



**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN KETIDAKEFEKTIFAN POLA NAFAS PADA PASIEN
CONGESTIVE HEART FAILURE (CHF) DI RUANG MAWAR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Prof. Dr. MARGONO SOEKARJO
PURWOKERTO**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ners

Disusun Oleh:

BAGUS ARIF FIANTO, S. Kep

A31600875

PEMINATAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

**PROGRAM STUDI NERS KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH GOMBONG**

2017

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 : Bagus Arif Fianto, S. Kep

NIM : A31600875

Tanda tangan : 

Tanggal : 15 Agustus 2017

HALAMAN PERSETUJUAN

**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN KETIDAKEFEKTIFAN POLA NAFAS PADA PASIEN
CONGESTIVE HEART FAILURE (CHF) DI RUANG MAWAR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Prof. Dr. MARGONO SOEKARJO
PURWOKERTO**

Telah disetujui dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Untuk diujikan pada tanggal 15 Agustus 2017

Pembimbing I

Pembimbing II

(Fajar Agung Nugroho, MNS)

(Warno, S. Kep. Ns)

Mengetahui,

Ketua Program Studi

(Isma Yuniar, M. Kep)

HALAMAN PENGESAHAN

Karya ilmiah Akhir Ners ini diajukan oleh :

Nama : Bagus Arif Fianto

NIM : A31600875

Program Studi : Profesi Ners

Judul KIA-N : Analisis Asuhan Keperawatan Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Pola Nafas Pada Pasien Congestive Heart Failure (CHF) Di Ruang Mawar Rumah Sakit Umum Daerah Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto

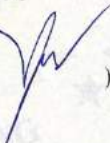
Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ners pada Program Ners Keperawatan STIKES Muhammadiyah Gombong

DEWAN PENGUJI

1. Penguji I : Fajar Agung Nugroho, MNS

()

2. Penguji II : Warno, S. Kep, Ns

()

Ditetapkan di : Gombong, Kebumen

Tanggal : 15 Agustus 2017

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT karena atas limpahan karunia dan Rahmat Nya, penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Akhir dengan judul : “ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN MASALAH KEPERAWATAN KETIDAKEFEKTIFAN POLA NAFAS PADA PASIEN CONGESTIVE HEART FAILURE (CHF) DI RUANG MAWAR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Prof. Dr. MARGONO SOEKARJO PURWOKERTO”.

Karya Tulis Akhir ini disusun sebagai dasar untuk memenuhi sebagai syarat memperoleh gelar profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) Muhammadiyah Gombong. Selama proses penulisan karya tulis akhir ini, penulis banyak mendapat bimbingan, dorongan serta bantuan dari berbagai pihak. Untuk itu pada kesempatan ini perkenankanlah penulis dengan segala kerendahan hati dan penuh rasa syukur menyampaikan terima kasih yang setulusnya dan sebesar - besarnya kepada :

1. Hj. Herniyatun, S.Kep, M.Kep, Sp.Mat selaku Ketua STIKES Muhammadiyah Gombong.
2. Isma Yuniar, M. Kep, selaku ketua program studi Profesi Ners STIKES Muhammadiyah Gombong
3. Dadi Santoso, M.Kep selaku Ketua Program Studi Profesi Ners STIKES Muhammadiyah Gombong.
4. Fajar Agung Nugroho, M.Ns, selaku pembimbing I yang telah berkenan memberikan bimbingan dan pengarahan
5. Warno, S. Kep. Ns, selaku pembimbing II yang telah berkenan memberikan bimbingan dan pengarahan
7. Seluruh dosen dan staf pengajar STIKES Muhammadiyah Gombong.
8. RSUD Prof. Dr. Magono Soekarjo Purwokerto yang telah memberikan izin pelaksanaan Analisis Asuhan Keperawatan.

9. Pasien di Ruang Mawar RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto yang telah bersedia menjadi partisipan/responden dalam penulisan Karya Tulis Akhir ini.
10. Semua teman-teman Program Studi Profesi Ners angkatan 2016/2017 STIKES Muhammadiyah Gombong.
11. Kedua orangtua dan keluarga besar yang senantiasa memberikan doa dan motivasi.

Semoga Allah SWT membalas kebaikan semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini dengan limpahan rahmat dan hidayah-Nya. Semoga Karya Ilmiah Akhir Ners ini dapat bermanfaat bagi semua pihak khususnya dibidang kesehatan.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners masih banyak kekurangan. Oleh karena itu segala saran dan masukan sangat diharapkan untuk perbaikan dan kesempurnaan Karya Ilmiah Akhir Ners ini.

Gombong, 15 Agustus 2017

Bagus Arif Fianto

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

Sebagai civitas akademik STIKES Muhammadiyah Gombong, saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Bagus Arif Fianto

NIM : A31600875

Program Studi : Profesi Ners

Jenis Karya : Karya Ilmiah Akhir

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

ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN KETIDAKEFEKTIFAN POLA NAFAS PADA PASIEN
CONGESTIVE HEART FAILURE (CHF) DI RUANG MAWAR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Prof. Dr. MARGONO SOEKARJO
PURWOKERTO

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

Dibuat di: Gombong, Kebumen

Pada Tanggal : 15 Agustus 2017

Yang menyatakan


(Bagus Arif Fianto)

PROGRAM STUDI PROFESI NERS
STIKES MUHAMMADIYAH GOMBONG
Karya Tulis Akhir, Agustus 2017

Bagus Arif Fianto¹⁾ Fajar Agung Nugroho²⁾ Warno³⁾

**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN KETIDAKEFEKTIFAN POLA NAFAS PADA PASIEN
CONGESTIVE HEART FAILURE (CHF) DI RUANG MAWAR RUMAH
SAKIT UMUM DAERAH Prof. Dr. MARGONO SOEKARJO
PURWOKERTO**

ABSTRAK

Latar belakang: *Congestive Heart Failure* merupakan penyakit yang bersifat progresif dengan gejala yang sangat mempengaruhi kondisi vital pasien *Congestive Heart Failure* (CHF). Tanda gejala yang sering terjadi adalah sesak nafas ketika berbaring ataupun saat aktivitas. Penanganan pertama pasien gagal jantung kongestif di Ruang Mawar RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto adalah memberikan terapi oksigenasi dan memposisikan pasien semi *fowler*.

Tujuan: Menjelaskan asuhan keperawatan yang diberikan pada pasien dengan Gangguan Ketidakefektifan pola nafas pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) di Ruang Mawar Rumah Sakit Prof. Dr. Soekarjo Purwokerto.

Hasil asuhan keperawatan: Pengkajian dilakukan kepada tiga pasien gagal jantung kongestif secara allanamnesa dan autoanamnesa, kemudian dilakukan pemeriksaan fisik serta penunjang. Dari analisa data yang didapatkan penulis menarik kesimpulan masalah keperawatan prioritas adalah ketidakefektifan pola nafas. Setelah dilakukan tindakan memberikan terapi oksigenasi dan memposisikan pasien semi *fowler* 30-45° selama tiga kali dua belas jam didapatkan hasil pasien lebih nyaman dan terlihat rileks.

