



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. K DENGAN *CONGESTIVE HEART FAILURE* (CHF) DENGAN IMPLEMENTASI *DEEP BREATHING EXERCISE*
DI PUSKESMAS KARANGKOBAR**

KARYA TULIS ILMIAH AKHIR NERS

**Disusun Oleh :
YUNITA FITRIANI
NIM 202503057**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN
PROFESI NERS PROGRAM PROFESI
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GOMBONG
2026**



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. K DENGAN *CONGESTIVE HEART FAILURE* (CHF) DENGAN IMPLEMENTASI *DEEP BREATHING EXERCISE*
DI PUSKESMAS KARANGKOBAR**

KARYA TULIS ILMIAH AKHIR NERS

**Disusun Oleh :
YUNITA FITRIANI
NIM 202503057**

PEMINATAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN
PROFESI NERS PROGRAM PROFESI
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GOMBONG
2026**

HALAMAN PERSETUJUAN

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. K DENGAN *CONGESTIVE HEART FAILURE* (CHF) DENGAN IMPLEMENTASI *DEEP BREATHING EXERCISE*
DI PUSKESMAS KARANGKOBAR**

Telah disetujui dan dinyatakan telah memenuhi syarat
Untuk diujikan pada tanggal

Pembimbing

Ns. Fajar Agung Nugroho, S.Kep., MNS

Mengetahui,

Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners Program Profesi



Wuri Utami, M.Kep

iii

Universitas Muhammadiyah Gombong

HALAMAN PENGESAHAN

Karya ilmiah Akhir Ners ini diajukan oleh:

Nama : Yunita Fitriani

NIM : 202503057

Program studi : Profesi Ners

Judul KIA-N : Asuhan Keperawatan Pada Ny. K Dengan *Congestive Heart Failure* (CHF) dengan Implementasi *Deep Breathing Exercise* di Puskesmas Karangobar
Telah berhasil dipertahankan dihadapan penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ners pada Program Studi Pendidikan Profesi Ners Program Profesi Universitas Muhammadiyah Gombong.

Penguji satu

(Ns. Irmawan Andri Nugroho, M.Kep)

Penguji dua

(Ns. Fajar Agung Nugroho, S.Kep., MNS)

Mengetahui,

Ketua Program Studi Profesi Ners
Program Profesi

Wuri Utami, M.Kep

Ditetapkan di : Gombong, Kebumen

Tanggal :

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Muhammadiyah gombong, saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Yunita Fitriani
NIM : 202503057
Program Profesi : Profesi Ners
Jenis karya : Karya Ilmiah Akhir Ners

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Muhammadiyah Gombong Hak Bebas Royalti Noneksklusif (Non-exclusive Royalty-Free Right) atas karya ilmiah saya yang berjudul:

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. K DENGAN *CONGESTIVE HEART FAILURE (CHF)* DENGAN IMPLEMENTASI *DEEP BREATHING EXERCISE*
DI PUSKESMAS KARANGKOBAR**

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Muhammadiyah Gombong berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data, merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta sebagai pemilik Hak Cipta. Demikian pernyataan ini saya buat sebenarnya.

Dibuat di : Gombong, Kebumen
Pada Tanggal :

Yang menyatakan



Yunita Fitriani

v

Universitas Muhammadiyah Gombong

v

Universitas Muhammadiyah Gombong

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Karya Ilmiah Akhir Ners adalah hasil karya saya sendiri dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar:

Nama : Yunita Fitriani

NIM : 202503057

Tanda Tangan :



Tanggal :

Program Studi Pendidikan Profesi Ners Program Profesi
Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Gombong
KIA-Ners, Mei2026
Yunita Fitriani¹⁾ Fajar Agung Nugroho²⁾
Yunitafitriani865@gmail.com

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. K DENGAN *CONGESTIVE HEART FAILURE* (CHF) DENGAN IMPLEMENTASI *DEEP BREATHING EXERCISE* DI PUSKESMAS KARANGKOBAR

Latar Belakang: CHF adalah kondisi di mana jantung tidak mampu menyediakan aliran darah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik serta oksigenasi jaringan, meskipun aliran balik vena sudah memadai. Hal ini membuat pasien merasa cepat lelah, mengalami orthopnea, dan pembengkakan. Pasien dengan *Congestive Heart Failure* (CHF) dengan gejala awal adalah *Dyspnea*, mudah lelah, dan batuk. Dengan keluhan mengalami sesak saat beraktivitas, nyeri pada dada. Tindakan untuk mengatasi keluhan tersebut yaitu dengan tindakan *deep breathing exercise*.

Tujuan: Mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami CHF dengan penerapan *Deep Breathing Exercise*

Metode : Jenis penelitian ini adalah deskriptif dengan cara menetapkan metode studi kasus yang dapat mengeksplorasi masalah Asuhan Keperawatan pada pasien yang mengalami CHF.

Hasil: Penelitian ini menunjukkan bahwa setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 hari, hasil yang didapat adalah pasien dapat melakukan teknik latihan pernapasan dalam secara mandiri setiap kali merasakan sesak. Irama napas menjadi teratur, tidak ada penggunaan otot bantu, suara napas tetap vesikular, dan pasien merasa sesak napasnya berkurang

Kesimpulan: Terapi *deep breathing exercise* efektif digunakan dalam mengurangi *dyspnea* pada klien dengan masalah CHF

Kata Kunci: *Congestive Heart Failure (CHF), Dyspnea, Deep breathing exercise*

- 1) Mahasiswa Universitas Muhammadiyah Gombong**
- 2) Dosen Universitas Muhammadiyah Gombong**

Nurse Professional Education Study Program Professional Program
Faculty of Health Sciences
Gombong Muhammadiyah University
KIA-Ners, Mei2026
Yunita Fitriani¹⁾ Fajar Agung Nugroho²⁾
Yunitafitriani865@gmail.com

ABSTRACT

NURSING CARE FOR TN.A WITH CONGESTIVE HEART FAILURE (CHF) WITH THE IMPLEMENTATION OF DEEP BREATHING EXERCISE AT KARANGKOBAR PUBLIC HEALTH CENTER

Background: Congestive Heart Failure (CHF) is a physiological state in which the heart is unable to maintain sufficient cardiac output to meet metabolic demands and tissue oxygenation, despite adequate venous return. This condition manifests clinically as fatigue, orthopnea, and peripheral edema. Common initial symptoms include dyspnea, fatigue, and coughing, often exacerbated by physical activity and accompanied by chest pain. Deep breathing exercise is one therapeutic intervention implemented to manage these symptoms.

Objective: This study aims to implement comprehensive nursing care for patients with CHF through the application of Deep Breathing Exercises.

Method: A descriptive qualitative design was employed using a case study approach to explore nursing care management in patients diagnosed with CHF.

Results: Findings indicated that after a two-day nursing intervention, the patient achieved competence in performing deep breathing techniques independently during episodes of dyspnea. Clinical observations showed a regular respiratory rhythm, absence of accessory muscle use, and persistent vesicular breath sounds. Furthermore, the patient reported a significant reduction in perceived shortness of breath.

Conclusion: Deep breathing exercise therapy is an effective intervention for alleviating dyspnea in patients suffering from CHF.

Keywords: Congestive Heart Failure (CHF), Dyspnea, Deep breathing exercise

1) Students at Muhammadiyah University of Gombong

2) Lecturers at Muhammadiyah University of Gombong

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Wr.Wb.

