

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. A DENGAN *CONGESTIVE HEART FAILURE* (CHF) DI RUANG BAITULIZZAH 1
RSI SULTAN AGUNG SEMARANG**

KARYA TULIS ILMIAH



Di Susun Oleh :

INTAN SAVITRI

NIM : 40902000040

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**

2023

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.A DENGAN *CONGESTIVE HEART FAILURE* (CHF) DI RUANG BAITULIZZAH 1
RSI SULTAN AGUNG SEMARANG**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan sebagai salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar ahli Madya Keperawatan (A.Md.Kep.) di Universitas Islam Sultan Agung Semarang



Di Susun Oleh :

INTAN SAVITRI

NIM : 40902000040

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG
2023**

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ilmiah ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarisme, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang .

Semarang, 24 Mei 2023



HALAMAN PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH BERJUDUL :

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.A DENGAN *CONGESTIVE HEART FAILURE* (CHF) DI RUANG BAITULIZZAH 1
RSI SULTAN AGUNG SEMARANG**

Disusun Oleh :

Nama : INTAN SAVITRI

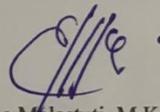
Nim : 40902000040

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui oleh pembimbing untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Program Studi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang pada :

Hari : Kamis

Tanggal : 04 Mei 2023

Pembimbing



Ns. Erna Melastuti, M.Kep

NIDN: 06-2005-7604

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipermudahkan di hadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Program Studi D-III Keperawatan FIK Unissula Semarang pada Hari.. Tanggal.. dan telah diperbaiki sesuai masukan Tim Penguji.

Semarang, 24 Maret 2023

Penguji I

Ns. Retno Setyawati, M.Kep, Sp.KMB

NIDN. 06-1306-7403

Penguji II

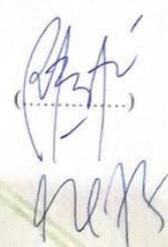
Dr. Ns. Dwi Retno S., M.Kep, Sp.Kep.MB

NIDN. 06-0203-7603

Penguji III

Ns. Erna Melastuti M.Kep

NIDN. 06-2005-7604



(.....)



(.....)

Mengetahui,
Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan



Iwan Ardian, SKM., M.kep.
NIDN. 062.208.7403

MOTTO

Allah tidak akan menguji hambanya diluar batas kemampuannya

-QS. Surah Al-Baqarah ayat 286-

“ Tidak ada istilah gagal dalam hidup yang ada hanya sukses dan belum berhasil”



HALAMAN PERSEMBAHAN

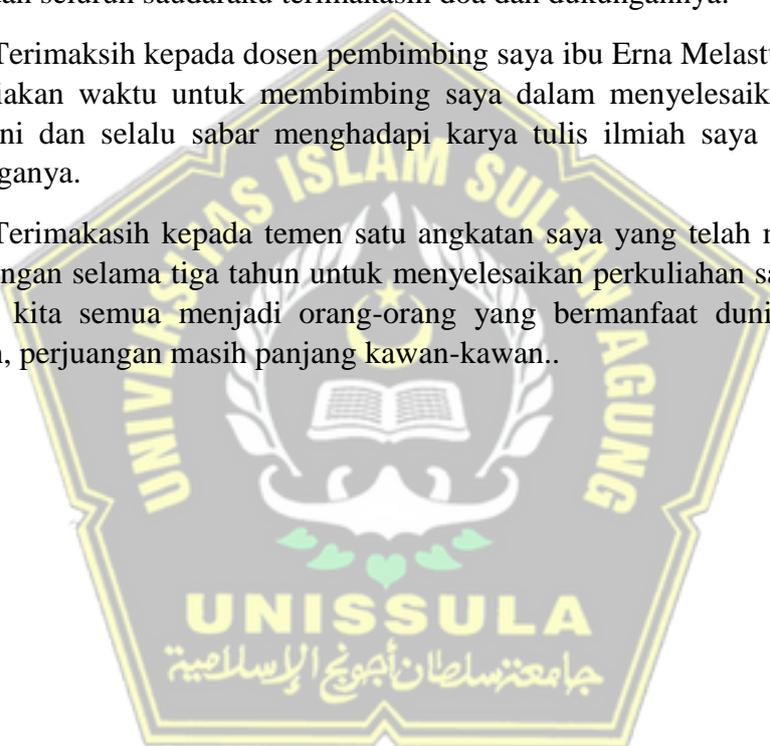
Karya tulis ilmiah ini saya persembahkan kepada :

Allah SWT pencipta semesta alam yang telah memberi hidup dan berkah dan rizki-nya.