Simpulan: Asuhan keperawatan pada pasien gagal jantung kongestif dilakukan pengkajian mencakup pola nafas yang terganggu. Kemudian dilakukan analisa dan ditarik kesimpulan menjadi diagnosakeperawatan. Intervensi mandiri perawat yang dilakukan untuk mengatasi pola nafas pasien adalah memberikan terapi oksigenasi dan posisi semi *fowler* untuk membantu pengembangan paru dan mengurangi tekanan dari abdomen pada diafragma.

Kata Kunci : *Congestive Heart Failure*, ketidakefektifan pola nafas, semi *fowler*.

BACHELOR OF NURSING PROGRAM
MUHAMMADIYAH HEALTH SCIENCE INSTITUTE OF GOMBONG
Minithheshis, August 2017

Bagus Arif Fianto¹⁾ Fajar Agung Nugroho²⁾ Warno³⁾

**ANALYSIS OF NURSING CARE WITH NURSING ISSUES ON PATIENT
BREATH PATTERN OF INEFFECTIVENESS OF CONGESTIVE HEART
FAILURE (CHF) IN THE MAWAR GENERAL HOSPITAL REGION Prof. Dr.
MARGONO SOEKARJO PURWOKERTO**

ABSTRACT

Background: Congestive Heart Failure is a progressive nature of the disease with the symptoms that greatly influences the patient's vital conditions of *Congestive Heart Failure* (CHF). The symptoms often happens is suffocation while lying or when activities. First handling of patients congestive heart failure in the hospital. rose prof Dr.Margono Soekarjo Purwokerto is giving oxygenation and therapy and ranked patients semi *fowler*.

Objective: Describe nursing care given to patients with Impaired Ineffectiveness of breath pattern in *Congestive Heart Failure* (CHF) patients in the Mawar general hospital region of Prof. Hospital Dr. Soekarjo Purwokerto.

Result: The study was done to three patients of congestive heart failure in allanamnesa and autoanamnesa, then conducted a physical examination as well as supporting. Analysis of the data obtained by the authors draw conclusions problems of nursing priorities is the ineffectiveness of the breath pattern. After done actions provide patient positioning and oxygenation therapy spring semi *fowler* 30-45° three times during the twelve hours of the obtained results the patient more comfortable and look relaxed.

Conclusion: Nursing care in patients with heart failure Congestive studies carried out include a disturbed breath pattern. Then performed the analysis and drawn the conclusion to be diagnostic treatment. Self-care intervention nurses conducted to overcome the patient's breathing pattern is to provide oxygenation therapy and semi-fowler position to help the development of the lungs and reduce the pressure of the abdomen on the diaphragm.

Keywords: *Congestive Heart Failure*, ineffective breathing pattern, semi *fowler*.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
ABSTRAK.....	viii
ABSTRACT.....	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR SINGKATAN.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan.....	6
C. Manfaat Penulisan.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Dasar Ketidakefektifan Pola Nafas	
1. Pengertian.....	8
2. Etiologi.....	8
3. Batasan Karakteristik	9
4. Faktor Yang Berhubungan	8
B. Konsep Dasar Oksigenasi	
1. Pengertian.....	9
2. Metode Pemberian Oksigen.....	10
C. Konsep Dasar Congestive Heart Failure (CHF)	
1. Pengertian.....	11

2. Faktor Resiko	11
3. Etiologi.....	12
4. Patofisiologi.....	12
5. Klasifikasi.....	13
6. Tatalaksana Terapi Congestive Heart Failure (CHF).....	15
7. Pemeriksaan Diagnostik.....	17
8. Pemberian Posisi Pada Pasien Congestive Heart Failure (CHF).....	18
D. Asuhan Keperawatan Berdasarkan Teori	
1. Fokus Pengkajian	19
2. Diagnosa Keperawatan.....	22
3. Intervensi.....	22
BAB III LAPORAN MANAJEMEN KASUS	
A. Profil Lahan Praktik	27
1. Visi, Misi, Motto, Falsafah Rumah Sakit.....	27
2. Profil Ruang Mawar.....	29
3. Fasilitas Ruang Mawar.....	29
4. Jumlah Kasus Ruang Mawar.....	29
5. Upaya Pelayanan yang Dilakukan di Ruang Mawar.....	30
B. Ringkasan Proses Asuhan Keperawatan.....	30
BAB IV HASIL ANALISIS DAN PEMBAHASAN	
A. Analisis Karakteristik Pasien	52
B. Analisis Masalah Keperawatan	54
C. Analisis Salah Satu Intervensi yang dikaitkan dengan Konsep dan Hasil Penelitian Terkini.....	56
D. Inovasi Tindakan Keperawatan untuk Pemecahan Kasus.....	57
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Kesimpulan	60
B. Saran.....	60

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN



DAFTAR SINGKATAN

AGD	: Analisis Gas Darah
ADL	: <i>Activity Daily Living</i>
BB	: Berat Badan
BUN	: <i>Blood ureum nitrogen</i>
BAK	: Buang Air Kecil
CHF	: <i>Congestive Heart Failure</i>
CFR	: <i>Case Fatality Rate</i>
CRT	: <i>Capillary refill time</i>
EKG	: <i>Electrocardiogram</i>
E V M	: Eye, Verbal, Motoric
GCS	: <i>Glasgow Coma Scale</i>
HB	: Hemoglobin
IVFD	: <i>Intravenous Fluids Drops</i>
JVP	: <i>Jugular Venous Pressure</i>
lpm	: liter permenit
mmHg	: Milimeter merkuri Hydragyrum
mg	: miligram
NOC	: <i>Nursing Outcomes Classification</i>
NIC	: <i>Nursing Incomes Classification</i>
NYHA	: <i>New York Heart Association</i>
O ₂	: Oksigen
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
RR	: <i>Respiration Rate</i>
SIRS	: Sistem Informasi Rumah Sakit
TD	: Tekanan Darah
Tn	: Tuan
tpm	: tetes permenit
TTV	: Tanda-tanda Vital
WHO	: World Health Organization

DAFTAR LAMPIRAN



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Seiring dengan perkembangan ekonomi, kemajuan industri dan teknologi yang semakin cepat serta perubahan gaya hidup masyarakat menyebabkan potensi masalah kesehatan pada system kardiovaskuler semakin meningkat. Penyakit pada system ini merupakan salah satu penyebab mortalitas (angka kematian) dan morbiditas (angka kesakitan) yang cukup tinggi di dunia (Goodman & Gilman, 2011). Masalah kesehatan dengan gangguan system kardiovaskuler termasuk di dalamnya adalah *Congestive Heart Failure* (CHF)

Congestive Heart Failure (CHF) atau sering disebut gagal jantung kongestif adalah kumpulan sindrom klinis yang kompleks yang diakibatkan oleh gangguan struktur ataupun fungsi dan menyebabkan gangguan pengisian ventrikel atau pemompaan jantung. Pada kondisi gagal jantung kongestif adanya peningkatan tekanan vascular pulmonal akibat gagal jantung kiri menyebabkan *overload* tekanan serta gagal jantung kanan (Aaronson & Ward, 2011).

