanpa alat bantu pernapasan

Saat Ditaji : Klien mengeluh sesak nafas, RR : 27x/menit, bernafas spontan, menggunakan binasal kanul AL/m

b. Pola Nutrisi

Sebelum sakit : keluarga klien mengatakan klien sebelum sakit makan 3x sehari dengan nasi dan lauk pauk, serta minum air putih $\pm$ 8 gelas/hari, serta minum teh dan kopi

Saat ditaji : Klien hanya menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi makanan RS

c. Pola Kebutuhan Istirahat dan Tidur

Sebelum sakit : Klien dapat beristirahat nyenyak, tidur $\pm$ 5-7 jam/hari

Saat ditaji : Klien gelisah dan hanya tidur 3-4 jam

d. Pola Eliminasi

Sebelum sakit : Klien mengatakan BAK 4-5 x/hari urin berwarna kuning jernih dan BAB 1x/hari persis berwarna kuning keraklatan

Saat ditaji : Klien sudah BAB 1x terparang DL UB 4 jam 100 cc

e. Pola aktivitas

Sebelum sakit : Klien dapat ~~berpartisipasi~~ beraktivitas tanpa bantuan orang lain

Saat ditaji : Klien beraktivitas dibantu keluarga dan perawat

f. Pola Berpakaian

Sebelum sakit : Klien dapat berpakaian secara mandiri

Saat ditaji : Klien saat berpakaian dibantu keluarga dan perawat

g. Pola menjaga Suhu Tubuh

Sebelum sakit : Klien jika merasa dingin menggunakan selimut atau berpakaian tebal

Saat ditaji : Klien menggunakan baju tipis dan menggunakan selimut

h. Pola Personal hygiene

Sebelum sakit : Klien mandi 2x sehari dan gosok gigi 2x sehari

Saat ditaji : Klien hanya di-suka 2x oleh perawat

i. Pola Aman dan Nyaman

Sebelum Sakit : klien merasa nyaman dan aman berada di antara keluarganya ~~dan~~

Saat dikaji : klien tampak gelisah

j. Pola Komunikasi

Sebelum Sakit : klien mengatakan mampu berkomunikasi dg baik di lingkungannya

Saat dikaji : klien dapat berbicara, tetapi tdk terlalu jelas

k. Pola Rekreasi

Sebelum sakit : keluarga klien mengatakan klien senang berkumpul dg keluarganya utk berekreasi

Saat dikaji : klien hanya terbaring dan gelisah di tempat tidur

l. Pola Kebutuhan bekerja

Sebelum sakit : keluarga klien mengatakan hanya bekerja sebagai petani

Saat dikaji : klien tidak bisa bekerja karena sakit

m. Pola Kebutuhan belajar

Sebelum sakit : keluarga klien mengatakan belum mengetahui penyakit yg diderita klien

Saat dikaji : keluarga klien nampak bingung

n. Pola Spiritual

Sebelum Sakit : keluarga mengatakan klien beribadah sholat 5 waktu

Saat dikaji : klien hanya terbaring di tempat tidur

1. Pemeriksaan Umum

Kondisi Umum : Lemah

Kesadaran : Compos Mentis

GCS : E4 V5 M6

TD : 120/80 mmHg

MAP : 80 mmHg

N : 90x/menit

RR : 27 x/menit

S : 36°C

a. Pemeriksaan Fisik

1). Kepala : Mesocephal, rambut beruban, tampak sedikit kotor

2). Leher : tidak terdapat pembesaran kelenjar thyroid

3). Mata : Simetris, konjungtiva an anemis, sklera anicterik

4). Telinga : Simetris, tidak terdapat serumen

5). Mulut : Tidak ada stomatitis, gigi tampak sedikit kotor

6). Dada

o) Paru - Paru :

Inspeksi : Simetris, tdk ada lesi, terdapat retraksi dinding dada

Palpasi : focal premitus tdk teraba, ekspansi dinding dada simetris

Perkusi : Sonor

Auskultasi : Bunyi paru vesikuler

o) Jantung

Inspeksi : Ictus cordis normal terlihat

Palpasi : Ictus cordis teraba di Interkostal 4-5

Perkusi : Pekak

Auskultasi : S1 dan S2 reguler

o) Abdomen

Inspeksi : Supel, tdk ada lesi dan tdk ada bekas operasi

Auskultasi : Bising Usus 11x/menit

Palpasi : Tidak ada pembesaran hepar dan limpa

Perkusi : Timpani

g). Genitalia dan Rektum : Bersih dan tdk terdapat kelainan

h). Ekstremitas

o) Atas : Tidak ada edema, terpasang inkus RL 20 kpm di tangan kanan

o) Bawah : Tungkai kaki kanan terdapat pitting edema.

5. Data Penunjang

a. Pemeriksaan laboratorium

Tanggal	Pemeriksaan	Hasil	Referensi/Normal	Satuan
02 Oktober 2017	Leukosit	11,55 H	L: 13.5 - 17.6	UL
	Eritrosit	3,94 L	4400 - 11300	Juta/L
	Hematokrit	39,9 L	L: 40 - 52	%
	MCV	100,6 H	L: 9.5 - 6.5	fL
	Trombosit	48 L	150.000 - 450.000	

b. Pemeriksaan lain-lain

Hasil Pemeriksaan

- RO-Thorax : Cardiomegaly

Analisa Data

No	Tanggal	Data	Etiologi	Problem
	10 oktober 2017	DS : Klien mengatakan sesak nafas DO : - ku lemah - Pasien tampak susah bernafas - Terpasang binasal kanul 4LPM - Tampak retraksi dinding dada - GCS : 15 - TTV TD : 120/80 mmHg N : 90 x/menit RR : 27 x/menit S : 36.2°C	ketidak seimbangan perfusi ventilasi	Gangguan Pertukaran Gas
	10 oktober 2017	DS : Klien mengatakan sesak nafas DO : - Pasien tampak susah bernafas - RR : 27 x/menit - Terdapat Pitting edema pada tungkai	Perubahan Preload	Penurunan Curah Jantung
	10 oktober 2017	DS : Klien mengatakan tidak tahu tentang penyakit yg dideritanya DO : - Klien dan keluarga tampak bingung - Klien dan keluarga tampak bertanya-tanya penyakit yg diderita klien	kurangnya Informasi tentang Penyakitnya	Defisit Pengetahuan

Diagnosa Keperawatan

1. Gangguan Pertukaran Gas berhubungan dengan ketidak seimbangan perfusi ventilasi
2. Penurunan Curah Jantung berhubungan dengan Perubahan Preload
3. Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurangnya Informasi tentang Penyakit.

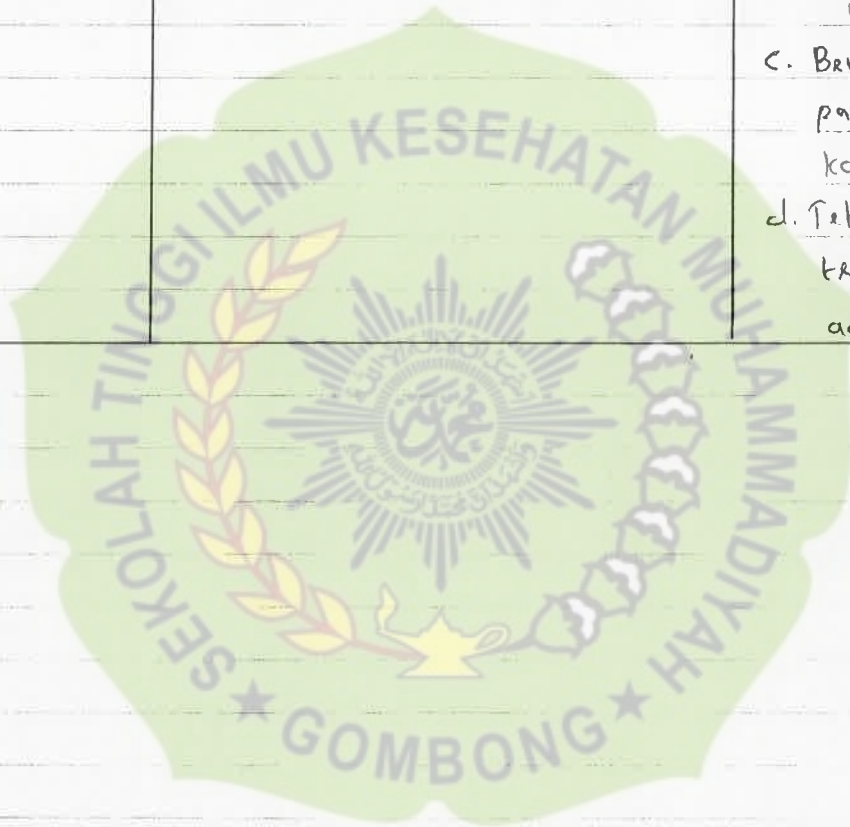
6. Terapi

No	Tanggal	Nama terapi	Dosis
1.	02 oktober 2017	Inj. Ceftriaxone	2 X 1 gr
2.		Inj. Ciprofloxacin	2 X 200 mg
3.		Inj. Methylprednisolone	2 X 62,5 mg
4.		Inj. OMZ	2 X 1 ampul
5.		Inj. Kalnex	3 X 500 mg
6.		Curcuma	3 X 1
7.		Antasida Syr	3 X 2
8.		Lansoprazole	2 X 1
9.		Concor	1 X 2.5
10.		ISDA	2 X 1/2
	03 oktober 2017		
1.	03 oktober 2017	Inj. Ceftriaxone	2 X 1 gr
2.		Inj. Ciprofloxacin	2 X 200 mg
3.		Inj. Methylprednisolone	2 X 62.5 mg
4.		Inj. OMZ	2 X 1 ampul
5.		Inj. Kalnex	3 X 500 mg

Rencana Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
1.	Gangguan Pertukaran Gas b.d ketidak-seimbangan perfusi Ventilasi	Setelah dilakukan tindakan Keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan tidak terdapat gangguan pertukaran gas, dg KH: - Vital sign batas normal - Dapat mentoleransi aktivitas, tidak kelelahan - Tidak ada penurunan kesadaran	- Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi - Monitor respirasi dan status oksigen - Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan - Monitor TTV - Atur intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan - Catat pergerakan dada, amati kesimetrisan, pengkuran ofot tambahan - Observasi sianosis khususnya membran mukosa - Berikan terapi oksigen sesuai indikasi - Kolaborasi terapi obat diuretik dan antibiotik dg dokter
2.	Penurunan Curah Jantung b.d Perubahan preload	Setelah dilakukan tindakan Keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tidak terdapat penurunan curah jantung pada pasien, dengan KH: - Vital sign batas normal - Dapat mentoleransi aktivitas tidak kelelahan - Tidak ada edema paru perifer dan tdk ada asites - Tidak ada penurunan kesadaran	- Posisikan Semi Fowler - Monitor status pernafasan yg merendahkan gagal jantung - Monitor BC - Monitor TTV - Berikan lingkungan yg tenang - Monitor adanya dyspnea - Instruksikan pasien untuk istirahat total hingga lempot tidur - Atur periode latihan dan istirahat utk menghindari kelelahan - Angurkan untuk menurunkan stress