Puji syukur atas Kehadirat Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya, sehingga Karya Ilmiah Ners yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. K Dengan *Congestive Heart Failure* (CHF) dengan Implementasi *Deep Breathing Exercise* di Puskesmas Karangobar” dapat terselesaikan dengan baik. KIA Ners ini disusun untuk memenuhi persyaratan memperoleh gelar Profesi Ners Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Gombong. Sehubungan dengan pelaksanaan Penulisan sampai penyelesaian KIA Ners ini, dengan rendah hati disampaikan terima kasih kepada yang terhormat:

1. Prof. Dr. Sofyan Anif., M.Si. selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Gombong.
2. Wuri Utami, M.Kep. selaku ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners Universitas Muhammadiyah Gombong.
3. Ns. Fajar Agung Nugroho, S.Kep., MNS selaku pembimbing KIA.
4. Irmawan Andri Nugroho, M.Kep selaku penguji KIA
5. Keluarga saya tercinta, suami saya Muh. Saeful dan anak-anak saya Reysha A. Anindita dan Rafsya Abbbie Athalla yang telah memberikan kasih sayang selama ini dan selalu memberikan doa serta dukungan baik moril maupun spiritual.
6. Rekan-rekan seperjuangan di Program Studi Profesi Ners Universitas Muhammadiyah Gombong dan teman – teman dari Puskesmas Karangobar yang telah membantu dalam penyusunan KIA ini.

Penulis menyadari bahwa proposal KIA ini masih banyak kekurangan, semoga apa yang terkandung didalamnya dapat bermanfaat khususnya bagi dunia keperawatan. Oleh karena itu Penulis mengharapkan adanya kritik dan saran yang membangun sehingga dapat membantu menyempurnakan proposal KIA ini.

Wassalamu'alaikum Wr.Wb.

Gombong, Mei 2026

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS	v
HALAMAN PERNYATAAN ORISINILITAS	vi
ABSTRAK	vii
ABSTRACT.....	viii
KATA PENGANTAR.....	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR GAMBAR	xii
BAB 1 TINJAUAN TEORI	1
1. Pengertian <i>Congestive Heart Failure</i>	1
2. Anatomi Fisiologi Jantung.....	2
3. Etiologi	7
4. Klasifikasi	9
5. Patofisiologi	10
6. Manifestasi Klinis	11
7. Pemeriksaan Penunjang	13
8. Penatalaksanaan	14
9. Komplikasi.....	18
BAB II KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN.....	24
1. Pengkajian Keperawatan	24

2. Diagnosa Keperawatan	25
3. Intervensi Keperawatan	26
BAB III HASIL TINJAUAN KASUS	35
1. Pengkajian.....	35
2. Analisa Data	39
3. Diagnosa Keperawatan	39
4. Intervensi Keperawatan	41
5. Implementasi Keperawatan.....	43
6. Evaluasi Keperawatan	46
BAB IV PEMBAHASAN	49
1. Pengkajian.....	49
2. Diagnosa Keperawatan	50
3. Intervensi Keperawatan	51
4. Implementasi Keperawatan.....	54
5. Evaluasi Keperawatan	60
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	63
1. Kesimpulan	63
2. Saran	65
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Jantung	2
Gambar 2.2 Pathway CHF	21



BAB I

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Medis

1. Pengertian *Congestive Heart Failure*

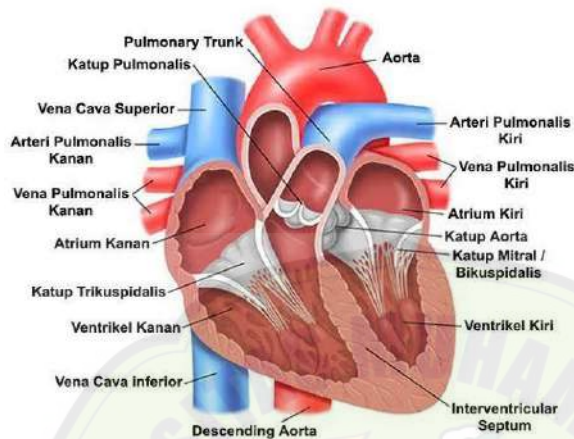
CHF adalah kondisi di mana jantung tidak mampu menyediakan aliran darah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik serta oksigenasi jaringan, meskipun aliran balik vena sudah memadai. Hal ini membuat pasien merasa cepat lelah, mengalami orthopnea, dan pembengkakan (PERKI, 2020). *Congestive Heart Failure* (CHF) merupakan suatu keadaan di mana jantung tidak berhasil mendistribusikan darah ke seluruh tubuh, sehingga jantung harus bekerja lebih keras untuk memenuhi kebutuhannya (Pratiwi, 2019).

Penyakit yang dikenal sebagai gagal jantung kongestif terjadi ketika jantung tidak dapat memompa darah dengan cukup cepat untuk memenuhi kebutuhan metabolisme jaringan atau hanya dapat melakukannya di bawah tekanan pengisian yang tinggi. Sindrom klinis serupa juga dapat terjadi pada beberapa pasien dengan gagal jantung yang disebabkan oleh kondisi di mana jantung normal tiba-tiba mengalami beban yang melebihi kapasitasnya (seperti kelebihan cairan, infark miokard akut, atau penyakit katup jantung) atau pengisian ventrikel yang terhambat, meskipun kondisi tersebut biasanya disebabkan oleh penurunan bertahap dalam kontraktilitas otot jantung. (Santos, 2019).

Menurut Nurkhalis dan Adista (2020), gagal jantung mengacu pada situasi di mana jantung tidak mampu mencapai setiap bagian tubuh untuk memenuhi kebutuhan metabolisme (*forward failure*) atau ini hanya dapat dilakukan dengan teknik pengisian jantung tinggi (*backward failure*) atau keduanya. Gagal jantung mengacu pada situasi ketika jantung tidak mampu memenuhi kebutuhan jaringan. (Lumi, 2021).

B. Anatomi Fisiologi Jantung

a. Anatomi Jantung



Gambar 2.1 Anatomi Jantung

1) Lapisan jantung

Menurut Asikin 2016, lapisan jantung terdiri dari :

- a) Perikardium merupakan lapisan yang berfungsi sebagai jantung koroner dan terdapat pada medium media. Ditemukan pada bagian belakang tubuh tulang dada dan tulang rawan dari II sampai VI.
- b) Miokardium, atau lapisan otot jantung, menerima darah dari arteri koroner. Arteri koroner kiri terbagi menjadi arteri sirkumfleks dan arteri descendens anterior.
- c) Endokardium, yaitu jantung permukaan. Bagian dinding atrium diisi dengan selaput mengkilap yang terdiri dari endotel atau selaput lendir endokardium, khusus untuk aurikula dan area sinus vena kava.

2) Ruang - Ruang jantung

- a) Atrium kanan terdiri dari ruang utama dan aurikel di bagian luar. Di bagian dalam, ia membentuk struktur seperti punggung bukit yang disebut krista terminal. Bagian utama atrium yang terletak di belakang punggung bukit memiliki dinding halus yang berkembang dari sinus venosus secara embriologis.
 - b) Ventrikel kanan terhubung ke atrium kanan melalui lubang atrioventrikular kanan dan ke arteri pulmonalis melalui lubang pulmonalis.
 - c) Atrium kiri: terdiri dari utama dan aurikel, terletak di atrium kanan, dan membentuk daerah posterior yang besar (*fascies posterior*). Terdapat perikardium sinus oblik yang mengandung perikardium fibrosa dan serosal di atrium kiri.
 - d) Ventrikel kiri terhubung ke aorta melalui lubang aorta dan ke atrium kiri melalui lubang atrioventrikular kiri. Tiga kali, ventrikel kiri lebih seimbang dibandingkan ventrikel kanan. Dibandingkan dengan tekanan di ventrikel kanan, tekanan darah di ventrikel kiri enam lebih tinggi (Asikin, 2016).
- 3) Katup Jantung
- a) Katup Atrioventrikularis. Ada dua jenis atrioventrikularis: trikuspidalis dan bikuspidalis, sering dikenal sebagai mitralis. Trikuspidalis terletak di antara ventrikel kanan dan atrium. Katup ini memiliki tiga katup daun. Atrium dan ventrikel kiri dipengaruhi oleh mitralis atau bikuspidalis. Katup ini memiliki dua katup daun.
 - b) Katup Semilunaris
Ada dua semilunaris katup: aorta dan pulmonal. Kedua katup ini memiliki bentuk yang mirip. Masing-masing katup semilunaris

mempunyai tiga simetri, seperti corong katup daun. Katup aorta terletak di antara aorta dan ventrikel kiri. Arteri pulmonalis dan ventrikel kanan dipisahkan oleh katup pulmonal. (Asikin, 2016).