Resiko terjadinya gagal jantung semakin meningkat sepanjang waktu. Tingkat kematian untuk gagal jantung sekitar 50 % dalam waktu 5 tahun (Yancy, 2013). Menurut data WHO (2013) pada tahun 2008, 17,3 juta orang meninggal akibat gangguan kardiovaskular dan lebih dari 23 juta orang akan meninggal setiap tahun dengan gangguan kardiovaskular yang terjadi di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah (Yancy, 2013).

Penyakit jantung saat ini menduduki urutan pertama penyebab kematian di Indonesia, sekitar 25% dari seluruh kematian hampir disebabkan oleh gangguan kelainan jantung (Kemenkes RI, 2013). Prevalensi penyakit jantung di Indonesia dari tahun ke tahun semakin meningkat. Berdasarkan data Riskerdas (2013) prevalensi gagal jantung di Indonesia sebesar 0,3 %. Data prevalensi penyakit ditentukan berdasarkan hasil wawancara pada responden

dengan umur ≥ 15 tahun berupa gangguan kasus penyakit yang pernah didiagnosis dokter atau kasus yang mempunyai gejala penyakit gagal jantung. Masalah kesehatan dengan gangguan *Congestive Heart Failure* (CHF) masih menduduki peringkat yang tinggi, menurut data WHO pada tahun 2014 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. *Congestive Heart Failure* (CHF) merupakan penyakit yang bersifat progresif dengan gejala yang sangat mempengaruhi kondisi vital pasien *Congestive Heart Failure* (CHF). Kondisi ini mengharuskan pasien gagal jantung untuk menjalani rawat inap. Dari tahun 2012-2014 insidensi rawat inap (hospitalization) di Indonesia sebanyak 610.000 hingga 1 juta jiwa, sedangkan prevalensi *Congestive Heart Failure* (CHF) yang menjalani rawat inap sebanyak 2.4 sampai 3.5 juta jiwa. Pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) memerlukan terapi untuk rehabilitasi, hal ini penting dalam pengelolaan jangka panjang pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF). Edukasi pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) harus dilakukan dengan rutin karena *Congestive Heart Failure* (CHF) adalah penyakit kronik yang ireversibel dan progresif, inti dari edukasi adalah menyesuaikan keterbatasan aktivitas dan mencegah kecepatan perburukan fungsi jantung.

Menghindari pencetus dan memperbaiki derajat adalah inti dari edukasi atau tujuan pengobatan dari *Congestive Heart Failure* (CHF). Gagal jantung merupakan salah satu penyakit kardiovaskuler yang telah sangat prihatin dalam preferensi medis. Menurut *World Health Organization* (WHO) tahun 2012 menunjukkan bahwa terdapat 17 juta atau sekitar 48% dari total kematian disebabkan oleh CHF. Pasien yang mengalami hospitalisasi akibat CHF sebanyak 1.094.000 pasien dan kejadian rehospitalisasi hampir sekitar

50% dari total pasien CHF yang pernah menjalani hospitalisasi tersebut (AHA, 2012). Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013 yang dikeluarkan oleh badan penelitian dan pengembangan kesehatan kementerian kesehatan RI pada 1 Desember 2013, prevelensi gagal jantung pernah di diagnosa dokter di Indonesia sebesar 0,13%.

Berdasarkan profil kesehatan provinsi Jawa Tengah tahun 2012, kasus tertinggi penyakit tidak menular pada tahun 2012 adalah kelompok penyakit jantung dan pembuluh darah. Dari total 1.212.167 kasus yang dilaporkan sebesar 66,5 1% adalah penyakit jantung dan pembuluh darah (profil kesehatan provinsi Jateng, 2012).

Berdasarkan laporan bulanan data BOR bulan Mei sampai dengan bulan Juli 2017 diruang ICCU RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto, Kasus CHF memasuki urutan ke 2 dengan prosentase 34,8%. Pada pasien usia lanjut, penyakit jantung koroner merupakan etiologi gagal jantung pada 60-70 % pasien. Sedangkan pada usia muda, gagal jantung diakibatkan oleh kardiomiopati dilatasi, aritmia, penyakit jantung congenital atau valular dan miokarditis (Manurung & Ghanie, 2012). Factor-faktor yang dapat memicu perkembangan gagal jantung melalui penurunan sirkulasi yang mendadak dapat berupa aritmia, infeksi sistemik dan infeksi paru-paru, dan emboli paru (Muttaqin, 2012). Prevalensi faktor resiko jantung dan pembuluh darah seperti makan makanan asin 24,5 %, kurang sayur dan buah 93,6 %, kurang aktivitas fisik 49,2 %, perokok setiap hari 23,7 %, konsumsi alkohol 4,6 % (DepKes RI, 2011).

Pengobatan penyakit jantung yang dilakukan sesuai standar internasional sangat besar biayanya dan merupakan beban yang berat untuk negara. Permasalah ini sudah dikeluhkan oleh negara-negara maju, baik di benua Amerika, Eropa maupun Australia. Bagi negara yang sedang berkembang seperti Indonesia, sulit rasanya pengobatan yang ideal dapat dilaksanakan pada semua pasien (Ulfah, 2011). CHF memiliki dampak yang besar pada pasien dan keluarga. Pasien yang mengalami CHF pada prinsipnya mempunyai gejala kelelahan dan dyspnea ditambah lagi dengan re-

hospitalisasi serta tingginya mortalitas berkontribusi memperburuk kesehatan (Koukouvou et al, 2011). Pada penderita CHF jika tidak segera mendapatkan penanganan bisa menjadi serius/kronis dan bisa menyebabkan kematian.

Mayoritas penderita CHF adalah seseorang yang memiliki usia lebih dari 60 tahun (Dewi, 2012). Penyebab dari gagal jantung kongestif dibagi menjadi 2 kelompok, yaitu gangguan yang langsung merusak jantung seperti miokarditis, infark miokarditis, fibrosis miokardium, dan aneurisma ventrikuler, yang kedua adalah gangguan yang mengakibatkan kelebihan beban ventrikel yang terbagi menjadi 2 yaitu preload dan afterload. Preload adalah volume darah ventrikel pada akhir diastole. Afterload adalah kekuatan dari jantung untuk memompa darah keseluruh tubuh (Baradero, Dayrit, dan Siswadi, 2012). Menurut Ermoskhin 2017, mengatakan bahwa kegagalan jantung bisa menjadi manifestasi utama dari hampir semua penyakit jantung, termasuk aterosklerosis koroner, infark miokard, mengakuisisi penyakit katup, penyakit jantung bawaan, aritmia dan kardiomiopati.