3	Defisit Pengetahuan b.d kurangnya Informasi	Setelah dilakukan tindakan kep. selama 1 x 30 menit, diharapkan defisiensi pengetahuan teratasi dengan KHI: a. Pasien dan keluarganya mengerti akan penyakitnya b. Pasien dan keluarganya menyatakan pemahaman mengenai kondisi penyakit dan pengobatan	a. Kaji tingkat pemahaman pasien dan keluarga b. Beritahu pasien dan keluarga pasien tentang informasi penyakit: pengertian, penyebab, proses penyakit, tanda dan gejala, dan pengobatan c. Berikan waktu kpd pasien untuk mengajukan pertanyaan d. Tetapkan pentingnya terapi diuretik dan antibiotik pada pasien
---	---	--	--



Implementasi Keperawatan

Tanggal Waktu	DX	Implementasi	Respon	TTO
02 Oktober 2017 08.00-09.00	1,2	- Posisikan semi fowler - Monitor TTV	- klien kooperatif - TD : 130/85 mmHg N : 80x/m RR : 27x/m S : 36,2°C	
11.00	2	- Membantu klien makan, minum	- klien kooperatif dan bersedia makan sedikit demi sedikit	
12.00	1,2	- Memantau TTV	- TD : 120/70 mmHg N : 82x/m RR : 25x/m S : 36°C	
12.30	1	- Berikan lingkungan yg tenang dan batasi pengunjung	- keluarga dan pasien kooperatif	
13.00	1	- Memberikan obat oral	- Curcuma 1 tablet Antasida s yr 2 sendok	
13.30	1	- Tingkatkan istirahat untuk menurunkan kebutuhan O2 tubuh dan untuk menghindari kelelahan	- Pasien kooperatif	
15.30	2	- Menyeka Pasien	- Pasien bersedia di seka	
17.00	1	- Memberikan obat injeksi	- Inj. kalnex 500 mg - Inj. Ceftriaxon 1gr - Inj. Ciprofloxacin 200 mg - Inj. Methylprednisolone 62.5 mg - Inj. Omeprazole	
17.00	3	- Mengkaji pemahaman pasien dan keluarga tentang penyakitnya.	- Pasien dan keluarga kooperatif	
18.00	2	- Menghitung BC: Input - output :(400+250)-(50+310) = 700 - 360 = +340 cc / 10 jam		

13 Oktober

2017

08.00

1,2

- Posisikan Semi fowler

- klien kooperatif

09.00

1,2

- Monitor TTV

- TD : 120/70 mmHg

N : 72 x/m

RR : 24 x/m

S : 36,5°C

11.00

2

- Membantu klien makan dan minum

- Klien bersedia makan sedikit demi sedikit

12.00

1,2

- Memantau TTV

- TD : 110/80 mmHg

N : 76 x/m

S : 36,7°C

RR : 23 x/m

12.30

2

- Berikan lingkungan yg tenang dan dan batasi pengunjung

- keluarga pasien dan pasien kooperatif

13.00

1

- Memberikan obat oral

- Corcuma 1 tablet & Antasida syr 2 sendok

13.30

3

- Melakukan edukasi terhadap pasien

- Pasien kooperatif

13.40

1

- Tingkatkan istirahat untuk menurunkan kebutuhan O₂ tubuh dan untuk menghindari kelelahan

16.30

1

- Memberikan obat injeksi

- Inj. kalnex 500 mg

14 Oktober

2017

08.00

1,2

- Posisikan pasien semi fowler

- Pasien kooperatif

08.10

1

- Pemasangan kanul O₂ dg yg baru dan steril

- Pasien bersedia

08.30

3

- Melakukan Phtkes

- keluarga dan pasien kooperatif

3

- Menanyakan pada keluarga pasien apakah sudah paham / belum tentang penyakit

- keluarga kooperatif dan sedikit paham

3

- Memberikan edukasi kpd pasien dan keluarga pasien utk bertanya

- keluarga pasien mau bertanya kpd perawat

Evaluasi

Tanggal	Dx	SOAP
08 oktober 2017	1	S : klien mengatakan masih sesak napas O : -ku cukup - TTV : TD : 130/85 mmHg N : 80 x/m RR : 27 x/m S : 36,2°C A : Masalah belum teratasi P : lanjutkan Intervensi - Pantau vital sign - Pantau irama dan suara napas tambahan
08 oktober 2017	2	S : klien mengatakan masih sesak napas O : -ku cukup - Kesadaran cm GCS : 15 (E4 V5 M6) - TTV : TD : 120/85 mmHg N : 80 x/m RR : 27 x/m S : 36,2°C A : Masalah belum teratasi P : lanjutkan Intervensi - Pantau vital sign - Pantau penurunan kesadaran
12 oktober 2017	1	S : klien mengatakan masih sesak napas O : TTV : TD : 120/70 mmHg N : 82 x/m RR : 25 x/m S : 36°C A : Masalah belum teratasi P : lanjutkan Intervensi - Monitor jalan napas klien - Monitor otot bahu pernafasan - Monitor Selang O₂

11 Oktober 2017	2	S : klien mengatakan masih sesak napas O : -ku cukup - Kesadaran CM GCS : E4 V5 M6 - TD : 110/80 mmHg - N : 80 x/menit - RR : 23 x/menit - S : 36,7°C A : Masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi - Pantau vital sign - pantau kesadaran	
12 Oktober 2017	1	S : klien Mengatakan Sesak napas berkurang O : TD : 110/80 mmHg N : 82 x/m RR : 23 x/m S : 36,2°C A : masalah teratasi sebagian P : lanjutkan intervensi - Pantau vital sign	
12 Oktober 2017	2	S : Klien mengatakan sesak napas berkurang O : TD : 110/80 mmHg N : 82 x/m RR : 23 x/m S : 36,2°C A : masalah teratasi sebagian P : lanjutkan intervensi - Pantau vital sign - Pantau kesadaran	
12 Oktober 2017	3	S : klien dan keluarga klien mengatakan sudah paham tentang penyakitnya O : - keluarga klien dan klien mampu menjawab pertanyaan yg diajukan oleh perawat - keluarga klien mau bertanya tentang penyakit yg diderita klien A : Masalah teratasi P : Hentikan intervensi	

Tabel Sebelum dan Sesudah dilakukannya Asuhan Keperawatan.

Pasien Tn. T

Hari pertama	Hari kedua	Hari ketiga
Ttv : 130/85 mmHg	Ttv : 125/85 mmHg	Ttv : 125/80 mmHg
Nadi : 85x/menit	Nadi : 80x/menit	Nadi : 80x/menit
RR : 27x/menit	RR : 24x/menit	RR : 22x/menit

Pasien Tn. W

Hari pertama	Hari kedua	Hari ketiga
Ttv : 135/80 mmHg	Ttv : 120/80 mmHg	Ttv : 120/85 mmHg
Nadi : 80x/menit	Nadi : 85x/menit	Nadi : 75x/menit
RR : 25x/menit	RR : 24x/menit	RR : 24x/menit

Berdasarkan tabel diatas terjadi penurunan respiratory rate pada Tn. T hari pertama sebelum diberikan terapi O₂ 27x/menit menjadi 24x/menit setelah diberikan terapi O₂, hari ke dua 24x/menit, dan hari ke tiga 22x/menit. Hal ini menunjukkan sesudah diberikan terapi oksigen, mengalami penurunan respiratory rate yang mendekati batas normal. Dan pada Tn. W hari pertama sebelum diberikan terapi O₂ yaitu 25x/menit menjadi 24x/menit setelah diberikan terapi O₂, hari ke dua 24x/menit, dan hari ke tiga 24x/menit. Hal ini menunjukkan sesudah diberikan terapi oksigen mengalami penurunan respiratory rate yang mendekati batas normal.

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN
PADA Tn.J DENGAN *CONGESTIVE HEART FAILURE* (CHF)
DI RUANG INTENSIVE CARDIO VASCULAR CARE UNIT (ICVCU) RUMAH SAKIT
Dr. MOEWARDI SURAKARTA**

Nessma Putri Austaryani*
Nanang S M, S.Kep **
Eny W, S.Kep, .Ns ***

Abstrak

Congestive Heart Failure (CHF) atau gagal jantung adalah keadaan patofisiologis berupa kelainan fungsi jantung sehingga jantung tidak mampu memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme jaringan. CHF mempengaruhi lebih dari 20 juta pasien di dunia dan meningkat seiring pertambahan usia kebanyakan mengenai pasien dengan usia lebih dari 65 tahun, dan sekitar 6-10% lebih banyak mengenai laki-laki dari pada wanita. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran penatalaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan CHF (*Congestive Heart Failure*) secara komprehensif melalui proses keperawatan. Penulisan karya tulis ilmiah ini mengambil kasus di Ruang Intensive Cardio Vascular Care Unit (ICVCU) pada 12 Juli 2012 jam 07.30. Masalah keperawatan yang muncul pada kasus Tn.J adalah gangguan pertukaran gas, penurunan *cardiac output*, kelebihan volume cairan, dan intoleransi aktivitas. Penyakit gagal jantung merupakan kasus kegawatdaruratan karena jika penyebab yang mendasari tidak segera mendapat penanganan akan menyebabkan kematian.

Kata kunci : gagal jantung, asuhan keperawatan, *cardiac output*

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN
PADA Tn.J DENGAN *CONGESTIVE HEART FAILURE* (CHF)
DI RUANG INTENSIVE CARDIO VASCULAR CARE UNIT (ICVCU) RUMAH SAKIT
Dr. MOEWARDI SURAKARTA**

Nessma Putri Austaryani*
Nanang S M, S.Kep **
Eny W, S.Kep, .Ns ***

Abstrak

Congestive Heart Failure (CHF) atau gagal jantung adalah keadaan patofisiologis berupa kelainan fungsi jantung sehingga jantung tidak mampu memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme jaringan. CHF mempengaruhi lebih dari 20 juta pasien di dunia dan meningkat seiring pertambahan usia kebanyakan mengenai pasien dengan usia lebih dari 65 tahun, dan sekitar 6-10% lebih banyak mengenai laki-laki dari pada wanita. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran penatalaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan CHF (*Congestive Heart Failure*) secara komprehensif melalui proses keperawatan. Penulisan karya tulis ilmiah ini mengambil kasus di Ruang Intensive Cardio Vascular Care Unit (ICVCU) pada 12 Juli 2012 jam 07.30. Masalah keperawatan yang muncul pada kasus Tn.J adalah gangguan pertukaran gas, penurunan *cardiac output*, kelebihan volume cairan, dan intoleransi aktivitas. Penyakit gagal jantung merupakan kasus kegawatdaruratan karena jika penyebab yang mendasari tidak segera mendapat penanganan akan menyebabkan kematian.

Kata kunci : gagal jantung, asuhan keperawatan, *cardiac output*

PENDAHULUAN

Masalah kesehatan dengan gangguan sistem kardiovaskuler termasuk didalamnya *Congestive Heart Failure* (CHF) masih menduduki peringkat yang tinggi, menurut data WHO pada tahun 2007 dilaporkan bahwa gagal jantung mempengaruhi lebih dari 20 juta pasien di dunia dan meningkat seiring pertambahan usia dan mengenai pasien dengan usia lebih dari 65 tahun, dan sekitar 6-10% lebih banyak mengenai laki-laki dari pada wanita. Pada tahun 2030 WHO memprediksi peningkatan penderita gagal jantung mencapai 23 juta jiwa di dunia. Gagal jantung juga menjadi masalah khas utama pada beberapa negara industri maju dan negara berkembang seperti Indonesia.