4) Sirkulasi Sistem Kardiovaskuler

a) Sirkulasi Sistemik

Sirkulasi sistemik dimulai ketika aorta, arteri terbesar, dicapai oleh ventrikel kiri. Aorta ini naik ke bagian atas jantung, melengkung ke bagian bawah lengkung aorta, dan turun tepat di columna anterior yang menutupi panggul dan panggul. Arteri besar yang memasok kepala, lengan, dan jantung berasal dari arteri aorta. Sebaliknya, arteri utama yang menopang organ visceral berasal dari aorta desenden. Akibatnya, setiap organ, termasuk jantung, menerima sirkulasi darah dari arteri-arteri yang muncul dari aorta.

b) Sirkulasi Pulmonal

Sirkulasi paru dimulai ketika darah dipompa oleh ventrikel kanan ke arteri pulmonalis utama. Arteri ini kemudian terbagi menjadi dua, yaitu arteri pulmonalis kanan dan kiri, yang bertanggung jawab atas sebagian besar sirkulasi paru. Vena darah ini mengalami oksigenasi selama alirannya melalui kapiler paru. Setelah itu, darah kembali ke jantung melalui vena pulmonalis ke atrium kiri, yang kemudian dialihkan ke ventrikel kiri. Kebutuhan metabolisme paru tidak dipengaruhi oleh sirkulasi paru atau bronkial. Jenis sirkulasi ini berasal dari arteri interkostalis, yang merupakan cabang dari aorta. Vena besar dari sirkulasi bronkial berakhir di atrium kanan, meskipun beberapa vena kecil masuk ke vena pulmonalis.

c) Sirkulasi Koroner

Pasokan darah dari arteri koronaria kiri dan kanan memenuhi kebutuhan jantung. Di belakang tonjolan katub aorta di dasar aorta, arteri-arteri ini keluar dari sinus aorta. Sementara arteri koronaria kiri berjalan di antara arteri pulmonalis dan atrium kiri, arteri koronaria kanan menuju sulkus koroner, atau sulkus atrioventrikuler (Asikin, 2016).

b. Fisiologi Jantung

Menurut Aspiani (2016), siklus jantung adalah kumpulan peristiwa yang terjadi dalam satu irama jantung. Siklus jantung yang paling sederhana terdiri dari kontraksi bersamaan kedua atrium sebelum kontraksi bersamaan kedua ventrikel dalam beberapa detik. Satu siklus jantung setara dengan satu periode sistol, yang menunjukkan kontraksi ventrikel, dan satu periode diastol, yang menunjukkan relaksasi ventrikel. Siklus jantung normal dimulai dengan sel pacemaker depolarisasi spontan dari *SA node* dan berakhir dengan relaksasi ventrikel.

Pada siklus jantung, pergerakan darah dari ventrikel ke arteri berbeda karena sistol atau kontraksi atrium diikuti oleh sistol ventrikel. Kontraksi atrium diikuti oleh relaksasi ventrikel, dan ventrikel mulai berkontraksi. Tekanan darah menekan darah melawan daun katup atrioventrikuler kanan dan kiri dan menutup katup semilunar aorta dan pulmonalis. Kedua ventrikel kemudian melanjutkan kontraksi, memompa darah ke arteri. Setelah itu, ventrikel merelaksasi saat darah kembali mengalir ke atrium. Siklus ini berulang lagi. Curah jantung adalah jumlah darah yang dipompakan ventrikel setiap saat. Curah jantung sekitar 5 liter per menit adalah normal pada orang dewasa, tetapi sangat bervariasi tergantung pada metabolisme dan kebutuhan tubuh. Volume sekuncup kali frekuensi jantung sebanding dengan kecepatan jantung.

1) Beban Awal (Pre-Load).

- a) Preload adalah jumlah darah yang ada dalam ventrikel pada akhir diastol.
- b) Volume darah yang ada dalam ventrikel pada akhir diastol tergantung pada pengambilan darah dari pembuluh vena dan pengembalian darah dari pembuluh vena, serta tonus otot.
- c) Isi ventrikel menegangkan serabut miokardium. Dalam keadaan normal, sarkomer, atau unit kontraksi sel miokardium, teregang sekitar 2 milimeter, dan peregangan ini menjadi lebih panjang jika isi ventrikel lebih besar.
- d) Hukum Frank Starling mengatakan bahwa kekuatan kontraksi dan curah jantung terkait dengan regangan otot jantung. Dalam kondisi preload, volume darah yang masuk ke ventrikel meningkat.
- e) Peregangan sarkomer yang ideal adalah sekitar $2,2 \mu\text{m}$. Jika peregangan melebihi $2,2 \mu\text{m}$, kekuatan kontraksi berkurang, yang berarti isi sekuncup berkurang. Daya kontraksi: kekuatan kontraksi otot jantung memengaruhi curah jantung, tekanan ventrikel, dan kekuatan kontraksi otot jantung.
- f) Kondisi miokardium, keseimbangan elektrolit, khususnya kalium, natrium, dan kalsium, dan kondisi konduksi jantung memengaruhi daya kontraksi.

2) Beban akhir (After- Load)

- a) Beban akhir adalah jumlah tegangan yang harus dikeluarkan ventrikel selama kontraksi untuk mengeluarkan darah dari ventrikel melalui katup semilunar aorta.
- b) Beban akhir terutama dipengaruhi oleh tahanan pembuluh darah perifer dan ukuran pembuluh darah. Beban akhir yang lebih tinggi dapat

disebabkan oleh tahanan pembuluh darah perifer yang lebih tinggi, seperti yang disebabkan oleh hipertensi atau vasokonstriksi, dan isi sekuncup yang lebih rendah dapat disebabkan oleh kondisi

- c) Isi sekuncup ini kira-kira 70 mililiter dalam keadaan normal, yang berarti curah jantung kira-kira 5 liter. Ini bukan jumlah yang cukup, tetapi aktivitas tubuh memengaruhinya.
- d) Curah jantung yang meningkat saat bekerja keras, stres, suhu yang meningkat, kehamilan, dan setelah makan Curah jantung akan turun saat Anda tidur (Aspiani, 2016).

C. Etiologi

Menurut Leniwita & Anggriani (2020), banyak kondisi atau penyakit yang dapat menjadi penyebab *Congestive Heart Failure* (CHF) antara lain :

c. Faktor predisposisi

- 1) Usia lebih dari 60 tahun membuat tubuh kita mengalami penuaan. Penuaan ini mempengaruhi baroreseptor yang berperan penting dalam mengatur tekanan pada pembuluh darah dan elastisitas arteri jantung. Ketika arteri menjadi kurang lentur, tekanan dalam pembuluh darah meningkat. Hal ini menyebabkan kontraktilitas otot jantung menurun.
- 2) Faktor jenis kelamin juga berdampak pada kesehatan jantung. Seorang wanita mulai kehilangan hormon estrogen saat menopause. Hormon ini hilang, yang mengganggu pengaturan metabolisme hati. Akibatnya, *Low Density Lipoprotein* (LDL) dapat meningkat dan membentuk plak pada arteri jantung. Plak ini dapat mengganggu aliran darah coroner dan menyebabkan pompa jantung tidak efektif.
- 3) Kesehatan jantung juga dapat dipengaruhi oleh penyakit jantung bawaan. Sebagian bayi dilahirkan dengan katup jantung yang tidak sempurna atau sekat ruang jantung yang tidak lengkap. Kondisi ini menyebabkan jantung

yang sehat bekerja lebih keras untuk memompa darah, yang berpotensi menyebabkan gagal jantung.

d. Faktor Presipitasi

1) Kebiasaan merokok

Ketika seseorang menghisap rokok, karbon monoksida dan nikotin yang terkandung dalam rokok masuk ke dalam tubuh mereka, menyebabkan penurunan kadar oksigen dalam darah. Dengan demikian, tekanan darah dapat meningkat dan pasokan oksigen ke jantung dapat terhambat. Kondisi ini dapat menyebabkan kekurangan oksigen dan penurunan kinerja jantung, yang pada akhirnya dapat menyebabkan jantung tidak dapat memompa darah dengan baik.