Masalah keperawatan yang muncul pada pasien gagal jantung adalah actual/resiko tinggi penurunan curah jantung, nyeri dada, actual/resiko tinggi gangguan pertukaran gas, actual/resiko tinggi ketidakefektifan pola nafas, actual/resiko tinggi penurunan tingkat kesadaran, actual/resiko tinggi kelebihan volume cairan, intoleransi aktifitas (Muttaqin, 2011). Pada pasien gagal jantung dengan ketidakefektifan pola nafas terjadi karena ventrikel kiri tidak mampu memompa darah yang datang dari paru sehingga terjadi peningkatan tekanan dalam sirkulasi paru yang menyebabkan cairan terdorong ke jaringan paru (Nugroho, dkk, 2016).

Biasanya pada orang yang mengalami gangguan pernapasan, perawat memberikan terapi oksigen untuk membantu memenuhi kebutuhan oksigenasi. Perawat dalam menjalankan perannya berorientasi terhadap pemenuhan kebutuhan dasar manusia. Salah satu kebutuhan dasar tersebut adalah oksigen (Harahap, 2012). Oksigenasi merupakan kebutuhan dasar yang paling vital dalam kehidupan manusia. Dalam tubuh, oksigen berperan penting di dalam proses metabolisme sel. Kekurangan oksigen akan berdampak yang

bermakna bagi tubuh, salah satunya kematian. Karenanya, berbagai upaya perlu dilakukan untuk menjamin agar kebutuhan dasar ini terpenuhi dengan baik. Untuk itu setiap perawat harus paham dengan manifestasi tingkat pemenuhan oksigen pada pasien serta mampu mengatasi berbagai masalah terkait dengan pemenuhan kebutuhan tersebut (Mubarak dkk., 2012)

Menurut Suratinoyo, Rottie, Massi (2016) pada pasien gagal jantung kongestif sering kesulitan mempertahankan oksigenasi sehingga mereka cenderung sesak nafas. Saat terjadi sesak nafas biasanya klien tidak bisa tidur dalam posisi berbaring, melainkan harus dalam posisi duduk atau setengah duduk untuk meredakan penyempitan jalan nafas dan memenuhi oksigen dalam darah (Safitri dan Andriyani, 2013). Posisi yang paling efektif bagi klien dengan gagal jantung adalah posisi semi fowler dimana kepala dan tubuh dinaikkan dengan derajat kemiringan 45°, yaitu dengan menggunakan gaya grafitasi untuk membantu pengembangan paru dan mengurangi tekanan dari abdomen ke diafragma. Posisi semi fowler atau posisi setengah duduk adalah posisi tempat tidur yang meninggikan batang tubuh dan kepala dinaikkan 15 sampai 45 derajat. Apabila klien dalam posisi ini, gravitasi menarik diafragma kebawah, kemungkinan ekspansi dada dan ventilasi paru yang lebih besar (Kozier, 2014).

Penelitian Supandi, dkk (2012), menyatakan bahwa posisi semi fowler membuat oksigen dalam paru semakin meningkat sehingga memperingan kesukaran nafas. Posisi ini akan memaksimalkan pengembangan paru. Hal tersebut dipengaruhi oleh gaya grafitasi sehingga oksigen delivery menjadi optimal. Sesak nafas akan berkurang dan akhirnya proses perbaikan kondisi klien lebih cepat.

Berdasarkan hal tersebut, penulis tertarik untuk menyusun karya tulis ilmiah lebih dalam tentang “Analisis Asuhan Keperawatan Pada Pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Pola Nafas Diruang Mawar RSUD Prof. Margono Soekarjo Purwokerto”.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Mengetahui gambaran asuhan keperawatan yang diberikan pada pasien CHF dengan ketidakefektifan pola nafas

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi pengkajian pada pasien CHF dengan ketidakefektifan pola nafas
- b. Menganalisa masalah diganosa keperawatan pada pasien CHF dengan ketidakefektifan pola nafas
- c. Merencanakan tindakan keperawatan pada pasien CHF dengan ketidakefektifan pola nafas
- d. Mengimplementasi rencana asuhan keperawatan pada pasien CHF dengan ketidakefektifan pola nafas
- e. Mengevaluasi tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada pasien CHF dengan ketidakefektifan pola nafas

C. Manfaat Penulisan

1. Keilmuan

Karya Ilmiah Akhir Ners ini diharapkan dapat menambah pengetahuan, wawasan dan pengalaman dalam memanfaatkan serta mempraktikkan ilmu yang telah didapatkan khususnya dalam pengembangan asuhan keperawatan dengan ketidakefektifan pola nafas pada pasien CHF secara komprehensif dari mulai pengkajian sampai evaluasi. Dalam hal ini adalah pemberian oksigenasi terhadap pasien CHF yang mengalami sesak nafas.

2. Aplikatif

Asuhan keperawatan sebagai bahan masukan dan evaluasi yang diperlukan dalam pelaksanaan pelayanan keperawatan khususnya pada pasien CHF dengan ketidakefektifan pola nafas

3. Metodologis

Hasil penulisan ini dapat memberikan pemikiran dan informasi khususnya dalam pengembangan asuhan keperawatan ketidakefektifan pola nafas pada pasien CHF.



DAFTAR PUSTAKA

- Aaronson & Ward. 2011. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah (edisi kedelapan) volume 2*. Jakarta: EGC
- Baradero. 2012. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC
- Corwin, E. J. 2011. *Buku saku Patofisiologi*. Jakarta: EGC
- Depatemen Kesehatan RI. 2013. *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta
- Dochterman, J. 2009. *Nursing Classification (NIC) Fifth Edition*. Mosby: Elsevier
- Firdaus, I. 2011. *Buku Saku Jantung Dasar*. Jakarta: Ghalia Indonesia
- Herdman, H. 2010. *Diagnosa Keperawatan: definisi dan klasifikasi 2009-2011*. Jakarta: EGC
- Kozier, B. 2010. *Buku Ajar Praktek Klinik Keperawatan: konsep, proses, praktik*. Jakarta: EGC
- Marilyn, E. D. 2012. *Rencana Asuhan Keperawatan: Pedoman Untuk Perencanaan dan pendokumentasian Perawatan Pasien Edisi Ketiga*. Jakarta: EGC
- Marulam. 2006. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Jakarta: Pusat Penerbitan
- Masjoer, A. M. 2005. *Kapita Selekta Kedokteran, Edisi 3*. Jakarta: Media Aesculapius Fakultas kedokteran universitas Indonesia
- Moorhead, S. 2009. *Nursing Outcomes Classification (NOC) Fourth Edition*. Mosby: Elsevier
- Muttaqin, A. 2014. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Pernapasan*. Jakarta: Salemba Medika
- Nanda Internasional. 2014. *Diagnosa Keperawatan Definisi dan Klasifikasi 2012-2014*. Jakarta: EGC
- Paul M, Audrey A. 2013. *Departemen Ilmu Penyakit Dalam FKUI*. Jakarta: EGC
- Perry & Potter. 2012. *Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik*. Jakarta: EGC
- Price Sylvia, A. 2013. *Patofisiologi Konsep Klinis Proses- Proses Penyakit*. Jakarta: EGC 2011. *Patofisiologi Vol 1. ed 6*. Jakarta: EGC
- Rilantono, Lily L. 2012. *Penyakit Kardiovaskuler: 5 Rahasia*. Jakarta: Badan Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
- Safitri, R. 2011. *Keefektifan pemberian posisi semi fowler terhadap penurunan sesak nafas pada pasien asama di ruang rawat inap kelas III RSUD dr. Moewardi Surakarta. GASTER. Volume VIII. No.2: Journal*