Menurut Kompas (2010), sekitar 4,3 juta penduduk Indonesia mengalami gagal jantung, dan 500.000 kasus baru gagal jantung telah di diagnosis tiap tahunnya. Harapan hidup penderita gagal jantung lebih buruk dibandingkan dengan kanker apapun kecuali kanker paru-paru dan kanker ovarium karena sampai 75% penderita gagal jantung meninggal dalam kurun waktu 5 tahun sejak diagnosis. Sedangkan menurut profil kesehatan Indonesia pada tahun 2005 gagal jantung merupakan urutan ke 5 penyebab kematian terbanyak di rumah sakit seluruh Indonesia. Perubahan gaya hidup, kadar kolesterol yang tinggi, perokok aktif dan kurangnya kesadaran berolahraga menjadi faktor pemicu munculnya penyakit gagal jantung.

Sedangkan data yang diperoleh dari rekam medik Rumah Sakit Dr. Moewardi di Surakarta, diperoleh data prevalensi penderita CHF pada bulan

Januari sampai bulan November 2012 sebanyak 142 pasien.

Mengingat begitu banyak permasalahan yang muncul pada pasien CHF, maka penulis tertarik untuk mengambil judul "Asuhan Keperawatan Pada Tn.J Dengan *Congestive Heart Failure* (CHF) di Ruang Intensive Cardio Vascular Care Unit (ICVCU) Rumah Sakit Dr. Moewardi Surakarta.

TINJAUAN PUSTAKA

A. PENGERTIAN

Gagal jantung adalah ketidakmampuan jantung untuk memompa darah yang adekuat untuk memenuhi kebutuhan jaringan akan oksigen dan nutrisi (Smeltzer, 2002)

B. ETIOLOGI

Menurut Hudak dan Gallo (2000) penyebab kegagalan jantung yaitu:

1. Disritmia, seperti: brakikardi, takikardi dan kontraksi premature yang sering dapat menurunkan curah jantung.
2. Malfungsi katub dapat menimbulkan kegagalan pompa baik oleh kelebihan beban tekanan (obstruksi pada pengaliran keluar dari pompa ruang, seperti stenosis katub aortik atau stenosis pulmonal), atau dengan kelebihan beban volume yang menunjukkan peningkatan volume darah ke ventrikel kiri.
3. Abnormalitas Otot Jantung: Menyebabkan kegagalan ventrikel meliputi infark miokard, aneurisma ventrikel, fibrosis miokard luas (biasanya dari aterosklerosis koroner jantung atau hipertensi lama), fibrosis

endokardium, penyakit miokard primer (kardiomiopati), atau hipertrofi luas karena hipertensi pulmonal, stenosis aorta atau hipertensi sistemik.

4. Ruptur Miokard: terjadi sebagai awitan dramatik dan sering membahayakan kegagalan pompa dan dihubungkan dengan mortalitas tinggi. Ini biasa terjadi selama 8 hari pertama setelah infark.

Menurut Smeltzer (2002) penyebab gagal jantung kongestif yaitu:

- Kelainan otot jantung
- Aterosklerosis koroner
- Hipertensi sistemik atau pulmonal (peningkatan afterload)
- Peradangan dan penyakit miokardium degeneratif
- Penyakit jantung lain

C. MANIFESTASI KLINIS

Menurut Hudak dan Gallo (2000), Gejala yang muncul sesuai dengan gejala gagal jantung kiri diikuti gagal jantung kanan dan terjadinya di dada karena peningkatan kebutuhan oksigen. Pada pemeriksaan fisik ditemukan tanda – tanda gejala gagal jantung kongestif biasanya terdapat bunyi derap dan bising akibat regurgitasi mitral.

- Gagal Jantung Kiri
 - Gelisah dan cemas
 - Kongesti vaskuler pulmonal
 - Edema
 - Penurunan curah jantung
 - Gallop atrial (S3)
 - Gallop ventrikel (S4)
 - Crackles paru
 - Disritmia
 - Bunyi nafas mengi
 - Pulsus alternans
 - Pernafasan cheyne-stokes
 - Bukti-bukti radiologi tentang kongesti pulmonal

- Dyspneu
- Batuk
- Mudah lelah

- Gagal Jantung Kanan
 - Peningkatan JVP
 - Edema
 - Curah jantung rendah
 - Disritmia
 - S3 dan S4
 - Hiperresonansi pada perkusi
 - Pitting edema
 - Hepatomegali
 - Anoreksia
 - Nokturia
 - Kelemahan

D. KLASIFIKASI GAGAL JANTUNG

Klasifikasi gagal jantung menurut *New York Heart Association* (NYHA) dalam Gray (2002), terbagi dalam 4 kelas yaitu:

- NYHA I: Timbul sesak pada aktifitas fisik berat
- NYHA II: Timbul sesak pada aktifitas fisik sedang
- NYHA III: Timbul sesak pada aktifitas fisik ringan
- NYHA IV: Timbul sesak pada aktifitas fisik sangat ringan atau istirahat

E. PATOFISIOLOGI

Menurut Price (2005) beban pengisian preload dan beban tahanan afterload pada ventrikel yang mengalami dilatasi dan hipertrofi memungkinkan adanya peningkatan daya kontraksi jantung yang lebih kuat sehingga curah jantung meningkat. Pembebanan jantung yang lebih besar meningkatkan simpatis sehingga kadar katekolamin dalam darah meningkat dan terjadi takikardi dengan tujuan meningkatkan curah jantung.

Pembebanan jantung yang berlebihan dapat meningkatkan curah jantung menurun, maka akan terjadi redistribusi cairan dan elektrolit (Na)

melalui pengaturan cairan oleh ginjal dan vasokonstriksi perifer dengan tujuan untuk memperbesar aliran balik vena ke dalam ventrikel sehingga meningkatkan tekanan akhir diastolik dan menaikkan kembali curah jantung. Dilatasi, hipertrofi, takikardi, dan redistribusi cairan badan merupakan mekanisme kompensasi untuk mempertahankan curah jantung dalam memenuhi kebutuhan sirkulasi badan. Bila semua kemampuan mekanisme kompensasi jantung tersebut di atas sudah dipergunakan seluruhnya dan sirkulasi darah dalam badan belum juga terpenuhi maka terjadilah keadaan gagal jantung.

Sedangkan menurut Smeltzer (2002), gagal jantung kiri atau gagal jantung ventrikel kiri terjadi karena adanya gangguan pemompaan darah oleh ventrikel kiri sehingga curah jantung kiri menurun dengan akibat tekanan akhir diastol dalam ventrikel kiri dan volume akhir diastole dalam ventrikel kiri meningkat. Keadaan ini merupakan beban atrium kiri dalam kerjanya untuk mengisi ventrikel kiri pada waktu diastolik, dengan akibat terjadinya kenaikan tekanan rata-rata dalam atrium kiri. Tekanan dalam atrium kiri yang meninggi ini menyebabkan hambatan aliran masuknya darah dari vena-vena pulmonal. Bila keadaan ini terus berlanjut maka bendungan akan terjadi juga dalam paru-paru dengan akibat terjadinya edema paru dengan segala keluhan dan tanda-tanda akibat adanya tekanan dalam sirkulasi yang meninggi.

Keadaan yang terakhir ini merupakan hambatan bagi ventrikel kanan yang menjadi pompa darah untuk sirkuit paru (sirkulasi kecil). Bila beban pada ventrikel kanan itu terus bertambah, maka akan merangsang ventrikel kanan untuk melakukan kompensasi dengan mengalami hipertrofi dan dilatasi sampai batas kemampuannya, dan bila beban

tersebut tetap meninggi maka dapat terjadi gagal jantung kanan, sehingga pada akhirnya terjadi gagal jantung kiri-kanan.

Gagal jantung kanan dapat pula terjadi karena gangguan atau hambatan pada daya pompa ventrikel kanan sehingga isi sekuncup ventrikel kanan tanpa didahului oleh gagal jantung kiri. Dengan menurunnya isi sekuncup ventrikel kanan, tekanan dan volume akhir diastol ventrikel kanan akan meningkat dan ini menjadi beban atrium kanan dalam kerjanya mengisi ventrikel kanan pada waktu diastol, dengan akibat terjadinya kenaikan tekanan dalam atrium kanan. Tekanan dalam atrium kanan yang meninggi akan menyebabkan hambatan aliran masuknya darah dalam vena kava superior dan inferior kedalam jantung sehingga mengakibatkan kenaikan dan adanya bendungan pada vena-vena sistemik tersebut (bendungan pada vena jugularis yang meninggi dan hepatomegali). Bila keadaan ini terus berlanjut, maka terjadi bendungan sistemik yang berat dengan akibat timbulnya edema tumit dan tungkai bawah dan asites.

F. PEMERIKSAAN DIAGNOSTIK

Menurut Doenges (2000) pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan untuk menegakkan diagnosa CHF yaitu:

1. Elektro kardiogram (EKG)
Hipertrofi atrial atau ventrikuler, penyimpangan aksis, iskemia, disritmia, takikardi, fibrilasi atrial
2. Scan jantung
Tindakan penyuntikan fraksi dan memperkirakan pergerakan dinding.
3. Sonogram (echocardiogram, echokardiogram doppler)
Dapat menunjukkan dimensi pembesaran bilik, perubahan dalam fungsi/struktur katub atau

area penurunan kontraktilitas ventricular.

4. Kateterisasi jantung
Tekanan abnormal merupakan indikasi dan membantu membedakan gagal jantung kanan dan gagal jantung kiri dan stenosis katub atau insufisiensi.
5. Rongent Dada
Dapat menunjukkan pembesaran jantung, bayangan mencerminkan dilatasi atau hipertrofi bilik atau perubahan dalam pembuluh darah abnormal
6. Elektrolit
Mungkin berubah karena perpindahan cairan/penurunan fungsi ginjal, terapi diuretik
7. Oksimetri Nadi
Saturasi oksigen mungkin rendah terutama jika gagal jantung kongestif akut menjadi kronis.
8. Analisa Gas Darah (AGD)
Gagal ventrikel kiri ditandai dengan alkalosis respiratori ringan (dini) atau hipoksemia dengan peningkatan PCO₂ (akhir)
9. Pemeriksaan Tiroid
Peningkatan aktivitas tiroid menunjukkan hiperaktivitas tiroid sebagai pre pencetus gagal jantung kongestif

G. KOMPLIKASI

Menurut Smeltzer (2002), komplikasi dari CHF adalah :

1. Edema pulmoner akut
2. Hiperkalemia: akibat penurunan ekskresi, asidosis metabolik, katabolisme dan masukan diit berlebih.
3. Perikarditis: Efusi pleura dan tamponade jantung akibat produk sampah uremik dan dialisis yang tidak adekuat.
4. Hipertensi akibat retensi cairan dan natrium serta malfungsi sistem renin-angiotensin-aldosteron.
5. Anemia akibat penurunan eritropoetin, penurunan rentang usia sel darah merah.