2) Diabetes Mellitus: Sirkulasi darah di arteri koroner dapat terpengaruh oleh kadar gula dalam darah yang tinggi dan tidak terkontrol. Akibatnya, otot jantung tidak mendapatkan nutrisi dan oksigen yang cukup, yang mengakibatkan penurunan kemampuan jantung untuk berkontraksi.

3) Obesitas

Akumulasi dapat terjadi di dinding arteri karena akumulasi lemak di tubuh dan dalam darah, terutama tingkat kolesterol jahat/LDL (*Low Density Lipoprotein*). Hal ini menyebabkan plak muncul di arteri jantung, mengubah aliran darah koroner, dan membuat pompa jantung tidak berfungsi dengan baik.

4) Hipertensi Sistemik/Pulmonal: Akibat *afterload* yang lebih besar, jantung harus menanggung lebih banyak beban, yang pada gilirannya menyebabkan hipertrofi serabut otot jantung (*hipertensi miokard*), yang dapat dianggap sebagai mekanisme kompensasi karena kontraktilitas jantung meningkat. Namun, ada alasan yang tidak jelas mengapa hipertrofi otot jantung

membuatnya tidak dapat bekerja dengan baik dan pada akhirnya menyebabkan gagal jantung.

- 5) Kelainan atau Kerusakan Otot Jantung (*Cardiomiopati*) Ketika otot jantung cedera atau mengalami masalah, proses pemompaan darah akan terhambat.
- 6) Hipertiroid

Jika ada tingkat hormon tiroid yang tinggi dalam darah, detak jantung akan lebih cepat, memaksa jantung untuk bekerja lebih keras. Akibatnya, detak jantung dapat menjadi sangat lambat atau sangat cepat, serta tidak teratur. Aritmia dapat menyebabkan jantung bekerja lebih buruk, mengubah bentuknya, dan pada akhirnya menyebabkan gagal jantung.

D. Klasifikasi

- a. Menurut gejala dan intensitas gejala
 - 1) Gagal Jantung Akut: Gejala muncul secara mendadak, biasanya selama beberapa hari atau beberapa jam.
 - 2) Gagal Jantung Kronik: Gejala muncul selama beberapa bulan hingga 17 tahun dan mengganggu kehidupan sehari-hari.
- b. Gagal Jantung Menurut Letaknya
 - a. Gagal jantung kanan terjadi ketika ventrikel kanan tidak dapat memompa darah dengan cukup; kondisi ini juga dikenal sebagai disfungsi sistolik dan diastolik.
 - b. Gagal jantung kiri paling sering menyebabkan gagal jantung kanan, tetapi gagal jantung kiri juga bisa terjadi jika ventrikel kiri berfungsi normal dan tidak menyebabkan gagal jantung kiri. Penyakit paru-paru dan hipertensi arteri pulmonalis primer adalah beberapa penyebab gagal jantung kanan (Rohm, 2017).

c. NYHA (*New York Heart Association*) mengklasifikasikan gagal jantung berdasarkan gejala klien :

1) Kelas I

Penderita tidak mengalami hambatan dalam melakukan aktivitas fisik. Kegiatan fisik sehari-hari tidak menyebabkan rasa lelah, sesak napas, atau berdebar.

2) Kelas II

Terdapat sedikit hambatan dalam aktivitas fisik, penderita merasa nyaman saat beristirahat, namun kegiatan fisik yang berat bisa memicu rasa lelah, sesak napas, atau berdebar.

3) Kelas III

Memiliki keterbatasan yang jelas dalam melakukan aktivitas fisik; mereka merasa nyaman saat istirahat, tetapi gejala muncul saat melakukan aktivitas yang lebih ringan dari yang biasa mereka lakukan.

4) Kelas IV

memiliki gejala yang muncul saat melakukan aktivitas yang lebih ringan dari yang biasa mereka lakukan. Penderita tidak nyaman melakukan apa pun. Gejala muncul bahkan saat beristirahat dan menjadi lebih buruk saat bergerak.

E. Patofisiologi

Menurut Smeltzer (2016) dalam Bariyatun (2018), penyebab *Congestive Heart Failure* (CHF) adalah kegagalan otot jantung untuk berkontraksi dengan baik, yang menyebabkan output jantung yang lebih rendah daripada tingkat normal. Gagal jantung terjadi jika cadangan jantung tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh, menurut Muttaqin (2014) dalam Bariyatun (2018). Aterosklerosis koroner, hipertensi arteri, dan penyakit otot degeneratif atau inflamasi dapat menyebabkan gangguan fungsi otot jantung karena mengganggu

aliran darah ke otot jantung, yang menyebabkan hipoksia dan asidosis. Sebelum gagal jantung, infark miokardium sering terjadi.

Jantung mengalami pertumbuhan lebih banyak serabut otot karena hipertensi sistemik atau pulmonal. Kondisi ini dapat dianggap sebagai kompensasi karena mencoba meningkatkan kontraktilitas, tetapi entah bagaimana hipertrofi otot jantung menyebabkan gagal jantung. Gagal jantung terkait erat dengan inflamasi dan penyakit miokardium karena kondisi ini merusak serabut jantung secara langsung, mengurangi kontraktilitas jantung. Bisa saja ventrikel kanan dan kiri gagal secara terpisah. Gagal ventrikel kiri murni sama dengan edema paru akut, dan gagal ventrikel kanan biasanya terjadi sebelum gagal ventrikel kiri. Karena kedua ventrikel bekerja bersamaan, kegagalan salah satu dari mereka dapat mengganggu perfusi jaringan (Nugroho, 2019).

Congestive Heart Failure (CHF) dapat dimulai di sisi kiri atau kanan jantung. Untuk ilustrasi, hipertensi sistemik yang berlangsung lama dapat menyebabkan ventrikel kiri menjadi lebih besar dan lebih lemah. Jika ventrikel kiri melemah, darah akan kembali ke atrium dan kemudian menuju paru-paru, ventrikel kanan, dan atrium kanan. Jadi, gagal jantung di sisi kiri dapat mengakibatkan gagal jantung di sisi kanan. Karena darah tidak dipompa dengan baik dari sisi kanan jantung, darah mulai terakumulasi di sistem vena perifer, menurunkan volume darah dalam sirkulasi, menurunkan tekanan darah, dan memperburuk siklus gagal jantung.

F. Manifestasi Klinis

Tanda utama dari kegagalan jantung adalah bertambahnya jumlah darah dalam pembuluh darah. Penumpukan cairan di jaringan muncul karena meningkatnya tekanan pada arteri dan vena yang disebabkan oleh berkurangnya curah jantung saat terjadi gagal jantung. Berdasarkan Pratiwi (2018), gejala-gejala gagal jantung adalah sebagai berikut:

e. Gagal Jantung Kiri

Mengakibatkan penumpukan cairan di paru-paru dan mengganggu sistem pengaturan pernapasan.

Gejala:

- 1) Sesak napas adalah kondisi di mana seseorang mengalami kesulitan bernapas karena tubuh mereka menerima jumlah oksigen yang tidak cukup untuk memenuhi kebutuhannya.
- 2) Sesak napas saat berbaring: kondisi di mana seseorang merasa sulit bernapas ketika berada dalam posisi berbaring.
- 3) Batuk: Batuk yang disebabkan oleh gagal jantung ventrikel biasanya kering dan tidak menghasilkan dahak, tetapi biasanya berdahak dengan banyak sputum berbusa dan kadang-kadang bercak darah.
- 4) Kelelahan : ketika seseorang merasa lelah setelah melakukan aktivitas fisik sehari-hari, mereka.
- 5) Suara napas abnormal
- 6) Kecemasan dan ketidaknyamanan: muncul akibat kurangnya oksigen di jaringan, tekanan emosional dari kesulitan bernapas, dan kesadaran bahwa jantung mengalami masalah.

f. Gagal Jantung Kanan

Meningkatan pada vena sistemik

Gejala:

- 1) Edema di kaki adalah pembengkakan yang terjadi karena penumpukan cairan di jaringan, terutama di area kaki.
- 2) Kenaikan berat badan.
- 3) Distensi vena jugularis: tekanan yang meningkat pada vena jugularis merupakan gejala dari masalah jantung.