Supadi, E. 2008. *Hubungan analisa posisi tidur semifowler dengan kualitas tidur pada klien gagal jantung di RSUD Banyumas Jawa Tengah. Jurnal Kebidanan dan Keperawatan, Volume IV No.2 hal 97-108: Journal*

Suparmi, Y. dkk. 2008. *Panduan Praktik Keperawatan Kebutuhan Dasar Manusia*. Yogyakarta: PT Citra Aji Parama

Saputra, L. 2008. *Inti Sari Ilmu Penyakit Dalam*. Tangerang: Karisma

Udjianti, W. J. 2010. *Keperawatan Kardiovaskuler*. Jakarta: Salemba Medika



LAMPIRAN



KEGIATAN BIMBINGAN

Nama: BAGUS ARIF Fianto, S. Kep

NIM : A31600875

Tanggal Bimbingan	Topik/ Materi Bimbingan	Paraf Pembimbing
08/08/2017	- konsul BAB I & II	
09/08/2017	- konsul BAB I & II perbaikan	
10/08/2017	- konsul BAB III dan IV	
11/08/2017	- Perbaikan BAB III & IV	
12/08/2017	- konsul BAB V dan perbaikan	
13/8/2017	- Penetalaman Konsep dasar - Evaluasi Dr. Pado Naga tahu efektif b4 COI ? Informasi	

Mengetahui,

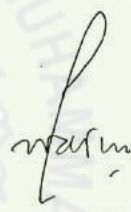
Ketua Program Studi,


(Isma Yuniar, M. Kep)

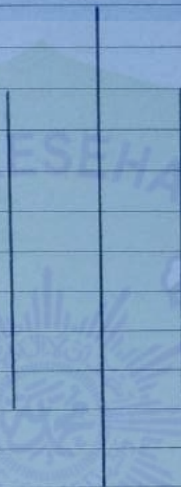
KEGIATAN BIMBINGAN

Nama : BAGUS ARIF Fianto, S.Kep

NIM : A31600875

Tanggal Bimbingan	Topik/Materi Bimbingan	Paraf Pembimbing
14/8-2017	Konsep rensi Acc Mayu bagus Beres	
14/08/2017	ACC Sidang KTA	

ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.K
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN UTAMA KETIDAKEFektifan
POLA NAFAS PADA DIAGNOSA MEDIS CHF DI RUANG RAWAT
RSUD PROF DR MARGONO SOEKARJO PURWOKERTO



Di susun oleh :
Bagus Anif Franto
A31600873

PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH
GOMBONG
2016/2017

A. PENGKAJIAN KEPERAWATAN

Tanggal Pengkajian : Senin / 12 Desember 2016
 Ruang / Kelas : Matern / III
 Nama Pengkaji : Bagus Arif Fianto
 Tanggal masuk : 12 Desember 2016

1. Pengkajian Identitas

Nama : Tn. K
 Umur : 59 tahun
 Agama : Islam
 Jenis kelamin : Laki-laki
 Alamat : Banyumas
 Pendidikan : SD
 Pekerjaan : Buruh
 Suku bangsa : Jawa
 No. RM : 2006156
 Diagnosa medik : CHF

2. Identifikasi Penanggung Jawab

Nama : Ny. T
 Umur : 46 tahun
 Jenis kelamin : Perempuan
 Alamat : Banyumas
 Pendidikan : SD
 Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
 Hub. dengan klien : Istri

3. Keluhan Utama

Klien mengeluh sesak napas

4. Riwayat penyakit sekarang

Klien datang ke IGD RSMS pada tanggal 12-12-16, pukul 09:00 dengan keluhan sesak napas sejak 3 hari yang lalu, demam, badan lemas, nyeri ulu hati. Pasien mengatakan tidak nafsu makan dan mual. Kemudian pasien dirujuk ke Ruang Matern pada tanggal 12-12-16, pukul 06:00 dilakukan pengkajian pada tanggal 12-12-16, pukul 09:00. dirapatkan dan klien-

Date

mengeluh sesak napas, badan lemas, aktivitas dibantu oleh keluarga, klien mengatakan tidak nafsu makan, klien hanya menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi makanan dari RS, klien mengatakan mudah lelah, edema pada ekstremitas bawah t1. E4 M6 V8, Tanda-tanda vital: TD: 160/100 mmHg, N: 100x/menit, RR: 32x/menit, S: 37°C, terpasang IVFD RL 20 tetap/menit, terpasang O_2 Ginasal kanul 3 lpm.

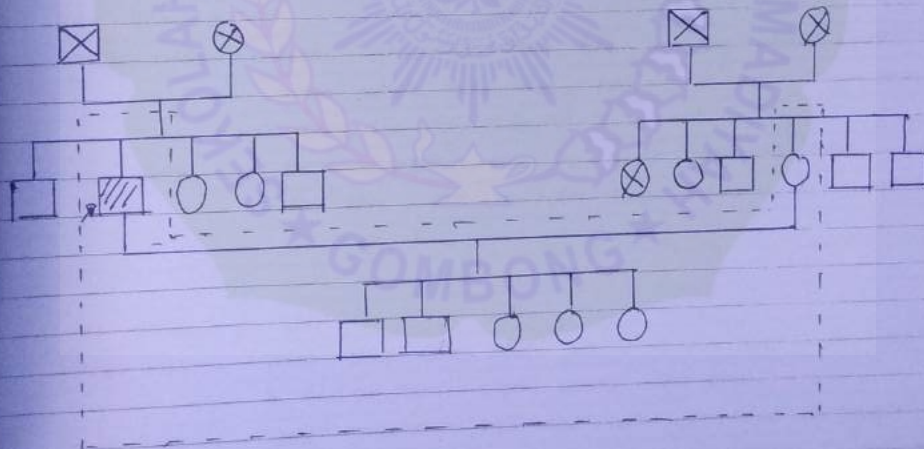
5. Riwayat kesehatan dahulu

Klien mengatakan pernah mengalami sakit seperti MI sejak 2 bulan yang lalu, sesak napas hilang timbul, klien tidak memiliki riwayat penyakit lain seperti DM, hipertensi, asma, TBC & trauma.

6. Riwayat kesehatan keluarga

keluarga tidak ada yang memiliki penyakit seperti klien, dan tidak ada yang mempunyai riwayat penyakit keturunan seperti DM, HT, dll.

7. Genogram



Keterangan:

- = Laki-laki
- = Perempuan
- X = Meninggal
- ▤ = Klien
- = Garis perkawinan
- = Garis keturunan
- = Garis rumah

Pengkajian Pola Fungsional Virginia Henderson

1. Pola Nafas

Sebelum sakit = Pasien dapat bernafas dengan normal tanpa alat bantu pernapasan.