H. PENATALAKSANAAN

Menurut Mansjoer (2001) prinsip penatalaksanaan CHF adalah:

1. Tirah baring
Tirah baring mengurangi kerja jantung, meningkatkan tenaga cadangan jantung dan menurunkan tekanan darah.
2. Diet
Pengaturan diet membuat kerja dan ketegangan otot jantung minimal. Selain itu pembatasan natrium ditujukan untuk mencegah, mengatur dan mengurangi edema
3. Oksigen
Pemenuhan oksigen akan mengurangi demand miokard dan membantu memenuhi oksigen tubuh
4. Terapi Diuretik
Diuretik memiliki efek anti hipertensi dengan meningkatkan pelepasan air dan garam natrium sehingga menyebabkan penurunan volume cairan dan merendahkan tekanan darah.
5. Digitalis
Digitalis memperlambat frekuensi ventrikel dan meningkatkan kekuatan kontraksi peningkatan efisiensi jantung. Saat curah jantung meningkat, volume cairan lebih besar dikirim ke ginjal untuk filtrasi, eksresi dan volume intravaskuler menurun.
6. Inotropik Positif
Dobutamin meningkatkan kekuatan kontraksi jantung (efek inotropik positif) dan meningkatkan denyut jantung (efek kronotropik positif)
7. Sedatif
Pemberian sedative bertujuan mengistirahatkan dan memberi relaksasi pada klien.
8. Pembatasan Aktivitas Fisik dan Istirahat
Pembatasan aktivitas fisik dan istirahat yang ketat merupakan tindakan penanganan gagal jantung.

ASUHAN KEPERAWATAN

Menurut Doenges (2010), asuhan keperawatan yang penting dilakukan pada klien CHF meliputi :

a. Pengkajian primer

- 1) Airway: penilaian akan kepatenan jalan nafas, meliputi pemeriksaan mengenai adanya obstruksi jalan nafas, dan adanya benda asing. Pada klien yang dapat berbicara dapat dianggap jalan napas bersih. Dilakukan pula pengkajian adanya suara nafas tambahan seperti snoring.
- 2) Breathing: frekuensi nafas, apakah ada penggunaan otot bantu pernafasan, retraksi dinding dada, dan adanya sesak nafas. Palpasi pengembangan paru, auskultasi suara nafas, kaji adanya suara napas tambahan seperti ronchi, wheezing, dan kaji adanya trauma pada dada.
- 3) Circulation: dilakukan pengkajian tentang volume darah dan cardiac output serta adanya perdarahan. Pengkajian juga meliputi status hemodinamik, warna kulit, nadi.
- 4) Disability: nilai tingkat kesadaran, serta ukuran dan reaksi pupil.

b. Fokus Pengkajian: Fokus pengkajian pada pasien dengan gagal jantung. Pengamatan terhadap tanda-tanda dan gejala kelebihan cairan sistemik dan pulmonal.

- 1) Pernafasan : Auskultasi pada interval yang sering untuk menentukan ada atau tidaknya krakles dan mengi, catat frekuensi dan kedalaman bernafas.
- 2) Jantung: Auskultasi untuk mengetahui adanya bunyi bising jantung S3 dan S4, kemungkinan cara pemompaan sudah mulai gagal.

- 3) Tingkat kesadaran: Kaji tingkat kesadaran, adakah penurunan kesadaran
- 4) Perifer: Kaji adakah sianosis perifer
- 5) Kaji bagian tubuh pasien yang mengalami edema dependen dan hepar untuk mengetahui reflek hepatojugular (RHJ) dan distensi vena jugularis (DVJ).

DIAGNOSA KEPERAWATAN

Menurut Nanda (2009) dan Doengus (2010), diagnosa yang muncul pada klien CHF adalah :

- 1 Penurunan cardiac output b.d perubahan kontraktilitas miokard
- 2 Intoleransi aktifitas b.d ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan O₂
- 3 Gangguan pertukaran gas b.d perubahan membran kapiler - alveoli
- 4 Kelebihan volume cairan b.d pengaturan melemah

Pembahasan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada Tn.J, diagnosa berdasarkan permasalahan yang muncul yaitu: gangguan pertukaran gas b.d perubahan membran kapiler - alveoli, penurunan cardiac output b.d perubahan kontraktilitas miocard, kelebihan volume cairan b.d mekanisme pengaturan melemah, intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan suplai oksigen dengan kebutuhan.

1. Gangguan pertukaran gas b.d perubahan membran kapiler-alveoli

Gangguan pertukaran gas adalah suatu keadaan dimana kelebihan atau kekurangan dalam kebutuhan oksigenasi dan pengeluaran

karbondioksida di dalam membran kapiler alveoli (Nanda, 2009). Manifestasi klinis yang biasa terjadi pada diagnosa ini meliputi dispnea, batuk, dan mudah lelah (Smeltzer, 2003).

Diagnosa yang ditegakkan sesuai dengan data yang telah diperoleh yaitu, klien sesak nafas, nafas cepat dan dalam, terdapat retraksi dinding dada, suara ronkhi basah dan akral teraba dingin.

Intervensi yang dilakukan adalah manajemen elektrolit asam dan basa. Intervensi ini memiliki rasional untuk mengetahui status ventilasi pasien sehingga dapat diambil tindakan dalam memenuhi kebutuhan elektrolit pada klien. Kemudian untuk intervensi selanjutnya yaitu hemodynamic regulation yang memiliki rasional untuk mengetahui status respirasi klien.

Implementasi yang dilakukan untuk diagnosa gangguan pertukaran gas yaitu pemberian oksigen melalui masker non rebreathing mask (NRM), mengobservasi gambaran ECG, mengobservasi tanda status respiratori klien dan pemeriksaan analisa gas darah (AGD). Dimana pemeriksaan AGD digunakan untuk mengidentifikasi gangguan asam basa spesifik dan tingkat kompensasi yang telah terjadi. Dan menurut hasil yang telah didapat, klien mengalami alkalosis respiratorik tidak terkompensasi, dimana menurut Smeltzer (2002), ini adalah suatu kondisi akibat dari tidak adekuatnya ekskresi karbon dioksida dengan tidak adekuatnya ventilasi sehingga mengakibatkan kenaikan kadar karbon dioksida plasma. Alkalosis respiratorik akut merupakan kondisi kedaruratan. Pengobatan diarahkan untuk memperbaiki ventilasi, yaitu dengan pemberian O₂ atau ventilator bila diperlukan.

2. Penurunan cardiac output b.d perubahan kontraktilitas miocard

Penurunan cardiac output merupakan suatu keadaan dimana jantung tidak dapat memompa darah secara adekuat yang diperlukan untuk dimanifestasikan secara luas karena darah tidak dapat mencapai jaringan dan organ tubuh (perfusi rendah) untuk menyampaikan oksigen yang dibutuhkan oleh tubuh (Nanda, 2009).

Manifestasi klinis yang biasanya timbul akibat perfusi rendah adalah pusing, kelesuan, kelelahan, tidak toleran terhadap kelelahan dan panas, ekstremitas dingin dan haluaran urin berkurang (oliguri).

Manifestasi tersebut muncul di dalam pemeriksaan yang telah dilakukan pada klien yaitu tidak toleran terhadap kelelahan dan ekstremitas dingin sehingga dapat ditegakkan diagnosa penurunan cardiac output.

Intervensi yang dilakukan adalah *cardiac care* dan *respiratory care*. Tujuan dari setiap intervensi pada dasarnya adalah untuk mengembalikan fungsi jantung dalam memompa darah keseluruh tubuh.

Implementasi yang dilakukan untuk diagnosa penurunan cardiac output adalah auskultasi bunyi jantung. Tindakan ini sangat penting karena menurut Smeltzer (2002), jantung diauskultasi mengenai adanya bunyi jantung S₃ dan S₄. Adanya tanda tersebut berarti bahwa pompa mulai mengalami kegagalan, dan pada setiap denyutan, darah yang tersisa di dalam ventrikel semakin banyak. Frekuensi dan irama juga harus dicatat. Frekuensi yang terlalu cepat menunjukkan bahwa ventrikel membutuhkan waktu yang lebih banyak untuk pengisian, serta terdapat stagnasi darah yang terjadi di atrium dan akhirnya juga di paru.

Implementasi selanjutnya yaitu mengobservasi gambar ECG dan foto thorax. Adanya depresi segmen ST dan datarnya gelombang T dapat terjadi karena peningkatan kebutuhan oksigen miokard meskipun tak ada penyakit arteri koroner. Foto dada dapat menunjukkan pembesaran jantung dan perubahan kongesti pulmonal.

3. Kelebihan volume cairan b.d mekanisme pengaturan melemah

Kelebihan volume cairan adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami atau beresiko mengalami kelebihan cairan intraseluler atau interstisial (Carpenito, 2007).

Manifestasi klinis yang tampak meliputi edema ekstremitas bawah (edema dependen), yang biasa merupakan pitting edema, penambahan berat badan, hepatomegali (pembesaran hepar), distensi vena leher, asietes (penimbunan cairan di dalam rongga peritonium), anoreksia, mual, nokturia dan lemah.

Manifestasi tersebut muncul di dalam pemeriksaan yang telah dilakukan pada klien yaitu adanya edema pada kedua kaki, tangan, dan perut sehingga dapat ditegakkan diagnosa kelebihan volume cairan.

Intervensi yang dilakukan adalah manajemen cairan dan monitoring cairan. Menurut Smeltzer (2002), tujuan pengobatan pada kelebihan volume cairan adalah untuk mempertahankan atau mengembalikan volume cairan ekstrasvaskuler yang bersirkulasi. Selain mengobati penyebab, pilihan pengobatan lain mungkin termasuk terapi diuretik, pembatasan cairan dan natrium dapat mengurangi peningkatan edema ekstremitas.

Memberikan terapi obat furosemid merupakan implementasi untuk diagnosa kelebihan volume cairan, hal ini sesuai dengan (Rampengan, 2007) yang menyatakan bahwa pemakaian obat loop deuretik (furosemid, bumelanide, torasemide) intravena dapat menurunkan dilatasi vena dan deuresis, namun dapat merangsang aktivasi neurohormon dan sistem saraf simpatis. Karena diuretik memiliki efek anti hipertensi dengan meningkatkan pelepasan air dan garam natrium sehingga menyebabkan penurunan volume cairan dan merendahkan tekanan darah.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh (Vittoria, 2011), Untuk pasien gagal jantung dg klasifikasi NYHA II-IV dapat diberikan terapi obat diuretic sebagai implementasinya sehingga dapat meningkatkan pelepasan air dan garam natrium di dalam tubuh klien dan dapat menyebabkan penurunan volume cairan secara signifikan.

Sebagai dasar untuk mengevaluasi efektivitas terapi, maka pasien yang mendapat diuretik harus ditimbang setiap hari selain itu turgor kulit dan selaput lendir harus dikaji akan adanya tanda-tanda dehidrasi atau edema dan denyut nadi juga harus dipantau (Smeltzer, 2002). Hal ini sudah dilakukan dalam implementasi untuk diagnosa kelebihan volume cairan, yaitu mengobservasi pitting edema dan balance cairan pada klien.

4. Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan suplai oksigen dengan kebutuhan.