- 4) Pembesaran vena hati menyebabkan pembesaran hati dan rasa sakit saat ditekan di kuadran kanan atas perut.
- 5) Pembesaran vena hati, yang mengeluarkan cairan dari perut, meningkatkan tekanan pada pembuluh portal, yang menyebabkan asitas.
- 6) Kehilangan nafsu makan.
- 7) Rasa mual.
- g. Secara umum, peningkatan CPV dapat menyebabkan perfusi oksigen ke jaringan yang lebih rendah, yang dapat menyebabkan gejala seperti pusing, kelelahan, ketidaktoleranan terhadap aktivitas, dan ekstremitas dingin.

G. Pemeriksaan Penunjang

a. *Elektrokardiogram (EKG)*

Setiap pasien yang dicurigai mengalami gagal jantung harus menjalani elektrokardiogram. Keluaran elektrokardiogram yang tidak normal seringkali dikaitkan dengan gagal jantung. Namun, jika hasilnya normal, kemungkinan diagnosis gagal jantung, terutama yang terkait dengan disfungsi sistolik, sangat rendah.

b. Foto Thoraks

Merupakan bagian penting dari diagnosis gagal jantung. Röntgen dada dapat menunjukkan penumpukan cairan di paru-paru, efusi pleura, pembesaran jantung, dan penyakit atau infeksi paru yang memperburuk sesak napas. Gagal jantung mendadak atau berkepanjangan mungkin tidak menunjukkan pembesaran jantung.

c. Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan darah tepi lengkap (hemoglobin, leukosit, trombosit), kadar elektrolit, kreatinin, estimasi laju filtrasi glomerulus (eGFR), glukosa, fungsi

hati, dan analisis urin dilakukan pada pasien yang dicurigai mengalami gagal jantung. Kondisi klinis yang terlihat mendorong pertimbangan untuk pemeriksaan tambahan. Meskipun pasien dengan gejala ringan hingga sedang yang belum mendapat pengobatan jarang mengalami masalah hematologis atau ketidakseimbangan elektrolit yang signifikan, anemia ringan, kadar natrium yang rendah, kadar kalium yang tinggi, dan penurunan fungsi ginjal sering terjadi, terutama pada pasien yang mendapatkan terapi dengan diuretik dan/atau ACE-I (*inhibitor enzim pengubah angiotensin*), ARB (penghambat reseptor angiotensin), atau ARNI (*inhibitor reseptor angiotensin*).

d. Troponin I atau T

Jika ada indikasi klinis yang menunjukkan kemungkinan sindrom koroner akut, pemeriksaan troponin harus dilakukan. Kadar troponin kardial yang lebih rendah biasanya ditemukan pada pasien dengan gagal jantung berat atau saat dekompensasi gagal jantung terjadi pada orang yang tidak mengalami iskemia miokard.

e. Ekokardiografi

Untuk mendeteksi gagal jantung dengan fraksi ejeksi normal, elektrokardiografi adalah prosedur yang sangat penting (PERKI, 2020)

2. Penatalaksanaan

a. Penatalaksanaan Medis

Untuk mengurangi *preload* dan *afterload*

1) Obat utama: diuretik untuk mengurangi afterload pada masalah sistolik dan penumpukan cairan di paru-paru pada masalah diastolik.

2) Obat kedua: penghambat ACE, yang membantu meningkatkan CVP dan meringankan beban kerja jantung.

- a) Digoxin, yang meningkatkan kemampuan kontraksi, tidak direkomendasikan untuk gagal diastolik, yang membutuhkan pengembangan ventrikel untuk relaksasi.
- b) *Hidralazin* menurunkan afterload pada masalah sistolik.
- c) *Isobarbide dinitrat* menghindari vasodilator pada masalah sistolik dengan mengurangi preload dan afterload.
- d) Blokator jalur kalsium: digunakan untuk gagal diastolik dengan meningkatkan relaksasi dan pengisian ventrikel. Ini tidak disarankan untuk CHF kronik. Karena mereka dapat menekan respons miokard, beta blocker seringkali tidak disarankan. digunakan pada masalah diastolik untuk mengurangi denyut jantung, mengurangi tekanan darah, mengurangi hipertrofi ventrikel kiri, dan mencegah iskemia miokard (Pratiwi, 2018).
- b. Penatalaksanaan Nonfarmakologis
 - 1) *Congestive Heart Failure* (CHF) akut
 - a) Oksigenasi (melalui ventilasi mekanik)
 - b) Pengurangan cairan (tidak lebih dari 1,5 liter per hari)
 - 2) *Congestive Heart Failure* (CHF) kronik
 - a) Mengikuti diet yang membatasi konsumsi natrium (tidak lebih dari 4 gram per hari untuk mengurangi edema)
 - b) Menghentikan penggunaan obat-obatan yang memperparah, seperti NSAID, karena efek prostaglandin pada ginjal menyebabkan retensi air dan natrium.
 - c) Mengurangi jumlah cairan yang dikonsumsi setiap hari (kurang lebih 1.200 hingga 1.500 mililiter).
 - d) Melakukan olahraga secara teratur.
 - e) *Deep breathing exercise*

Salah satu jenis latihan pernapasan yang dapat digunakan dalam praktik keperawatan adalah latihan pernapasan mendalam. Ini bertujuan untuk memperkuat kemampuan otot pernapasan, yang pada gilirannya dapat meningkatkan *compliance* paru-paru, yang membantu meningkatkan ventilasi dan oksigenasi (Nirmalasari, 2017). Untuk mengatur dan memperlambat proses pernapasan, teknik pernapasan dengan menggunakan bibir diafragma dan penekanan digunakan. Pernapasan dengan bibir yang berkerut dilakukan dengan mengeluarkan napas secara perlahan sambil mengerutkan bibir. Teknik ini dimaksudkan untuk mengurangi sesak napas dan mengontrol pernapasan saat diperlukan saat bergerak dan melakukan kegiatan sehari-hari (Alkan, 2017)

Fisiologi latihan pernapasan dalam dalam (*deep breathing exercise*): Latihan pernapasan dalam dapat meningkatkan fungsi saraf parasimpatis dan mengurangi aktivitas saraf simpatis, yang berkontribusi pada peningkatan aktivitas fisik. Sebaliknya, aktivitas saraf simpatis berkontribusi pada peningkatan aktivitas fisik, yang dapat menyebabkan penurunan metabolisme. Latihan pernapasan dalam, yang meningkatkan aliran oksigen dan mengurangi kebutuhan oksigen otak, secara tidak langsung mengurangi produksi asam laktat. Ini diharapkan dapat mengembalikan keseimbangan pasokan oksigen otak.

Pernapasan yang dalam dapat merangsang sistem saraf otonom melalui pelepasan neurotransmitter endorfin, yang mengurangi aktivitas saraf simpatis dan meningkatkan aktivitas saraf parasimpatis. Aktivitas saraf simpatis menghasilkan peningkatan aktivitas tubuh, sedangkan respons saraf parasimpatis berkonsentrasi pada

pengurangan dan relaksasi tubuh, yang dapat mengurangi metabolisme (Alkan, 2017).

Tujuannya adalah untuk meningkatkan kapasitas otot-otot pernapasan sehingga paru-paru lebih responsif, yang berarti mereka dapat meningkatkan ventilasi dan mengoptimalkan oksigenasi (Nirmalasari, 2017). Perawatan untuk mengurangi *dyspnea* adalah melakukan latihan pernapasan dalam-dalam. Teknik ini digunakan untuk mempertahankan kontrol dan memudahkan aliran di alveoli secara optimal selama proses ekshalasi. Saat inspirasi dan ekspirasi, pernapasan dengan bibir terkutup meningkatkan pertukaran gas, memperlambat frekuensi pernapasan, meningkatkan volume udara yang masuk, dan meningkatkan aktivasi otot. Metode pernapasan ini dapat membantu mengurangi tingkat *dyspnea* (Alkan, 2017).