Saat dikaji = Pasien terimbat sesak, menggunakan alat bantu pernapasan O_2 Gmask kanul 3lpm, RR = 32x/mnt.

2. Pola Nutrisi

Sebelum sakit = Pasien mengatakan makan 3x sehari dengan porsi sedang, nasi, lauk, seperti: tempe, tahu, ikan, ayam, dll. Sayur: kangkung, bayam, sawi, dll. Makanan keuang piring rebus. Tidak ada alergi makanan/minuman, Minum $\pm 6-7$ gelas/hari (± 250 cc) ± 1500 cc/hr.

Saat dikaji = Pasien mengatakan tidak nafsu makan dan terasa mual, pasien hanya menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi makanan dari PS dengan diet bujur karan. Minum air putih $\pm 5-6$ gelas/hr (± 1250 cc/hr).

3. Pola Eliminasi

Sebelum sakit = Pasien mengatakan buang BAB 1x sehari dengan konsistensi lembek, warna kuning, berbau khas, BAB $\pm 1-5$ x/hr dengan warna kuning jernih, bau khas (± 600 cc/hr).

Saat dikaji = Pasien mengatakan BAB 1x dengan konsistensi lembek, warna kuning, bau khas, BAB 1-5 x/hr dengan warna kuning jernih, berbau khas (± 600 cc/hr).

4. Pola Istirahat dan Tidur

Sebelum sakit = Pasien biasa tidur malam jam 21:00 WIB dan bangun jam 05:00 WIB $\pm 7-8$ jam/hari, pasien jarang tidur siang.

Saat dikaji = Pasien mengatakan bisa tidur malam jam 20:00 dan bangun jam 06:00 $\pm 7-8$ jam/hr, tidur siang pukul 13:00 - 14:00 ($\pm 1-2$ jam/hr).

5. Pola gerak dan keseimbangan

Sebelum sakit = Pasien dapat melakukan kegiatan dan aktivitas tanpa bantuan orang lain.

Saat dikaji = Pasien tidak dapat bergerak bebas karena sesak nafas diatasi dengan, pasien mengatakan merasa lemas, dalam aktivitas sehari-hari.

oleh keluarga, seperti toileting, makan, mandi, & berpakaian.

6. Personal Hygiene

Sebelum sakit : Pasien mengatakan mandi 2x sehari dg menggunakan sabun, gosok gigi 3x sehari, keamir 2x seminggu, dan potong kuku 1x seminggu.

Saat dikaji : Pasien hanya sakit oleh keluarga setiap pagi dan sore hari.

7. Pola berpakaian

sebelum sakit : Pasien memilih dan memakai pakaian sesuai musim.

saat dikaji : Pasien mengatakan akan memilih dan memakai pakaian sesuai oleh keluarganya.

8. Pola mempertahankan suhu tubuh

sebelum sakit : Pasien mengatakan jika dingin memakai jaket dan selimut, jika panas memakai baju tipis yang menyerap keringat.

saat dikaji : Pasien memakai baju dan selimut.

9. Rasa aman dan nyaman

sebelum sakit : Pasien merasa aman dan nyaman bersama keluarganya.

saat dikaji : Pasien merasa tidak nyaman karena tidak nafas, pasien ingin cepat pulang ke rumahnya.

10. Pola komunikasi

sebelum sakit : Pasien mengatakan suka berkomunikasi dengan orang lain menggunakan bahasa Jawa dan Indonesia.

saat dikaji : Pasien berkomunikasi dengan cara menggunakan bahasa Jawa dan Indonesia.

11. Pola bekerja

sebelum sakit : Pasien bekerja sebagai buruh.

saat dikaji : Pasien tidak bisa melakukan kegiatan seperti biasa dikarenakan kesehatannya yang sedang sakit.

12. Pola ibadah

sebelum sakit : Pasien mengatakan biasa menjalankan ibadah sholat 5 waktu.

Saat dikaji : Pasien hanya berada di tempat tidur

13. Pola Perilaku

Sebelum sakit : Pasien mengatakan untuk mengisi waktu luang berkumpul dengan keluarga sambil nonton tv dan shopping.

Saat dikaji : Pasien hanya tinggal di bed dan berinteraksi - berinteraksi dengan keluarga.

14. Pola Belajar

Sebelum sakit : Pasien mengatakan tidak mengetahui tentang penyakit yang sekarang.

Saat dikaji : Pasien mendapatkan informasi tentang penyakit dari petugas kesehatan.

PEMERIKSAAN FISIK

a) Keadaan Umum (GAK)

- Kesadaran : Composmentis
- GCS : E4 M6 V5 = 15
- TB / DB : 162 / 56

b) Vital Sign

- Tekanan Darah : 160/100 mmHg
- Nadi : 110 x/menit
- Suhu : 37°C
- Pernapasan : 32 x/menit

c) Pemeriksaan fisik Head to toe

- Kepala : Bentuk mesocephal, tidak ada lesi, tidak ada perdarahan, rambut hitam beruban, kulit kepala bersih, rambut kering, tidak mudah rontok, tidak berketombe & berkulit, tidak ada nyeri tekan.
- Mata : Bentuk mata simetris, konjungtiva anemis, sklera anikterik, tidak juling, tidak memakai kacamata.
- Hidung : Bentuk hidung simetris, tidak ada edema, tidak ada polip, tidak ada sekret, sumbatan, dan perdarahan, tidak ada pernapasan cuping hidung.
- Telinga : Bentuk telinga simetris, tidak ada serumen, tidak ada perdarahan, fungsi pendengaran baik.

- Mulut : Mukosa bibir lembab, lidah kotor, tidak menggunakan gigi palsu, tidak ada sariawan, gigitan tidak pecah-pecah.
- Leher : Tidak ada stoma, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan terjadi pembesaran vena jugularis
- Paru-paru = Inspeksi : Terlihat pergerakan dada, tidak ada retraksi dada, simetris, tidak ada benjolan, tidak ada massa, tidak ada lesi.
 Perkusi : Bunyi sonor
 Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, asimetri ekspansi dada, takai fremitus terdapat.
 Auskultasi : terdapat suara tambahan ronchi basah halus (++)
- Jantung : Inspeksi : bentuk dada normal, simetris, tidak ada corda normal
 Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan, tidak ada pembesaran jantung
 Perkusi : Bunyi redup
 Auskultasi : Bunyi S1 & S2 melemah, ada bunyi gallop dan murmur.
- Abdomen = Inspeksi : tidak terdapat aster, tidak terdapat luka
 Auskultasi : Terdapat Gering usus 18 x/min
 Palpasi : tidak ada nyeri tekan
 Perkusi : tympani
- Genitalia : laki-laki, tidak terpasang OC, tidak ada peradangan, tidak ada.
- Integumen : Warna kulit sawo matang, tidak ada lesi, turgor kulit elastis.
- Ekstermitas : Atas : fungsi fisiologi ekstermitas normal, tidak ada luka, tidak ada edema, terpasang IVFD RL 20 tpm di tangan sinistra.
 Bawah : fungsi fisiologi ekstermitas normal, tidak ada luka, terdapat edema +1, tetapi sering merasa lemas dan capat lebih cepat beraktivitas.