Menurut Nanda (2009), intoleransi aktifitas adalah ketidakcukupan energi secara fisiologis maupun psikologis untuk meneruskan atau menyelesaikan aktifitas sehari-hari. Dalam hal ini, klien menunjukkan tanda dan gejala yaitu mengatakan jika untuk aktivitas seseg

bertambah, nafas cepat dan dalam, terdapat retraksi dinding dada, TD=120/70mmHg, HR= 100x/menit, RR= 30x/menit, Gambaran ECG VES Multivocal.

Intervensi yang dilakukan adalah bedrest total. Menurut Mansjoer (2001), bedrest atau tirah baring dapat mengurangi kerja jantung, meningkatkan tenaga cadangan jantung dan menurunkan tekanan darah dengan menurunkan volume intra vaskuler melalui induksi diuresis berbaring. Tindakan ini memiliki sasaran untuk meningkatkan toleransi klien terhadap aktivitas.

Bedrest total adalah salah satu implementasi yang dilakukan pada diagnosa intoleransi aktifitas. Menurut Smeltzer (2003), istirahat akan mengurangi kerja jantung, meningkatkan tenaga cadangan jantung dan menurunkan tekanan darah. Lamanya berbaring juga akan merangsang deuresis karena berbaring akan memperbaiki perfusi ginjal. Istirahat juga akan mengurangi kerja otot pernafasan dan penggunaan oksigen. Frekuensi jantung menurun, yang akan memperpanjang periode pemulihan sehingga memperbaiki efisiensi kontraktilitas jantung.

Evaluasi dilakukan setiap hari setelah semua implementasi dilakukan. Berdasarkan implementasi yang sudah dilakukan, kondisi pasien mengalami peningkatan. Hal ini terlihat dari keadaan umum, tanda vital yang mulai membaik setelah pemberian tindakan keperawatan.

Evaluasi terakhir dilakukan pada tanggal 15 Juli 2012 pukul 06.00 dimana planningnya adalah melanjutkan intervensi karena pasien masih memerlukan beberapa intervensi, sehingga implementasi yang

sudah dilakukan akan dapat memperbaiki kondisi klien.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

1. *Congestive Heart Failure* (CHF) adalah suatu kasus kegawatdaruratan yang dapat mengarah ke kondisi kritis dimana apabila tidak mendapatkan penanganan yang tepat akan dapat menyebabkan kematian.
2. Masalah keperawatan yang muncul pada kasus dengan CHF adalah gangguan pertukaran gas, penurunan cardiac output, kelebihan volume cairan, dan intoleransi aktivitas. Pada kasus Tn.J, semua masalah tersebut muncul dengan tanda dan gejala sesuai dengan hasil pengkajian yang telah dilakukan.
3. Asuhan keperawatan yang dapat dilakukan pada Tn.J dengan CHF adalah manajemen elektrolit asam dan basa, *hemodynamic regulation*, manajemen jalan nafas, *cardiac care* dan *circulatory care*, *fluit management*, *fluit monitoring* dan manajemen energi.
4. Penulis mampu melakukan asuhan keperawatan pada Tn.J dengan *Congestive Heart Failure* (CHF) di ruang *Intensive Cardio Vascular Care Unit* (ICVCU) dengan memberikan beberapa intervensi yang telah disesuaikan dengan konsep dan kondisi klien, dan tentunya dengan kerjasama dari pihak perawat ICVCU Rumah sakit Dr. Moewardi.

Saran

Dari asuhan keperawatan pada Tn.J dengan *Congestive Heart Failure* di Ruang *Intensive Cardio Vascular*

Care Unit Rumah Sakit Dr. Moewardi Surakarta, diharapkan demi kemajuan selanjutnya maka penulis menyarankan kepada:

1. Instalasi pelayanan kesehatan diharapkan meningkatkan kinerja perawat dan tenaga medis sehingga dapat meningkatkan asuhan keperawatan terhadap pasien khususnya pasien dengan *Congestive Heart Failure* (CHF).
2. Bagi penulis untuk selalu menambah wawasan dan referensi tentang CHF, sehingga mampu melakukan asuhan keperawatan dengan benar dan tepat
3. Institusi pendidikan diharapkan lebih menyediakan fasilitas dan tenaga pengajar yang berkualitas dan memunculkan inovasi - inovasi baru yang dapat mendukung terciptanya perawat yang berkualitas dan profesional.

DAFTAR PUSTAKA

- Braun, Vittoria et all. 2011. *Innovative strategy for implementing chronic heart failure guidelines among family physicians in different healthcare settings in Berlin. European Journal Of Hearth Failure*
- Carpenitto, Lynda Juall. 2007. *Rencana Asuhan dan Dokumentasi Keperawatan, edisi 10*. Jakarta: EGC
- Doenges E. Marlynn.2010. *Rencana Asuhan Keperawatan*. EGC. Jakarta
- Gray, H. 2002. *Lecture Note Kardiology*. Erlangga
- Hudak & Gallo. 2002. *Keperawatan Kritis*. Edisi IV Vol. 1. Jakarta. ECG
- Masjoer, Arif M,dkk,2001,*Kapita Selekta Kedokteran*,Edisi 3:Media Aesculapius Fakultas kedokteran universitas Indonesia,Jakarta.
- Muttaqin, Arif. 2009. *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Kardiovaskuler*. Jakarta: Salemba Medika
- Nanda. 2009. *Diagnosis Keperawatan Definisi dan Klasifikasi*. EGC.Jakarta
- Price, Sylvia A, et al. 2005. *Patofisiologi Konsep Klinis Proses- Proses Penyakit*. Jakarta: EGC
- Rampengan. 2007. *Penilaian Awal dan Terapi Pasien dengan Gagal Jantung Akut*. Jurnal Bagian Kardiologi Fakultas Kedokteran Universitas Sam Ratulangi Manado
- Smeltzer & Bare.2002.*Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah, edisi 8*.EGC, Jakarta
-
- * **Nessma Putri Austaryani:** Mahasiswa Keperawatan S-1 Fakultas Ilmu Kesehatan, UMS.
- ** **Nanang S M, S.Kep:** Dosen Keperawatan FIK UMS. Jl. A. Yani Tromol Post 1 Kartasura
- *** **Eny W, S.Kep,.Ns.:** Dosen Keperawatan FIK UMS. Jl. A. Yani Tromol Post 1 Kartasura.
-

INTERVENSI KEPERAWATAN DALAM UPAYA PENINGKATAN KEEFEKTIFAN POLA NAFAS PADA PASIEN CHF

ABSTRAK

Penyebab utama lansia menderita CHF adalah hipertensi, dikarenakan pengapuran katup jantung. Masalah kesehatan dengan gangguan sistem kardiovaskular termasuk CHF masih menduduki peringkat yang tinggi, CHF telah melibatkan 23 juta penduduk di dunia. Tujuan dari penulisan karya tulis ilmiah ini untuk mengetahui masalah keperawatan pada ketidakefektifan pola nafas yang muncul pada penyakit CHF serta melaporkan bahwa pola nafas kembali efektif. Metode dalam laporan penulisan ini penulis menggunakan metode studi kasus dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan meliputi wawancara, observasi, dan pendokumentasian yang diambil dari catatan asuhan keperawatan. Penulis dapat memahami asuhan keperawatan pada pasien CHF melalui salah satu rumah sakit. Hasil dari penelitian penulis menyimpulkan diagnosa keperawatan pada pasien dengan ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan kelelahan otot pernafasan. Dengan melakukan tindakan asuhan keperawatan dengan implementasi peningkatan pemberian oksigen, memonitor pernafasan, dan memposisikan kepala 45 lebih tinggi dari badan/semi fowler. Diskusi dan kesimpulan dari masalah keperawatan dengan ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan kelelahan otot pernafasan dapat teratasi sebagian sehingga perlu melanjutkan intervensi dengan memposisikan kepala semi fowler, peningkatan oksigen, dan pemberian obat analgetik untuk memperoleh kriteria hasil yang akan dicapai. Posisi semi fowler dapat mengurangi sesak nafas karena adanya gravitasi.

Kata Kunci : Congestive Heart Failure, ketidakefektifan pola nafas, oksigenasi, sesak nafas.

ABSTRACT

Background the main causes of CHF are elderly people suffering from hypertension, heart valve due to calcification. health problems with cardiovascular system disorders including CHF is still ranked high, CHF has involved 23 million people in the world. Objective writing a scientific paper aims to assess the problem of nursing at the ineffectiveness of breathing patterns that emerged in CHF disease and report that back breathing pattern effectively. Methode in this paper the authors report uses the case study method using the nursing process approach include interviews, observation, and documentation taken from a nursing notes. Authors can understand nursing care in patients with CHF through one of the wards in hospitals. Results the authors conclude nursing diagnoses for patients with the ineffectiveness of breathing patterns associated with respiratory muscle fatigue. By doing nursing care with the implementation of an increase in oxygen delivery, respiratory monitoring, and positioning the head 45 is higher than the body / semi-Fowler. Discussion and Conclusions the problem of nursing with the ineffectiveness of breathing patterns associated with respiratory muscle fatigue can be overcome in part so that the need to continue the intervention by positioning the semi-Fowler's head, increased oxygen, and administration of analgesic drugs to obtain outcomes that will be achieved. Semi-Fowler's position to reduce shortness of breath due to their gravity.

Keywords: Congestive Heart Failure, Ineffective breathing pattern, oxygenation, shortness of breath

1. PENDAHULUAN

Gagal jantung (congestive heart failure) merupakan kondisi curah jantung yang tidak cukup untuk memenuhi metabolic tubuh saat istirahat ataupun aktivitas. Sindrom klinis merupakan respon kegagalan vertikal terhadap CHF (Mercegli T.M, 2008).

Masalah kesehatan dengan gangguan sistem kardiovaskular termasuk CHF masih menduduki peringkat yang tinggi, CHF telah melibatkan 23 juta penduduk di dunia. Sekitar 4,7 orang menderita CHF di Amerika (1,5-2% dari total populasi) dengan tingkat insiden 550.000 kasus per tahun (Fachrunnisa, Nurchayati, & Arneliwati, 2015). Menurut WHO (2016) diperkirakan 17,5 juta orang meninggal karena penyakit kardiovaskuler pada 2012, mewakili 31% dari seluruh kematian global. Dari kematian ini, diperkirakan 7,4 juta adalah karena penyakit jantung koroner dan 6,7 juta adalah karena stroke (Imizarifka, 2011). Prevalensi CHF di Indonesia diperkirakan 9% pada tahun 1999, meningkat menjadi 11% pada tahun 2001. CHF merupakan penyakit penyebab kematian sekitar 9% pada tahun 2004 dan sekitar 8% pada tahun 2007 (RS Jantung Nasional Harapan Kita, 2007). Dipaparkan bahwa sekitar 4.3 juta penduduk Indonesia menderita gagal jantung dengan 500.000 kasus baru didiagnosa dengan CHF setiap tahunnya. Berdasarkan tingginya angka prevalensi CHF di Indonesia, maka klien dengan CHF perlu mendapatkan perhatian dan penanganan yang optimal (Niman, Hamid, & Yulia, 2011).