Indikasi dan Kontraindikasi. Latihan pernapasan dalam dapat diterapkan pada semua pasien yang memiliki kondisi hemodinamik yang stabil. Kontraindikasi Pasien yang mengalami perubahan signifikan seperti nyeri hebat, kesulitan bernapas yang parah, dan situasi darurat.

Prosedur (a) Persiapan Peralatan: Siapkan tisu dan alat bengkok, atur tempat tidur IGD agar nyaman, dan siapkan bantal sesuai kebutuhan dan kenyamanan pasien. (b) Persiapan pasien: Bicarakan tentang materi, waktu, lokasi, dan tujuan latihan pernapasan dalam. (c) Persiapan lingkungan: Jaga privasi pasien dan ciptakan suasana yang nyaman.

Mencuci tangan dilakukan sesuai prosedur. (b) Menemukan pasien dengan status hemodinamik yang stabil. (c) Melakukan pemeriksaan tentang masalah pernapasan. (d) Menemukan pasien

yang tidak mengalami nyeri berat, sesak napas yang parah, atau kondisi darurat. (e) Memastikan bahwa klien dalam keadaan sadar dan mampu mengikuti instruksi dengan baik. (f) Menempatkan klien berbaring di atas tempat tidur dengan kepala lebih tinggi, jika memungkinkan; jika memungkinkan, gunakan posisi semi fowler atau fowler/duduk; dan (g) Mengubah posisi bantal untuk meningkatkan kenyamanan klien. (h) Jika sekret meningkat, berikan instruksi tentang cara batuk yang baik dengan menarik napas dalam dan perlahan melalui mulut dan hidung selama 1-5 hitungan, lalu mulai batuk dengan lembut, menampung dahak di siku. Jika diperlukan, lakukan suction untuk mengeluarkan sekret dari saluran napas bawah. (i) Mengajarkan klien untuk menghirup napas dalam dengan perlahan melalui mulut dan hidung sampai perut tumbuh sepenuhnya. Menghembuskan udara perlahan-lahan melalui mulut dengan bibir tertutup setelah menahan napas selama satu hingga enam hitungan. (j) Meminta klien untuk melakukan latihan mandiri sebanyak tiga puluh kali napas dalam selama tiga puluh menit dengan jeda istirahat tiga puluh menit. Latihan ini dilakukan enam kali sehari selama empat hari siang dan malam. Setiap sesi latihan dibagi menjadi tiga fase selama sepuluh menit berdasarkan toleransi klien dan jeda untuk batuk yang efektif. (k) Memeriksa keteraturan latihan dan mengantisipasi toleransi kemampuan klien dan perkembangan kondisinya. (l) Memeriksa kondisi pernapasan klien. (m) Membersihkan alat dan mencuci tangan sesuai prosedur. (n) Mendokumentasikan tindakan yang dilakukan.

3. Komplikasi

Menurut Maajid (2018) beberapa komplikasi yang terjadi akibat gagal jantung:

a. Syok Kardiogenik

Ada masalah dengan fungsi ventrikel kiri yang dapat mengganggu perfusi jaringan, yang merupakan tanda syok kardiogenik. Syok kardiogenik yang disebabkan oleh infark miokardium akut biasanya menyebabkan kehilangan 40% atau lebih dari jaringan otot ventrikel kiri dan nekrosis yang menyebar di seluruh ventrikel sebagai akibat dari ketidaksesuaian antara jumlah oksigen yang diperlukan oleh miokardium dan jumlah oksigen yang tersedia.

b. Edema Paru

Edema paru mirip dengan edema di bagian tubuh lainnya. Kondisi ini dapat disebabkan oleh segala sesuatu yang menyebabkan peningkatan cairan interstitial di paru-paru dari tingkat negatif ke tingkat positif.

c. Efusi Perikardial dan Tamponade Jantung

Efusi perikardium adalah istilah yang mengacu pada penumpukan cairan di dalam kantong perikardium. Dalam keadaan normal, ada kira-kira lima puluh mililiter cairan di dalam ruang perikardium, yang mengumpulkan secara bertahap tanpa menimbulkan gejala apa pun. Namun, efusi yang cepat dapat menyebabkan perikardium mengembang sepenuhnya, yang dapat mengurangi densitas jantung dan mengurangi aliran vena kembali ke jantung. Situasi ini menyebabkan tamponade jantung.

d. Hepatomegali

Jika terjadi regurgitasi trikuspid, hati yang membesar seringkali sakit dan bisa berdenyut selama fase sistol.