Date

Pemeriksaan Penunjang

* Pemeriksaan laboratorium, tanggal: 12 Desember 2016

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
Hematologi			
Hemoglobin	12.4	g/dL	11.2 - 17.3
Leukosit	10.9	$10^3 / \mu\text{L}$	4.5 - 13.0
Hematokrit	38	%	40 - 52
Eritrosit	3.9	$10^6 / \mu\text{L}$	3.80 - 5.20
trombosit	400	$10^3 / \mu\text{L}$	100 - 400
MCH	26	pg	26 - 34
MCHC	34	g/dL	32 - 36
MCV	85	fL	80 - 100
Diff Count			
Eosinofil	1.60	%	1-4
Basofil	0.20	%	0-1
Neutrofil	69.80	%	50-70
Limfosit	20.60	%	22-40
Monosit	7.80	%	4-8
KIMIA KLINIK			
KIMIA RUTIN			
SGOT	H 122	U/L	15-37
SGPT	H 109	U/L	16-63

Pemeriksaan rontgen (Thorax Ap), EKG

Terapi Obat

1. Inj. Ceftriaxone 2x1 gr IV
2. Inj. Paracetamol 2x50 mg IV
3. ISDN 3x1 tab oral
4. PCT 3x1 gr oral
5. Asprin 1x1 tab oral

Date

ANALISA DATA

No.	Data fokus	Etiologi	Problem
1.	DS : - Pasien mengatakan sesak napas sesak 3 hari yang lalu - Pasien mengatakan sesak mengganggu aktivitasnya DO : - pasien terdapat sesak - pasien tampak batuk - terdapat rales tambahan ronchi basah halus (RBM 1/4) - RR : 32x/mnt - terpasang O₂ 6l/min kanul 3lpm	Hiperventilasi	ketidakefektifan pola napas (00032)
2.	DS : - pasien mengatakan merasa lemas - pasien mengatakan tidak bisa bekerja beraktivitas karena mudah lelah PO : - pasien tampak lemas - pasien tampak pucat - Hb : - konjungtiva anemik - aktivitas pasien 80% ganti oleh keluarga - TTV : TD = 160/100 mmHg N = 110 x/mnt S : 37 °C RR = 32 x/mnt	ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen	Intoleransi Aktivitas (00052)

DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Ketidakefektifan pola napas 6.2 Hiperventilasi
2. Intoleransi Aktivitas 6.2 ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen

Date

INTERVENSI KEPERAWATAN

No.	Hari/Tgl	No dc	NOC	NIC
1.	Senin / 12 Desember 2016	1.	Setelah dilakukan tindakan ke- perawatan selama 3x24 jam ter- capai masalah ketidakefektifan pola napas dapat teratasi dg kti: NOC: Status pernapasan: Ventilasi (0103) - Pasien menunjukkan jalan napas yang paten - Tidak ada dispnea - Tru dalam batas normal	NIC: Manajemen jalan napas (3140) → Atur posisi pasien semiowler untuk memaksimalkan ventilasi → Berikan terapi O₂ sesuai kebutuhan → Monitor respirasi dan status O₂ → Auskultasi suara napas → Catat adanya suara napas tanca- han → Monitor asupan oksigen → Monitor tanda-tanda vital → Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat
2	Senin / 12 Desember 2016	2	Setelah dilakukan tindakan ke- perawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah intoleransi aktivitas dapat teratasi dg kti: NOC: Toleransi terhadap aktivitas (0005) - Pasien menunjukkan kemampuan dalam melakukan aktivitas - Saturasi oksigen dalam batas normal - Tanda-tanda vital dalam batas normal ketika beraktivitas	NIC: Manajemen Energi (0800) → Kaji status fisiologi pasien yang menyebabkan kelelahan → Monitor intake asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat. → Lakukan pemberian secara kompre- hensif fungsi sirkulasi perper (cek nadi perper, CRT, dll) → Monitor tanda-tanda vital

Date

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

No.	Hari/tgl/jam	No. dx	Implementasi	pepor	parap
1.	Senm		Melakukan Operan Jaga		
12-Desem-ber-2017		1,2	Mengkaji kll, keadaaan	- kll = baik, keadaaan = cm	
08:00		2	Mengkaji status fisiologis pasien yg menyebabkan kelelahan	- Pasien mengatakan cepat merasa lelah ketika bekerja - vitas	
09:00					
10:00		1	Mengatur posisi klien untuk semi fowler agar memaksimalkan ventilasi	posisi klien semi fowler klien mengatakan merasa nyaman	
10:30		1	Memberikan terapi oksigen nasal kanul 3 lpm	terpasang O_2 nasal kanul 3lpm klien merasa nyaman	
11:00		1,2	Memonitor tanda-tanda vital	$TTV = TD = 150/100 \text{ mmHg}$ $M = 86 \text{ x/mnt}$ $S = 36,3^\circ C$ $RR = 20 \text{ x/mnt}$	
11:15		2	Melakukan penilaian secara komprehensif fungsi sirkulasi perifer (cek nadi perifer, CRT, dan edema)	Kaki perifer terasa hangat, $CRT < 3 \text{ detik}$, edema ekstremitas bawah t1.	
11:30		1	Mengauskultasi suara nafas	terdengar bunyi ronchi	
11:45		1	Mencatat adanya suara nafas tambahan	basah halus (RbH +/+)	
12:00		2	Memonitor intake / output nutrisi	Pasien hanya menstabilkan 1/2 porsi dari porsi RS, pasien mengatakan merasa mual	
12:30		1,2	Memberikan terapi obat • Dg. Ceftriaxone 1 gr IV • Dg. Parasetamol 500 mg IV • LSDN 1 tab ORAL • PCT 1 gr ORAL • Asiprel 1 tab ORAL	Obat IV dan obat oral masuk lancar	