Penyebab utama lansia menderita CHF adalah hipertensi, dikarenakan pengapuran katup jantung, IMA, hipertensi jantung, aritmia, penyakit tiroid, dan anemia (Study, 2012). Pengebalan kondisi psikologis juga menjadi penyebab episode akut CHF sebagai contoh pemberian cairan yang terlalu cepat dan terlalu banyak (Sofia Rhosma Dewi, 2014). Hiperglikemia juga termasuk salah satu penyebab terjadinya CHF (Adigopula et al., 2013).

Pasien dengan gagal jantung kongestif (CHF) mengalami tanda-tanda dyspnea dan kelelahan selama beraktifitas terutama saat berolahraga, dikarenakan cardiac output dan aliran darah perifer mengalami penurunan (Vasileiadis et al., 2013). Tanda dan gejala dari gagal jantung kongestive adalah distress pernapasan dengan dispneu maupun takikardi, ortopnea, batuk, perut penuh, nokturia, ansietas, fatigue, gallop s3, crackles didaerah basal paru, kadang-kadang mengi, hati membesar lunak, kardiomegali, efusi pleura kanan kiri, dan edema (A. Alto wiliam 2012). Terapy yang dapat dilakukan untuk pasien CHF meliputi terapy fisik, terapy okupasi, terapy pernapasan, dan nutrisi. Jika CHF tidak segera

ditangani maka akan menurunkan cara kerja jantung dan darah tidak akan berfungsi dengan baik saat memompa darah (Sofia Rhosma Dewi, 2014).

Pernapasan (respirasi) adalah peristiwa menghirup udara yang mengandung oksigen dari luar tubuh hingga ke dalam tubuh serta mengeluarkan karbondioksida dari dalam tubuh keluar tubuh. Sistem pernapasan berperan menyediakan oksigen dan mengeluarkan karbondioksida, proses bernafas berlangsung dengan dukungan sistem saraf pusat dan sistem kardiovaskuler (Muttaqin, 2008).

Penurunan curah jantung menyebabkan peningkatan EDP ventrikel kiri (preload) dan tekanan vena pulmonalis karena darah kembali dalam sirkulasi pulmonal sehingga menyebabkan jantung berdilatasi, peningkatan tekanan kapiler pulmonal juga memacu terjadinya akumulasi darah dan cairan interstisial paru sehingga kerja paru menjadi berat. Peningkatan cairan dan darah dalam paru membuat kerja paru menjadi berat sehingga menyebabkan sesak nafas. Pada pasien CHF darah tidak dapat memompa darah ke seluruh tubuh secara cukup sehingga suplai oksigen didalam tubuh tidak adekuat, kadar oksigen dalam darah mempengaruhi saturasi SPO2 dalam tubuh. Akibatnya sel-sel dan organ dalam tubuh mengalami kekurangan asupan oksigen sehingga menyebabkan sesak nafas (Aaronson, P. I & Ward, J.P.T, 2008)

Terapi fisik diberikan pada pasien yang mempunyai keterbatasan untuk melakukan pencapaian aktivitas. Terapi okupasi dilakukan untuk memenuhi ADL secara mandiri supaya dapat kembali ke gaya hidup sebelumnya dan dapat mengurangi stres. Terapi pernapasan dilakukan untuk kontinuitas perawatan dan berpartisipasi dalam perencanaan perawatan untuk mendapat oksigenasi yang adekuat. Nutrisi diberikan untuk memenuhi kebutuhan pemenuhan nutrisi pada pasien (Mecelli T.M, 2008).

Penatalaksanaan yang dapat dilakukan meliputi pemberian oksigen 2 sampai 5 liter/menit, pemberian furosemid 1 mg/kg IV, turunkan demam dengan asetaminofen, hindari cairan masuk melalui IV jika tidak syok, berikan morfin, berikan nitrat sublingual 0,4 mg, tinggikan kepala tempat tidur 45°, berikan terapi kronik (A. Alto William 2012).

Oksigen merupakan peranan penting secara fungsional dalam semua proses yang ada didalam tubuh. Oksigen harus selalu ada dalam peranan fungsional tubuh karena jika tidak

ada oksigen di dalam tubuh maka bisa terjadi kematian. Apabila terjadi gangguan pada system respirasi maka akan menyebabkan gangguan oksigenasi (Asmadi, 2008).

Manfaat oksigen dalam tubuh sangat fungsional, termasuk fungsional pada otak, jika otak tidak mendapat supley oksigen lebih dari lima menit maka akan terjadi kerusakan otak secara permanen (Asmadi, 2008).

2. METODE

Metode yang digunakan dalam karya tulis ilmiah ini adalah metode deskriptif dengan pendekatan proses keperawatan. Tempat yang digunakan dalam pengambilan kasus karya tulis ilmiah ini adalah di bangsal HCU RS DR. SOERATNO Gemolong. Waktu yang digunakan adalah 19febuary - 21 febuari 2017 dengan mengambil salah satu pasien yaitu Ny.P dengan CHF untuk menyelesaikan karya tulis ilmiah ni. Data yang didapatkan untuk penyusunan karya tulis ilmiah ini menggunakan wawancara, pemeriksaan fisik, dan observasi. Wawancara subjektif didapatkan dengan menggunakan wawancara terbuka dan wawancara tertutup. Empat cara yang dilakukan untuk melakukan pemeriksaan fisik yaitu inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi. Dengan cara mengamati respon fisik, psikologis, emosi serta rasa aman dan nyaman pada klien didapatkan data hasil observasi (Debora, 2011).

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

3.1 Pengkajian

Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan bahwa pasien berjenis kelamin perempuan menderita sakit Congestive Heart Failure berusia 80 tahun seorang ibu rumah tangga dengan berat badan 50 Kg dan tinggi badan 160 cm, beragama islam. Pengkajian merupakan proses pengumpulan data yang dilakukan secara sistematis yang bertujuan untuk menentukan status kesehatan dan fungsional klien pada waktu sekarang dan waktu sebelumnya disertai untuk menentukan pola respon terhadap klien (Potter 7 Perry, 2009). Kegiatan yang meliputi tentang usaha pengumpulan data tentang status pasien secara menyeluruh, singkat, sistematis, dan berkesinambungan. Komponen dari pengkajian meliputi anamnesis klien, keluarga, serta perawat, pemeriksaan kesehatan, pengkajian, pemeriksaan diagnosis serta penatalaksanaan medis. Keahlian diperlukan dalam melakukan pengkajian keperawatan untuk melakukan komunikasi wawancara observasi, dan

pemeriksaan fisik (Muttaqin, 2008). Klien mengatakan sesak nafas. Sebelumnya saat dirumah klien mengatakan sesak nafas sejak 3 hari disertai demam, lemas, mual, muntah, nyeri ulu hati dan kaki tidak bisa dipakai untuk berjalan karena bengkak dan kaku. Menurut (A. Alto wiliam 2012) dispneu merupakan salah satu tanda dan gejala penyakit Congestive Heart Failure dan pasien mengalami gejala tersebut. Sesak nafas terjadi karenapeningkatan cairan dan darah dalam paru meningkat sehingga kerja paru menjadi berat dan supey oksigen dalam darah tidak adekuat (Aaronson, P.I & Ward, J.P.T, 2008). Pasien dibawa ke rumah sakit oleh keluarganya pada hari sabtu tanggal 18-02-2017 pukul 13.00 WIB untuk mendapatkan pengobatan lebih lanjut. Di IGD pasien mendapatkan infus RL 15 tpm, terapy oksigen 3 lpm, infus PCT 1 vial,dan injeksi ranitidine 1ampul/12jam. Dari hasil pemeriksaan fisik didapatkan hasil tekanan darah 151/82mmHg, nadi 99x/menit, respirasi 30x/menit, dan suhu tubuh 36,8`c. Kemudian pasien dipindah ke bangsal HCU pada tanggal 18 february 2017 pukul 18.00 WIB.

Penulis melakukan pengkajian pada hari minggu tanggal 19 february 2017 pukul 08.00 WIB dan didapatkan hasil subjektif pasien mengatakan sesak nafas dan data objektif pasien terlihat bernafas menggunakan mulut tampak menggunakan otot bantu nafas tambahan, terdapat tarikan dada saat bernafas, nafas dangkal dan pasien mengalami gejala dispneu. Dispneu biasa disebut sesak nafas, dispneu bisa disebabkan karena gagal jantung (Djojodibroto Darmanto, 2007). Dari hasil pemeriksaan fisik didapatkan hasil tekanan darah 151/82mmHg, nadi 99x/menit, respirasi 30x/menit, dan suhu tubuh 36,8`c. Tingkat kesadaran composmenthis, bentuk dada simetris tidak ada benjolan atau oedem, tidak ada nyeri tekan, sonor, terdapat bunyi wheezing. Terpasang terapi oksigen nasal kanul 4 lpm, terpasang kateter, kaki oedem dan kaku.

Didalam pola Gordon terdapat hasil bahwa pasien mengatakan tidak mengetahui tantang penyakit, penyebab dan pengobatannya, makan sebelum sakit 2-3 kali sehari dengan menu nasi sayur dan lauk habis satu porsi dan minum 8 gelas/hari, selama sakit 3 kali sehari dengan menu nasi sayur lauk, habis ½ porsi dan minum 6 gelas/hari. BAK sebelum sakit 4-5 kali sehari 300cc BAB 1 kali sehari, dan selama sakit BAK dengan menggunakan kateter sebanyak 350cc dan BAB spontan 1 kali. Dirumah sebelum dan sesudah sakit klien beraktifitas dengan bantuan keluarga seperti mandi makan dan lainnya. Sebelum sakit klien tidur 6-7 jam/hari, tidak sering tidur siang, saat dirumah sakit klien tidur 5-6 jam/hari. di dalam pola aktifitas tersebut pola tidur pasien berkurang, dikarenakan sesak nafas yang dialami pasien. Aktifitas berlebih juga menyebabkan pasien sesak nafas oleh krena itu pasien dibatasi dlam beraktifitas. Klien menerima keadaan sakitnya saat ini sebagai ujian dari Allah klien ingin segera sembuh dan pulang, klien tidak malu dengan penyakitnyadan tidak ada perubahan didalam diri pasien. Tidak terjadi perubahan peran selama klien sakit dan tidak terjadi gangguan pada reproduksi. Klien menghadapi masalah sakitnya dengan

sabar dan ikhlas karena pasien percaya sakitnya dapat diobati dan sakitnya datangnya dari Allah.

Hasil pemeriksaan penunjang di dapatkan hemoglobin 8.1, leukosit 12.800, eritrosit 4.25, trombosit 312.000, hematocrit 29.4%, glukosa sewaktu 155.6, ureum 142.5, creatinin 1.28. Hasil EKG didapatkan gelombang R abnormal, gelombang S dan T tidak Nampak jelas, pompa jantung bermasalah, terdapat masalah di atriumnya, sinus rhytem, abnormal. Pasien termasuk NYHA kelas III. NYHA III yaitu pasien dengan keterbatasan aktifitas fisik dan apabila beraktifitas fisik pasien kelelahan dan bisa menyebabkan sesak nafas atau nyeri dada (Muttaqin, 2009). Hasil foto thorax tidak terkaji.