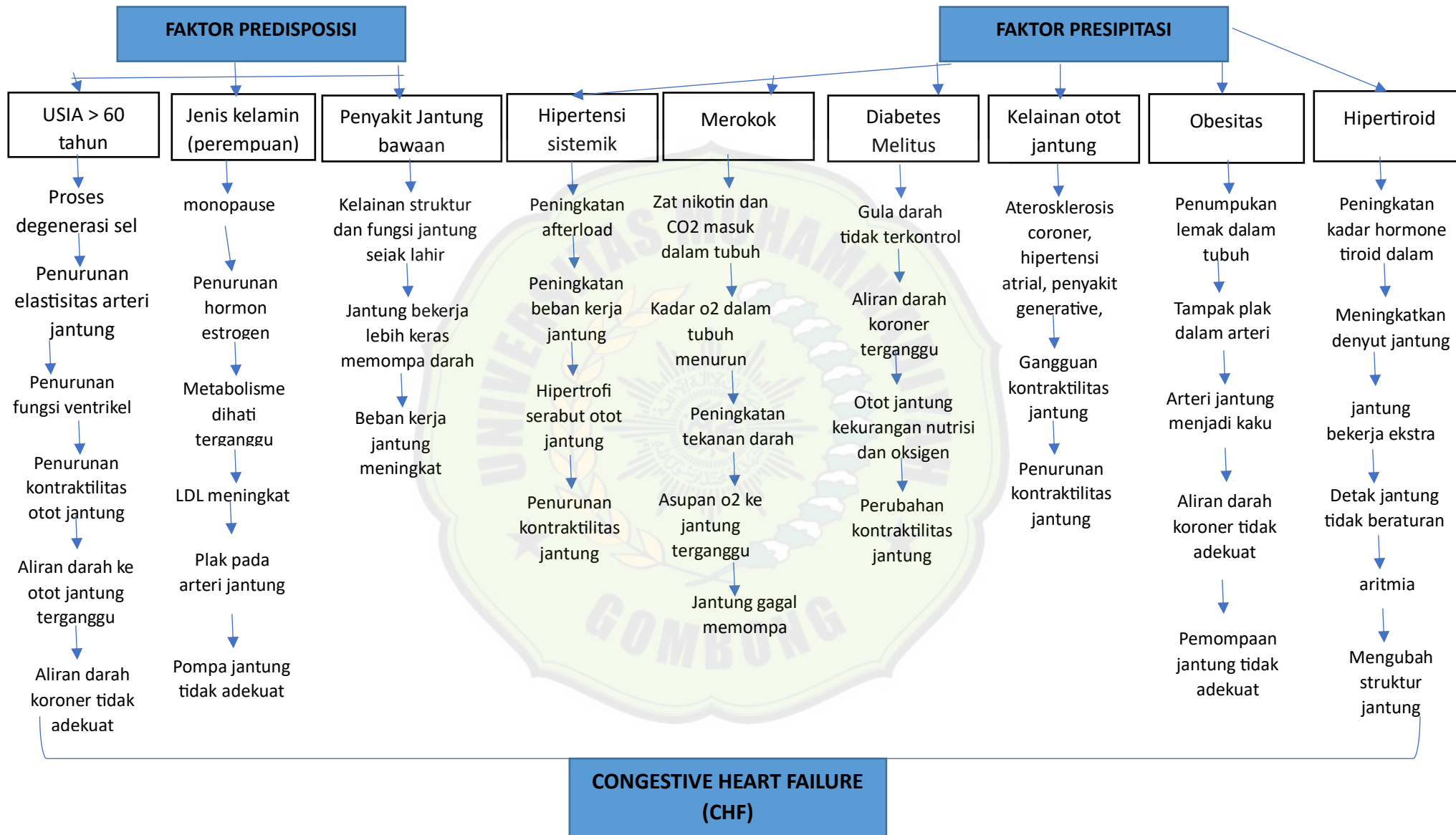
e. Kasus Tromboemboli

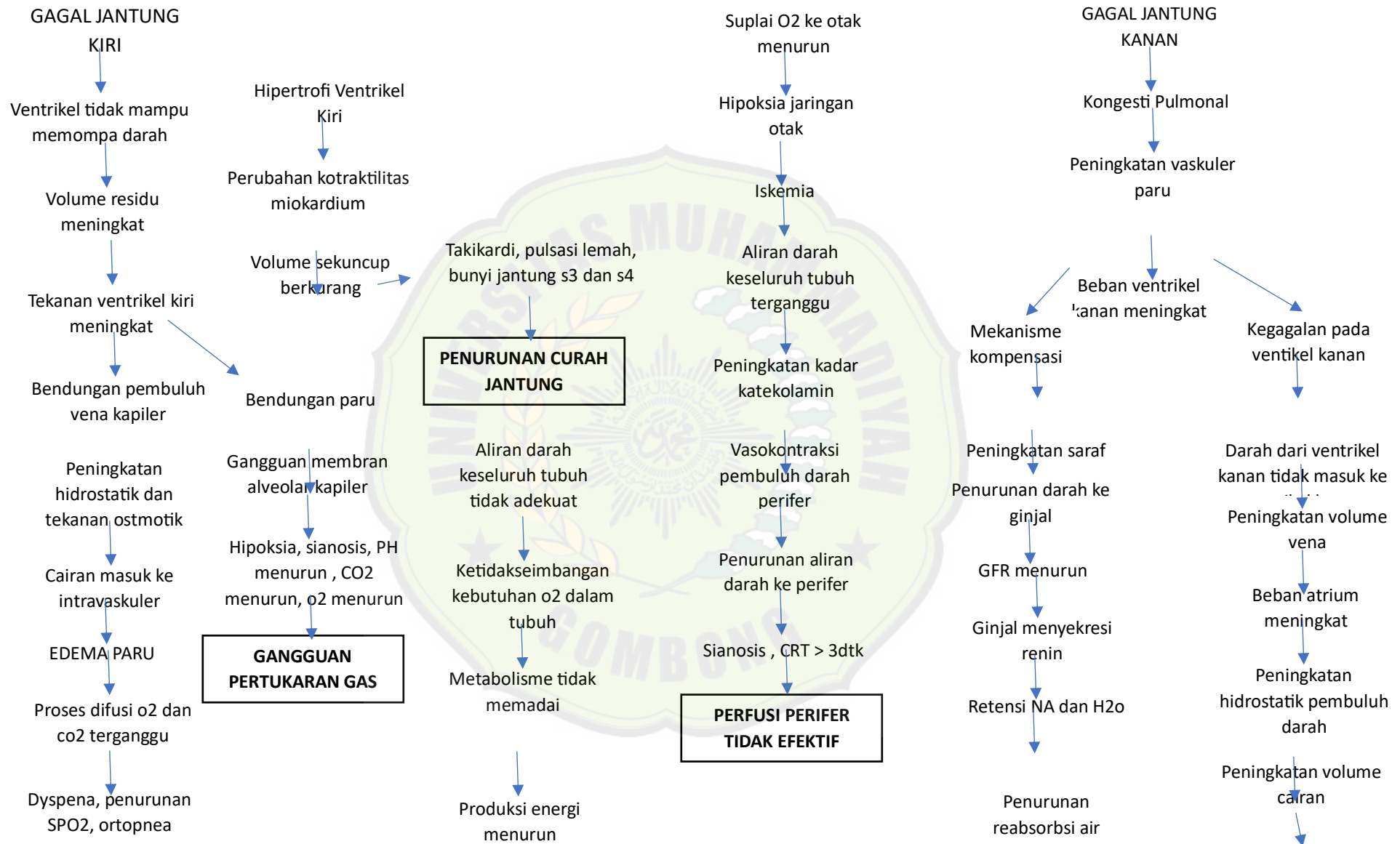
Dalam sistem kardiovaskular, yang terdiri dari arteri, vena, dan ruang jantung, bekuan darah yang mengendap dapat menyebabkan kasus tromboemboli.

f. Hidrotoraks

Jumlah cairan eksudat yang terkumpul di dalam rongga pleura sebagai akibat dari pelepasan cairan dari pembuluh darah (Aspiani, 2016).









DAFTAR PUSTAKA

- Asikin, M., dkk. (2016). Keperawatan medikal bedah sistem muskuloskeletal. Jakarta: Erlangga.
- Aspiani, R. Y. (2016). Buku ajar asuhan keperawatan klien gangguan kardiovaskular aplikasi *NIC & NOC*. Jakarta: EGC
- Asteria, B. C., Sani, F. N., Rosita, A., & Kurniawan, Y. D. (2025). *Implementasi Teknik Active Cycle Of Breathing (ACBT) Sebagai Asesmen Terhadap Dispnea pada Pasien Gagal Jantung*. Jurnal Pustaka Keperawatan, 4(1). <https://doi.org/10.55382/jurnalpustakakeperawatan.v4i1.1513>
- Aulia, D., & rekan. (2022). *Efektivitas pemberian posisi semi Fowler terhadap peningkatan saturasi oksigen pada pasien Congestive Heart Failure (CHF) yang mengalami sesak nafas: Literatur review*. Jurnal Lintas Health, 5(2). <https://doi.org/10.37287/jlh.v5i2.3522>
- Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing. (2022). *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing*. Wolters Kluwer.
- Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah. (2021). Buku ajar keperawatan medikal bedah. EGC.
- Cochrane Review. *Breathing Exercises for Chronic Obstructive Pulmonary Disease*.
- Diansya, M. R., Hidayati, L., Widyawati, I. Y., & Nurviana, D. E. (2025). *Application of Deep Diaphragmatic Breathing in Cases of Acute Decompensated Heart Failure with Ineffective Breathing Patterns in Surabaya Hospitals*. Critical Medical and Surgical Nursing Journal, 14(2). <https://doi.org/10.20473/cmsnj.v14i2.60079>
- Fadhila, N. A. J., Rumahorbo, H., & Sudirman. (2023). *The Effectiveness of Combination of Back Massage and Deep Breathing Exercises on Changes in Hemodynamic Status (SpO2) Patients of Congestive Heart Failure*. NurseLine Journal, 8(1). <https://doi.org/10.19184/nlj.v8i1.32302>
- Febyastuti, I. W., Widyaningtyas, N. H., & Zakaria, E. D. (2024). *Studi Kasus: Penerapan*

- Pursed Lip Breathing dan Diaphragmatic Breathing Exercise pada Pasien Congestive Heart Failure dengan Sesak Napas di Instalasi Gawat Darurat. Holistic Nursing and Health Science*, 6(2), 86–95.
<https://doi.org/10.14710/hnhs.6.2.2023.86-95>
- Hendrik cahyo kristanto & Ekan Faozi. (2021). *Nursing Of Congestive Heart Failure (CHF) Patients In The Fullment Of Oxygenation Needs*.
- Hinkle JL, Cheever KH. *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing*. 15th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2022.
- Jamilah, M., & Mutarobin. (2023). *The Effect of Deep Breathing Exercise on the Level of Dyspnea in Heart Failure at the Depok City Hospital*. *Journal of Health and Cardiovascular Nursing*, 3(1). <https://doi.org/10.36082/jhcn.v3i1.1052>
- Karsono. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Sistem Kardiovaskule*. Jakarta: TIM.
- Lippi, & Gomar. (2020). *Global epidemiology and future trends of heart failure*. *AME*
- Maulida AFD & Kristinawati B. (2025). *Efektivitas Hand Held Fan Therapy Dalam Mengelola Dyspnea Pada Pasien CHF*. *Medical Journal*, 1-6.
- Lumi, A. P. (2021). *Rehabilitasi Jantung Pada Pasien Gagal Jantung Kronik*. *Jurnal Biomedik*. Mohammad Ali, E. S. (2022). *Pengaruh Deep Breathing Exercise Pada Kasus Pneumonia Terhadap Penurunan Sesak Dengan Parameter Dyspnea Severity Scale di RS Paru Dr. M. Goenawan Partowidigdo*. *Jurnal Fisioterapi dan Kesehatan Indonesia*, 53-60.
- McDonagh TA, Metra M, Adamo M, et al. *2023 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure*. *European Society of Cardiology*
- Nirmalasari, N. (2017). *Deep Breathing Exercise dan Active Range Of Motion Efektif Menurunkan Dyspnea Pada Pasien Congestive Heart Failure*. *Nurse Line Journal*.
- Nurkhalis, & Adista, R. J. (2020). *Manifestasi Klinis Dan Tatalaksana Gagal Jantung*. *Jurnal Kedokteran Nanggroe Medika*, 36-46.