Date			
13:00	1	- Mempertahankan jalan napas yang paten	Jalan napas paten
WIB	1	- Memonitor aliran oksigen	aliran oksigen lancar
13:30	1	- Memonitor Respirasi	RR = 23 x/mnt
WIB			
2. Selasa /	1/2	- Melakukan operasi jaga	
13 Desember	1/2	- Mengkaji ku. kesadaran	KU: baik
2016	1/2	- Memonitor tanda-tanda vital	Kesadaran = Compermentis
10:00			TTV = TD : 160/90 mmHg
WIB			N = 88 x/mnt
			S = 36° C
			RR = 28 x/mnt
10:30	1	- Mengaturkan klien untuk posisi semi fowler	posisi klien semi fowler
WIB	1	- Memonitor aliran oksigen	klien tampak nyaman
			Terpasang O ₂ nasal kanul 3 Lpm, aliran lancar
11:00	2	- Memonitor intake / output nutrisi	klien mengatakan tidak nafsu makan, klien hanya menghabiskan 1/2 porsi dia sehari
WIB			
11:15	2	- Mengkaji status fisiologi klien yg menyebabkan kelelahan	klien mengatakan lemas
WIB			CPT < 3 dete
11:30	2	- Melakukan penilaian sesak kom. prehepat fungsi sirkulasi perifer (cek radi perifer, CRT, edema)	edema ekstremitas bawah +1 radi perifer lemas
WIB			
12:00	1	- Memonitor respirasi	klien mengatakan sesak berkurang
WIB	1	- Mengauskultasi ausu napas	RR = 26 x/mnt
	1	- Mencatat adanya turgor nadi tambahan	Terdapat suara ronchi basah halus (RbH +/-)
12:30	1/2	- Memberikan terapi obat	Tepat obat IV dan oral
WIB		• Jrg. Ceftriaxone 1gr IV	masuk lancar
		• Jrg. Paracetamol 500 mg IV	
		• ISDN 1 tab oral	
		• PCT 1 gr oral	
		• Aspirin 1 tab oral	

			Date
3	Pabu /	8	
19 Desember 2016	1,2	- Melakukan Operasi Jaga	
09:00 WIB	1,2	- Mengkaji KU	KU: baik
	1,2	- Mengkaji kesadaran	kesadaran : kompos mentis
	1	- Mengaturkan klien untuk posisi semi Fowler w membk - simalkan ventilasi	posisi klien semi fowler klien terimal nyaman dengan posisinya
10:00 WIB	1	- Memonitor alman oksigen	Terpasang 2 liter alman kanul
	1	- Mempertahankan jalan nafas yang paten	3 lpm, aliran lancar jalan nafas paten
11:00 WIB	1,2	- Memonitor tanda-tanda vital	TEV = TD = 145/88 mmHg
	1	- Mengauskultasi suara nafas	N = 12 x/mnt
	1	- Menganalisa denyut nadi	S = 36,2 °C
		- Menganalisa tekanan darah	RR = 28 x/mnt
12:00 WIB	1	- Memonitor respirasi	Klien mengatakan sedikit berkurang
			suara ronchi basah halus Rt (+)
13:00 WIB	2	- Melakukan pengkajian secara komprehensif fungsi sirkulasi pernapasan	Nadi pernapasan lemah CRT < 3 detik edema ekstremitas +1
13:30 WIB	2	- Memonitor intake nutrisi	paten hanya menghabiskan 1/2 porsi 800 gr
14:00 WIB	1,2	- Memberikan terapi obat	
		• Ig. Ceftriaxone 1gr IV	
		• Ig. Paracetamol 50 mg IV	
		- ISDN 1 tab oral	
		• PCT 1 gr oral	
		• Aspirin 1 tab oral	

EVALUASI KEPERAWATAN

Date

No.	Hari/tgl/jam	No. dx.	SOAP	Paraf
1.	Senin/12 Desember 2016 14:00 WIB	1	S: Pasien mengatakan masih sesak nafas O: - Pasien tampak sesak nafas - Terpasang O₂ melalui kanul 3lpm - Posisi pasien semi Fowler - RR = 20 x/mnt - Terdengar suara ruchi basah halus (RGA 1/4) A: Masalah keperawatan ketidakefektifan pola nafas belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi: → Posisikan pasien semi Fowler → Monitor alunan oksigen → Pertahankan kebersihan jalan nafas → Auskultasi suara nafas & catat adanya suara nafas tambahan	
	Senin/12 Desember 2016 14:00 WIB	2	S: - Pasien mengatakan merasa lemas - Pasien mengatakan cepat lelah ketika beraktivitas O: - Pasien tampak lemas - Pasien tampak pucat - Konjungtiva anemis - CAT < 3 dtk - makan hanya 1/2 porsi - TTV: TD: 100/100 mmHg, S: 36,5°C N: 84 x/mnt, RR: 20 x/mnt A: Masalah Keperawatan Intoleransi aktivitas belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi: → Kaji status fisiologi pasien yang menyebabkan kelelahan → Monitor intake / output nutrisi → Lakukan penilaian ASAS komprehensif fungsi sirkulasi perifer → Monitor TTV	

Date

2.	Selasa / 13 Desember 2016 13:00 WIB	1	S = pasien mengatakan sesak berkurang O = - pasien tampak sesak - terdengar O₂ basistal karu 3lpm - RR = 28x/mnt - posisi klien semi Fowler - Terdengar suara rales basah halus (RGA $\frac{+}{4}$) A = Masalah keperawatan ketidakefektifan pola napas belum teratasi P = Lanjutkan Intervensi: → Pertahankan kecepatan jalan napas → posisikan semi Fowler → Monitor aliran oksigen → Asuklirisi suara napas & catat adanya akusmatis tambahan
	Selasa / 13 Desember 2016 13:00 WIB	2	S = Pasien mengatakan masih merasa lemas - Pasien mengatakan cepat lelah saat beraktivitas O = - pasien tampak lemas - kurangnya aktivitas - Aktivitas dibantu oleh keluarga - CRT < 3dk - Monitor tanda-tanda % porsi dari dari RR - TTV = TD = 140/90 mmHg, S = 37°C - M = 80x/mnt, RR = 28x/mnt A = Masalah keperawatan Intoleransi aktivitas belum teratasi P = Lanjutkan Intervensi: → Kaji status fisiologi pasien yang menyebabkan kelelahan → Monitor intake / output nutrisi → Lakukan perawatan secara komprehensif fungsi struktur pernapasan → Monitor tanda-tanda vital.

			Data	
3	Rabu / 14 Desember 2016 13:30 WIB	1	S: Pasien mengatakan sesak napas berkurang O: - pasien tampak lebih nyaman & tenang - Terpasang O_2 Gmask kanul 2lpm - PaO₂ semipow/er - PR = $26 \times / \text{min}$ - Terdengar suara ronchi bagian bawah (p6h $\frac{1}{4}$) A: Masalah kepatutan hemorektifitas pola napas belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi: -> pertahankan kepatutan jalan napas -> Monitor aliran oksigen -> Posisikan semiowler -> Auskultasi suara napas tambahan & edat paru-paru	
	Rabu / 14 Desember 2016 13:30 WIB	2	S: Pasien mengatakan lemas berkurang O: - pasien tampak lemas - Aktivitas sangat oleh keluhan - konstipasi anemik - CRT $< 2 \text{dk}$ - nadi perifer lemah - Makan hanya $\frac{1}{2}$ porsi dari diet es - edema ekstremitas +1 - TTV: TD = 130/70 mmHg, S = 36°C N = $80 \times / \text{min}$, PP = $26 \times / \text{min}$ A: Masalah kepatutan Intoleransi Aktivitas belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi: -> Kaji status fisiologis pasien yang menyebabkan keluhan -> Monitor intake / output nutrisi -> Lakukan penilaian secara komprehensif fungsi stimulasi perifer -> Monitor TTV	