Data focus yang didapatkan yaitu data subjektif pasien mengatakan sesak nafas. Data objektif klien terlihat pucat lemah bernafas melalui mulut tampak menggunakan otot bantu nafas tambahan dan dispneu, terdapat tarikan dada saat bernafas, nafas dangkal. Terpasang oksigen dengan nasal kanul 4 lpm.

3.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap respons manusia terhadap gangguan kesehatan maupun proses kehidupan, kerentanan respons respons dari individu, kelompok, maupun keluarga, atau komunitas. Diagnose keperawatan ada dua focus kunci pada diagnose dan deskriptor tau pengubah dalam diagnose (NANDA, 2015). Berdasarkan data focus yang didapatkan penulis mengambil diagnose keperawatan ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan kelelahan otot pernafasan. Penulis menegaskan diagnose keperawatan ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan kelelahan otot pernafasan. Hasil pengkajian data fokus pasien pasien mengatakan sesak nafas, keadaan pasien lemah, terdapat tarikan dada saat bernafas, pernafasan pasien dangkal dapat ditegakkan diagnose dengan ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan kelelahan otot pernafasan (Arifin et al., 2010). Diagnosa tersebut diambil karena data focus pasien didapatkan pasien mengatakan sesak nafas, keadaan pasien lemah, terdapat tarikan dada saat bernafas, pernafasan pasien dangkal, RR 30x/menit. Pernafasan merupakan proses menghirup udara yang mengandung oksigen dari luar ke dalam tubuh serta mengeluarkan udara yang mengandung karbondioksida keluar tubuh (Muttaqin, 2008). Adapun diagnosa lainya yaitu resiko tinggi kerusakan integritas kulit berhubungan dengan tirah baring lama, edema dan penurunan perfusi jaringan, dan intoleransi aktifitas berhubungan dengan tirah baring dan imobilitas. Penulis menegaskan diagnosa pada pola nafas karena pernafasan sangat berperan penting dalam tubuh. Pernafasan melibatkan oksigen saat respirasi dan karbondioksida saat ekspirasi, oksigen mempunyai peran penting dalam tubuh, jika terjadi gangguan pada oksigenasi dan tidak segera ditangani maka akan menyebabkan kematian (Asmadi, 2008).

3.3 Perencanaan Keperawatan

Perencanaan merupakan langkah ketiga dalam melakukan proses keperawatan, untuk menentukan tujuan dan hasil yang diharapkan dalam melakukan intervensi (Potter & Perry, 2009). Intervensi yang dilakukan penulis untuk pasien dengan diagnosa keperawatan yang diambil adalah manajemen jalan nafas, monitor pernafasan, dan memberikan posisi kepala lebih tinggi dari kepala/semi fowler (Bulechek. et al., 2013). Dengan rasional pemberian kepala lebih tinggi dari tempat tidur dapat mempermudah fungsi pernapasan dengan adanya gravitasi, peningkatan pemberian oksigenasi. Monitor tanda-tanda vital klien, mempunyai rasional dapat memberikan gambaran lengkap tentang keterlibatan vascular perbandingan dari tekanan. Pemberian obat analgetik untuk upaya farmakologi dengan rasional dapat menurunkan dapat menurunkan tekanan darah dan menurunkan sesak napas. Dan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan sesak nafas klien berkurang dengan kriteria hasil pola napas klien kembali efektif dan sesak napas klien berkurang (Kushariyadi, 2010).

3.4 Implementasi

Implementasi yang dilakukan sesuai intervensi diharapkan dapat mencapai tujuan yang ingin dicapai (Potter & Perry, 2009). Implementasi yang dilakukan pada hari minggu 19 february 2017 pada pukul 08.00 WIB melakukan pengkajian tanda-tanda vital klien, didapatkan data subjektif klien mengatakan sesak nafas dan data objektif tekanan darah 151/82mmHg, respirasi 30x/menit, nadi 99x/menit, dan suhu tubuh 36,8°C. Pukul 10.00 WIB memberikan terapi oksigen 4 lpm pada pasien, data subjektif pasien mengatakan dapat bernafas lebih mudah dan data objektif pasien terlihat nyaman, oksigen dengan nasal kanul 4 lpm sudah terpasang. Pada pasien dengan gangguan system pernapasan pasien tidak dapat memenuhi kebutuhan oksigen secara normal, oksigen sangat berperan dalam pernafasan, oksigen berperan vital didalam tubuh dalam proses pembentukan metabolisme sel sehingga jika kekurangan oksigen maka akan berdampak buruk bagi tubuh dan bisa mencapai kematian sehingga diperlukan terapi tambahan untuk pasien yang mengalami gangguan oksigenasi (Bachtiar, 2015). Pukul 11.00 memberikan salep gentamicin 5mg, didapatkan data subjektif klien mengatakan perih di bagian yang iritasi dan data objektif salep gentamicin 5mg sudah diberikan melalui oles pada kulit. Pukul 12.30 WIB memberikan minum susu cair 200ml, didapatkan data subjektif klien mengatakan sudah kenyang dan data objektif klien kooperatif, susu cair 200ml sudah diberikan.

Implementasi pada tanggal 20 february 2017, pukul 08.00 WIB yaitu memberikan injeksi ranitidine 1ampul/12jam, antrain 1ampul/12jam, ceftriaxone 1gram/12jam, didapatkan data subjektif klien mengatakan bersedia dilakukan injeksi dan data objektif

injeksi ranitidine 1ampul/12jam, antrain 1ampul/12jam, ceftriaxone 1gram/12jam sudah diberikan. Pemberian obat analgetik untuk upaya farmakologi dengan rasional dapat menurunkan dapat menurunkan tekanan darah dan menurunkan sesak napas (Kushariyadi, 2010). Pukul 09.00 WIB memonitor pernafasan klien, didapatkan data subjektif klien mengatakan sesak napas data objektif klien terlihat bernafas menggunakan mulut, respirasi 27x/menit. Pukul 10.00 WIB memberikan posisi kepala lebih tinggi dari tempat tidur/semi fowler, didapatkan data subjektif klien mengatakan lebih mudah bernafas dan data objektif klien terlihat lebih nyaman. Implementasi tersebut untuk mempermudah fungsi pernafasan dengan adanya gravitasi (Kushariyadi, 2010). Pukul 11.00 melakukan manajemen lingkungan dan kenyamanan, didapatkan data subjektif klien mengatakan badanya keju dan data objektif klien terlihat lebih nyaman. Pukul 11.30 WIB melakukan injeksi furosemide 1ampul/24jam, didapatkan data subjektif klien mengatakan bersedia dilakukan injeksi dan data objektif injeksi furosemide 1ampul sudah diberikan. Pemberian obat analgetik untuk upaya farmakologi dengan rasional dapat menurunkan dapat menurunkan tekanan darah dan menurunkan sesak napas (Kushariyadi, 2010).

Implementasi pada tanggal 21 february 2017, pukul 12.30 WIB yaitu melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dan didapatkan data subjektif klien mengatakan sesak napas berkurang dan data objektif tekanan darah 138/67mmHg, nadi 99x/menit, respirasi 28x/menit, suhu tubuh 36,7°c. Pukul 15.00 WIB memonitor pernafasan dan memberikan oksigen 3 lpm, data subjektif klien mengatakan sesak napas berkurang dan data objektif oksigen 3 lpm sudah diberikan. Pada pasien dengan gangguan system pernafasan pasien tidak dapat memenuhi kebutuhan oksigen secara normal, oksigen sangat berperan dalam pernafasan, oksigen berperan vital didalam tubuh dalam proses pembentukan metabolisme sel sehingga jika kekurangan oksigen maka akan berdampak buruk bagi tubuh dan bisa mencapai kematian sehingga diperlukan terapi tambahan untuk pasien yang mengalami gangguan oksigenasi (Bachtiar, 2015). Pukul 16.30 WIB memberikan salep gentamicin 5mg, didapatkan data subjektif klien mengatakan gatal-gatal berkurang dan data objektif salep gentamicin sudah diberikan melalui oles pada kulit. Pukul 17.00 WIB memberikan posisi kepala lebih tinggi dari tempat tidur/semi fowler dan didapatkan data subjektif klien mengatakan sesak napas berkurang dan data objektif klien terlihat lebih nyaman. Berdasarkan implementasi yang dilakukan yaitu peningkatan pemberian oksigenasi dan pemberian posisi nyaman yaitu peninggian kepala tempat tidur atau semi fowler yang bertujuan agar pola napas klien kembali efektif (Kushariyadi, 2014). Pukul 18.00 memonitor pernafasan klien, dan didapatkan data subjektif klien mengatakan sesak napas berkurang, data objektif klien terlihat bernafas menggunakan mulut, respirasi 29x/menit.

3.5 Evaluasi

Evaluasi merupakan proses yang kontinu yang terjadi saat melakukan kontak dengan klien setelah melakukan intervensi, mengumpulkan data subjektif dan data objektif dari klien dan keluarga. Evaluasi yaitu membandingkan antara intervensi dan hasil dari implementasi yang dilakukan (Potter & Perry, 2009).

Evaluasi yang didapatkan pada tanggal 19 february 2017 pukul 13.30 WIB, data subjektif klien mengatakan sesak nafas, data objektif klien terlihat berbafas menggunakan mulut, dyspnea, respirasi 30x/menit. Assessment masalah belum teratasi. Planning intervensi dilanjutkan meliputi peningkatan pemberian oksigen, memberikan posisi nyaman, memberikan posisi kepala lebih tinggi dari tempat tidur/semi fowler.

Evaluasi pada tanggal 20 february 2017 pukul 13.30 WIB, data subjektif klien mengatakan sesak nafas berkurang, data objektif klien terlihat bernafas menggunakan mulut, dispneu, respirasi 29x/menit. Assessment masalah teratasi sebagian. Planning intervensi dilanjutkan dengan peningkatan pemberian oksigen, berikan posisi semi fowler, monitor pernafasan, dan pemberian obat analgetik..

Evaluasi pada tanggal 21 february 2017, pukul 19.30 WIB, didapatkan data subjektif klien mengatakan sesak nafas berkurang, data objektif klien terlihat lebih mudah bernafas, bernafas melalui hidung, respirasi 26x/menit. Assessment masalah teratasi sebagian. Planning intervensi dilanjutkan seperti monitor pernafasan, peningkatan pemberian oksigen, pemberian obat analgetik.

Evaluasi pada diagnose tambahan yaitu pasien mengatakan gatal-gatal dan perih pada iritasi berkurang, kaki mampu digerakan sedikit, data objektif kemerahan pada kulit iritasi mulai pudar dan klien terlihat mampu menggerakkan kakinya. Assessment masalah teratasi sebagian. Intervensi dapat dilanjutkan pada pemberian salep topical dan tirah baring.

4. PENUTUP

4.1 Kesimpulan

- 4.1.1 Hasil pengkajian dari Ny.P didapatkan pasien mengatakan sesak nafas.
- 4.1.2 Penulis menegaskan diagnosa keperawatan ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan kelelahan otot pernafasan.
- 4.1.3 Intervensi keperawatan pada ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan kelelahan otot pernafasan yaitu dilakukan seperti: memberikan posisi kepala lebih tinggi dari tubuh/semi fowler, peningkatan pemberian oksigenasi, monitor tanda-tanda vital klien, pemberian obat analgetik. Dan untuk masalah keperawatan lainnya yaitu intoleransi

aktifitas dan resiko tinggi kerusakan integritas kulit adalah melakukan perawatan tirah baring dan meningkatkan latihan kekuatan otot pasien.