- Nurdiansyah, D. I. (2021). Analisis asuhan keperawatan dengan masalah keperawatan gangguan pertukaran gas dalam pemberian deep breathing exercise pada pasien CHF (Congestive Heart Failure) di Ruang Kemuning RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto (Karya Ilmiah Akhir). Universitas Muhammadiyah Gombong
- Nursalam. (2017). Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika.
- Pambudi, A. (2025). Asuhan keperawatan pada pasien gagal jantung kongestif dengan penurunan curah jantung di RS PKU Muhammadiyah Petanahan (Tesis). Universitas Muhammadiyah Gombong
- Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia. (2020). Pedoman tatalaksana gagal jantung edisi kedua. Jakarta: PP PERKI.
- Purnama Sari D, Mustain M, Maksum M. Gambaran Pengelolaan Hipervolemia pada Gagal Jantung Kongestif di Rumah Sakit. *Jurnal Keperawatan Berbudaya Sehat*. 2023;1(1):9–15.
- Oktavianus, & Febriana. (2014). Asuhan Keperawatan Pada Kardiovaskuler Dewasa. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Pratiwi, Z. A. (2019). Gagal jantung kronik. Fakultas Kedokteran Universitas Muslim Indonesia, Makassar.
- Purwowiyoto. (2017). *Bstructive Sleep Apnea* dan Gagal Jantung. Jurnal Kedokteran Yars .
- Putri, N., & rekan. (2023). *Penerapan pursed lip breathing dan diaphragmatic breathing exercise pada pasien Congestive Heart Failure dengan sesak napas*. *Holistic Nursing and Health Science*, 6(2), 86–95. <https://doi.org/10.14710/hnhs.6.2.2023.86-95>
- Rahmawati, A., & rekan. (2024). *Pengaruh handheld fan untuk mengurangi sesak nafas pada pasien CHF di ruang IGD RSUD Temanggung*. *Jurnal Keperawatan Terpadu*, 6(2). <https://doi.org/10.31004/jkt.v6i2.45520>

Ramadhana, A. S. (2020). Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Pada Pasien Dengan Stroke

Hemoragik Di Ruang Instalasi Gawat Darurat. Universitas Kusuma Husada Surakarta .

Salamah, U. (2021). Analisis asuhan keperawatan penerapan *slow deep breathing* pada pasien

gagal jantung kongestif dengan ketidakefektifan pola nafas di ICCU (Karya Ilmiah Akhir). Universitas Muhammadiyah Gombong

Setyoningsih N, dkk. (2025). Pengaruh Handheld Fan Untuk Mengurangi Sesak Nafas Pada

Pasien *CHF*.

Siregar, N., & rekan. (2023). Implementasi posisi *semi Fowler* dengan masalah keperawatan

pola nafas tidak efektif pada pasien *Congestive Heart Failure (CHF)*. Journal of Medical and Health Education, 2(2). <https://doi.org/10.65187/jmeh.v2i2.11>

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI): Definisi dan

Indikator Diagnostik. Edisi 1 Cetakan III Revisi. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia; 2022.

Tim Pokja SLKI DPP PPNI. Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI): Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan. Edisi 1 Cetakan III. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia; 2022.

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI): Definisi dan

Tindakan Keperawatan. Edisi 1 Cetakan III. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia; 2022.

LAMPIRAN



SURAT PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth:

Bpk/Ibu/Sdr/i Calon Responden di tempat

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini, Mahasiswa Profesi Ners Reg. B Universitas Muhammadiyah Gombong.

Nama : Yunita Fitriani

NIM : 202503057

Akan melakukan studi kasus dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. K Dengan *Congestive Heart Failure* (CHF) dengan Implementasi *Deep Breathing Exercise* di Puskesmas Karangobar”.. Studi kasus ini bertujuan untuk mengembangkan ilmu pengetahuan dan tidak menimbulkan akibat bagi Bpk/Ibu/Sdr/i sebagai responden. Kerahasiaan informasi yang diberikan akan dijaga dan hanya digunakan untuk tujuan studi kasus.

Apabila Bpk/Ibu/Sdr/i menyetujui maka dengan ini saya mohon kesediaan responden untuk menandatangani lembar persetujuan Implementasi *Deep Breathing Exercise* Atas perhatian Bpk/Ibu/Sdr/i sebagai Responden, saya ucapkan terima kasih.

Hormat saya

Penulis,

Yunita Fitriani

**SURAT PERSETUJUAN SEBAGAI SUBYEK STUDI
KASUS (*INFORMED CONSENT*)**

Yang bertanda tangan dibawah ini saya:

Nama :

Umur :

Alamat :

Menyatakan bahwa saya bersedia menjadi responden dalam studi kasus yang dilakukan oleh Yunita Fitriani yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. K dengan *Congestive Heart Failure* (CHF) Dengan Implementasi *Deep Breathing Exercise* di Puskesmas Karangobar “

Demikian surat kesediaan ini dibuat dengan penuh rasa kesadaran dan suka rela.

Responden

(.....)



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GOMBONG
PERPUSTAKAAN
Jl. Yos Sudarso No. 461, Telp./Fax. (0287) 472433 GOMBONG, 54412
Website : <https://library.unimugo.ac.id/>
E-mail : lib.unimugo@gmail.com

SURAT PERNYATAAN CEK SIMILARITY/PLAGIASI

Yang bertanda tangan di bawah ini Pustakawan Universitas Muhammadiyah Gombong. Menyatakan bahwa karya tulis di bawah ini **sudah lolos** uji cek similarity/plagiasi:

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Ny. K Dengan *Congestive Heart Failure* (CHF) Dengan Implementasi *Deep Breathing Exercise* Di Puskesmas Karang Kobar

Nama : YUNITA FITIRIANI
NIM : 202503057
Program Studi : PROFESI NERS
Hasil Cek : 19 %

Gombong, 8 Mei 2026

Mengetahui,
Pustakawan Universitas Muhammadiyah Gombong


(Dwi Sandanrati)



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GOMBONG
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN PROGRAM PROFESI
Jl. Yos Soedarso No. 461, Telp (0287) 472433, 473750, Gombong, 54412
Website: <https://unimugo.ac.id> E-Mail : fikes@unimugo.ac.id

Nama Mahasiswa : Yunita Fitriani
NIM : 202503057
Pembimbing : Ns. Fajar Agung Nugroho, S.Kep., MNS

Tanggal Bimbingan	Topik/Materi Bimbingan	Paraf Pembimbing
26/10/2025	Konsultasi judul Asuhan Keperawatan	
7/11/2025	Konsultasi BAB I → acc lanjutkan	
9/1/2026	Konsultasi BAB II → acc lanjutkan	
27/4/2026	Konsultasi Bab III, IV, V → penulisan disesuaikan Kembali terutama tentang : 1. Spasi 2. Penulisan Bahasa asing dimiringkan (italic) 3. Untuk Kesimpulan di bab 5 disesuaikan dengan sub bab tujuan di bab I	
8/5/2026	Konsultasi Bab I – V → untuk Bab 3 dibuat Narasi	
10/5/2026	Konsultasi perbaikan Bab III → dilanjutkan dgn daftar Pustaka, informed concent, instrumen dll	
11/5/2026	Konsultasi Bab I-V → ACC	

Mengetahui,
Ketua Program Studi Pendidikan
Profesi Ners Program Profesi



Ns. Wina Utami, M.Kep