- 4.1.4 Implementasi yang telah dilakukan untuk mengatasi ketidakefektifan pola nafas seperti memberikan posisi kepala lebih tinggi dari tubuh/semi fowler, peningkatan oksigenasi, monitor tanda-tanda vital klien, dan pemberian obat analgetik , dan implementasi yang dilakukan untuk masalah keperawatan lainya seperti resiko tinggi kerusakan integritas kulit dan intoleransi aktifitasnamun yang diutamakan adalah pada implementasi peningkatan keefektifan pada pola nafas pasien karena menurut penulis gangguan pernafasan adalah masalah yang paling utama
- 4.1.5 Evaluasi masalah ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan kelelahan otot pernafasan. Intervensi dilanjutkan : peningkatan pemberian oksigen, posisikan semi fowler 45', pemberian obat analgetik.
- 4.1.6 Pemberian teknik nonfarmakologi yaitu meningkatkan oksigenasi, memposisikan semi fowler 45' terhadap sesak nafas pada Ny. P dengan CHF yaitu mampu mengurangi sesak nafas klien.

4.2 Saran

4.2.1 Bagi rumah sakit

Diharapkan dilakukan peningkatan pemberian oksigenasi dan posisi semi fowler 45' untuk mengefektifkan pola nafas klien.

4.2.2 Bagi klien dan keluarga

Diharapkan keluarga dapat memantau klien dalam memposisikan kepala semi fowler.

4.2.3 Bagi peneliti lain

Diharapkan hasil karya tulis ilmiah ini dapat sebagai acuan atau referensi dalam ketidakefektifan pola nafas pada Congestive Heart Failure.Selain itu, tindakan dapat dikembangkan sehingga dapat memberikan kriteria hasil yang lebih baik

PERSANTUNAN

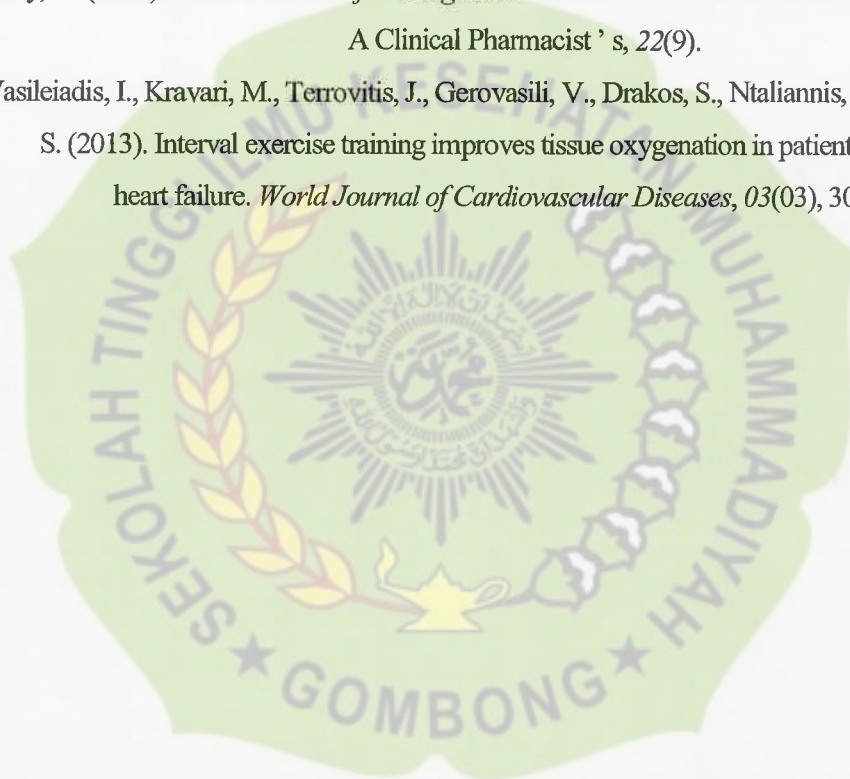
Penelitian ini merupakan salah satu syarat kelulusan untuk program Diploma III Keperawatan Universitas Muhammadiyah Surakarta. Penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang membantu dalam penelitian dan penyusunan Karya Tulis Ilmiah. Dalam kesempatan kali ini penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. ALLAH SWT, atas ridho dan karunia-Nya penulis diberikan kelancaran serta kemudahan dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Prof. Drs. Bambang Setiadji, selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Surakarta.
3. Dr. Suwaji, M.Kes selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta.
4. Okti Sri P., S.Kep., M.Kes., Ns.Sp.Kep.M.B, selaku Ketua Program DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta.
5. Arina Maliya, S.Kep., Ns., M.Si.Med, selaku Sekretaris Program Studi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta.
6. Enita Dewi, S.Kep., Ns.MN., selaku dosen pembimbing yang telah membantu mengarahkan serta memberi bimbingan kepada penulis dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah.
7. Arina Maliya, S.Kep., Ns., M.Si.Med., selaku dosen penguji yang telah memberikan penilaian dan memberikan arahan kepada penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
8. Arif Widodo, A.Kep., M.Kes., selaku pembimbing akademik DIII Keperawatan kelas B yang sudah memberikan bimbingan selama perkuliahan.
9. Segenap Dosen Keperawatan Universitas Muhammadiyah Surakarta yang telah mendidik dan memberikan banyak ilmu.
10. Kedua orang tua, terima kasih Bapak Ibu yang telah membesarkan, mendoakan, menyemangati penulis untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
11. Teman-teman seperjuangan DIII Keperawatan Universitas Muhammadiyah Surakarta 2014 yang telah berjuang bersama dan memberikan semangat untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
12. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan, semoga amal dan kebaikan yang telah diberikan mendapatkan imbalan dari Allah SWT.

DAFTAR PUSTAKA

- A. Alto wiliam. (2012). *Buku Saku Hitam Kedokteran Internasional*. Jakarta: PT Indeks.
- Aaronson, P. I & Ward, J.P.T. (2008). *At Glance Sistem Kardiovaskular*. Jakarta: Erlangga.
- Adigopula, S., Feng, Y., Babu, V., Parperis, K. M., Amoateng-Adjepong, Y., & Zarich, S. (2013). Hyperglycemia is associated with increased length of stay and total cost in patients hospitalized for congestive heart failure. *World Journal of Cardiovascular Diseases*, 03(02), 245–249.
- Arifin, Z., Ratnawati, M., Studi, P., Keperawatan, D., Pemkab, S., Studi, P., ... Pemkab, S. (2010). ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN PNEUMONIA DENGAN DI PAVILIUN CEMPAKA RSUD JOMBANG (Nursing Care Of Patient With Pneumonia Whith Inefektiveness Respiration In Cempaka Room Of Jombang Regional Hospital).
- Asmadi. (2008). Teknik Prosedural Konsep & Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien - Google Books. In Hartiah Haroen (Ed.), *ebook* (p. 188). Jakarta. Retrieved from
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., 7 Wagner, C.M. (2013). *Nursing Interventions Classification (NIC) Edisi ke 6*. Elseiver.
- Debora, O. (2011). *Proses Keperawatan Dan Pemeriksaan Fisik*. Jakarta: Salemba Medika.
- Djojodibroto, D. (2007). *Respirologi (Respiratory Medicine)*. Jakarta: EGC.
- Fachrunnisa, Nurchayati, S., & Arneliwati. (2015). Faktor faktor yang berhubungan dengan kualitas tidur pada pasien congesti heart failur. *Jom*, 2(2), 1094.
- Kusharyadi. (2010). *Asuhan Keperawatan pada Klien Lanjut Usia*. Jakarta: Salemba Medika.
- Mercelli T.M. (2008). *Buku Saku Dokumentasi Keperawatan* - Google Books. In Didah Rosidah, yuyun yuningsih, & monica ester (Eds.) (p. 404). Retrieved from.
- Muttaqin, A. (2008). *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Pernapasan*. Jakarta: Salemba Medika.
- NANDA (2015). *Diagnosis Keperawatan Definisi & Klasifikasi 2015-2017 Edisi 10*. Jakarta: EGC.

- Niman, S., Hamid, A. Y. S., & Yulia, I. (2011). Pengaruh pendidikan kesehatan terhadap dukungan keluarga pada klien dengan congestive heart failure (CHF).
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2009). *Fundamental Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Sofia Rhosma Dewi. (2014). Buku Ajar Keperawatan Gerontik - Sofia Rhosma Dewi, S.Kep.Ners. - Google Books. In *ebook* (1st ed.). Yogyakarta. Retrieved from
- Study, O. (2012). *Risk Assessment for Congestive Heart Failure in a South Indian Population : A Clinical Pharmacist ' s*, 22(9).
- Vasileiadis, I., Kravari, M., Terrovitis, J., Gerovasili, V., Drakos, S., Ntaliannis, A., ... Nanas, S. (2013). Interval exercise training improves tissue oxygenation in patients with chronic heart failure. *World Journal of Cardiovascular Diseases*, 03(03), 301–307.





PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

NAMA MAHASISWA : Febri Dwi Hartanto
NIM/NPM : A01502055
NAMA PEMBIMBING : Bambang Utoyo, S.Kep.,Ns.,M.Kep

NO	HARI/ TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1	15 Agustus 2017	Konsul tema	
2	16 Agustus 2017	Konsul tema	
3	18 Agustus 2017	Acc tema	
4	19 Agustus 2017	Revisi Bab 1, 2, 3	
5	30 Mei 2018	Kosul Bab 4	
6	31 Mei 2018	Acc Abstrak	
7			

Mengetahui,

Ketua Program Studi DIII Keperawatan



(Nurlaila, S.Kep.Ns.,M.Kep)



PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN

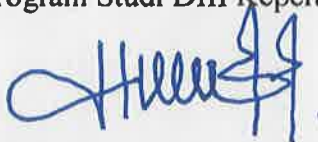
LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

NAMA MAHASISWA : Febri Dwi Hartanto
NIM/NPM : A01502055
NAMA PEMBIMBING : Bambang Utoyo, S.Kep.,Ns.,M.Kep

NO	HARI/ TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1	Kamis. 5-9-2019	Konsul BAB 4 dan 5	
2	Jumat. 5-9-2019	ACC BAB 4 dan 5	
3			
4			
5			
6			
7			

Mengetahui,

Ketua Program Studi DIII Keperawatan



(Nurlaila, S.Kep.Ns.,M.Kep)

LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

NAMA PEMBIMBING : Bambang Utoyo, S.Kep.Ns, M.Kep

Nama : Febri dwi hartanto (A01502055)

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF
1.	17 Agustus 2017	Konsul Judul, Tema. Cari Jurnal	
2.	18 Agustus 2017	Konsul BAB 1	
3.	20 Agustus 2017	Konsul BAB 2-3	
4.	30 Mei 2018	Konsul BAB 4	
5.	31 Mei 2018	Konsul BAB 4	
6.	02 Juni 2018	Konsul BAB 4	
7.	04 Juni 2018	Konsul BAB 4	

Mengetahui

Ketua program studi