Terimakasih kepada Bapak dan Ibu saya yang paling saya sayangi yang selalu mendoakan dan memberi dukungan secara tulus. Karena dengan doa restu dari kedua orang tua saya dapat dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dengan sebaik-baiknya. Terimakasih juga untuk seluruh keluargaku, nenek dan kakak-kakak, dan seluruh saudaraku terimakasih doa dan dukungannya.

Terimakasih kepada dosen pembimbing saya ibu Erna Melastuti yang selalu menyediakan waktu untuk membimbing saya dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dan selalu sabar menghadapi karya tulis ilmiah saya banyak sekali kekurangannya.

Terimakasih kepada teman satu angkatan saya yang telah menjadi teman seperjuangan selama tiga tahun untuk menyelesaikan perkuliahan sampai saat ini. Semoga kita semua menjadi orang-orang yang bermanfaat dunia dan akhirat aaminnn, perjuangan masih panjang kawan-kawan..



KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Wr. Wb

Alhamdulillah, puji dan syukur penulis panjatkan atas kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat serta hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Tn. A Dengan Congestive Heart Failure (CHF) Di Ruang Baitul Izzah 1 Rsi Sultan Agung Semarang”. Karya tulis ilmiah ini merupakan salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar ahli madya keperawatan pada Program Studi Diploma III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan berkat bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak. Untuk itu penulis ucapkan banyak terimakasih kepada :

1. Allah SWT yang telah melimpahkan kesehatan dan Rahmat-Nya sehingga saya dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Bapak Prof. Dr. Gunarto S.h., Mhum. Selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang
3. Iwan Ardian SKM, M.Kep. Selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang
4. Ns. Muh Abdurrouf, M.Kep. Selaku Kaprodi D3 Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang
5. Ns. Erna Melastuti, M.Kep. Selaku dosen pembimbing yang telah meluangkan waktunya untuk membimbing memberikan masukan, memberikan dukungan dan motivasi kepada penulis
6. Segenap Dosen Pengajar dan Staf Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang telah memberikan ilmu, nasehat dan bimbingan yang diberikan selama proses studi
7. Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang Khususnya ruang Baitul izzah 1 selaku pembimbing lahan dan lahan praktek
8. Tn. A sekeluarga sebagai obyek penulis dalam pelaksanaan studi kasus
9. Ayah, ibu dan kakak yang tercinta dengan segala cinta dan kasih sayang

serta pengorbanannya, mendidik, memotivasi, serta memberikan doa yang tiada hentinya, dan sudah mendukung dengan memberikan materil maupun non materil

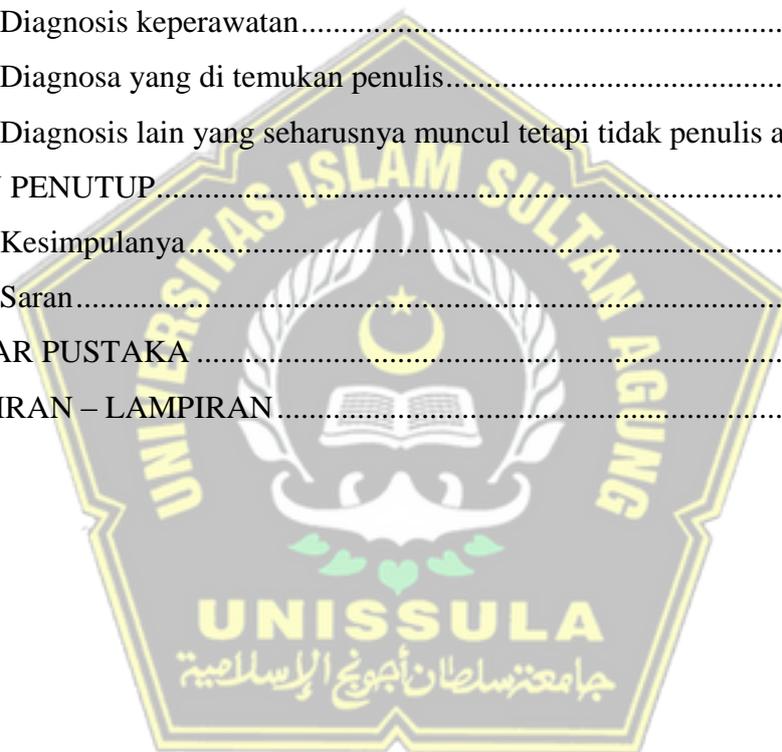
10. Kepada temen-temen saya vina, nia, dan inoi dan teman sekontrakan yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu terimakasih atas bantuan kalian dan sudah menjadi temen yang selalu memberikan motivasi dan semangat .



DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
HALAMAN PERSEMBAHAN.....	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	3
1. Tujuan Umum	3
2. Tujuan Khusus	3
C. Manfaat Penulisan	4
BAB II KAJIAN PUSTAKA.....	5
A. Konsep Dasar Penyakit	5
1. Pengertian.....	5
2. Etiologi.....	5
B. Konsep Dasar Keperawatan	14
1. Pengkajian Keperawatan	14
2. Diagnosa Keperawatan Dan Fokus Intervensi	15
C. PATHWAYS.....	19
BAB III LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN	20
1. Data umum	20
2. Pola Kesehatan Fungsional (Data Fokus)	22
3. Pemeriksaan Fisik (<i>Head to Toe</i>).....	27
4. Data penunjang.....	28
5. Diit yang diperoleh.....	29

6. <i>Therapy</i>	29
A. Analisa Data	29
B. Diagnosa Keperawatan.....	30
C. Rencana Keperawatan	30
D. Implementasi	31
E. Evaluasi	34
BAB IV PEMBAHASAN.....	37
A. Pengkajian	37
B. Diagnosis keperawatan.....	37
1. Diagnosa yang di temukan penulis.....	38
2. Diagnosa lain yang seharusnya muncul tetapi tidak penulis angkat	41
BAB V PENUTUP.....	43
A. Kesimpulanya.....	43
B. Saran.....	43
DAFTAR PUSTAKA	44
LAMPIRAN – LAMPIRAN.....	46



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. PATHWAYS.....	19
Gambar 3.1. GENOGRAM.....	21



DAFTAR LAMPIRAN

LAMPIRAN 1. LEMBAR KONSULTASI	46
LAMPIRAN 2. FORM BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH (KTI)	47
LAMPIRAN 3. LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN	48



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Gagal Jantung Kongestif (CHF) adalah suatu kondisi dimana cairan menumpuk di kompartemen intravaskuler dan ruang interstisial akibat ketidakmampuan ginjal untuk menghilangkan garam dan udara, meningkatkan tekanan di dalam jantung, termasuk dispnea paru, rales, dan edema, terkadang disebut sebagai peningkatan tekanan diastolic akhir ventrikel kiri (PERKI, 2020).

Frekuensi gagal jantung kongestif 63,34 juta kejadian gagal jantung kongestif dan 8,52 juta diagnose gagal jantung per 1000 individu secara global dilaporkan oleh *Global Health data exchange* pada tahun 2020 (Lippi et al, 2020). Gagal jantung memiliki tingkat morbiditas dan mortalitas yang tinggi, yang meningkatkan biaya perawatan Kesehatan secara global (Savarse et al, 2017). Menurut *global Burden of Disease (GBD 2019 Disease and Injuries Collaborators, 2020)*, Stroke merupakan penyebab utama kematian di Indonesia pada tahun 2019, gagal jantung adalah penyebab kematian kedua. Menurut Risked 2018, prevalensi CHF secara nasional adalah 1,5 % dan 4,6 % pada usia 65 tahun hingga 74 tahun, sedangkan di provinsi Lampung sebesar 1,2 % tingkat pada penyakit jantung.

Ketidakmampuan jantung memompa cukup darah untuk mendukung kebutuhan metabolisme pada tubuh mengakibatkan gagal jantung kongestif, suatu sindrom klinis progresif (Wells, Dipiro, Schwinghammer, & Dipiro, 2020). Gagal jantung adalah penyakit umum yang pengobatannya membutuhkan biaya yang tidak sedikit dan sangat melemahkan orang dan terkait dengan rejimen pengobatan yang sangat rumit dan beragam (Wankhede, Pardeshi, Ghorpade, & Ghongane, 2020). Komoditas obat yang digunakan untuk penyakit kardiovaskuler tidak selalu tanpa efek samping, dan jika tidak dikontrol dengan hati-hati, bahkan dapat menimbulkan efek negative, penggunaan lebih banyak obat oleh pasien

jantung meningkatkan resiko pengembangan masalah terkait obat seperti ADRS, interaksi obat ke obat ,Menurut laporan 99% kunjungan dokter untuk alasan terkait pengobatan adalah untuk obat kardiovaskuler .Setiap pasien jantung kelima memiliki komdisi yang diketahui (BPOM RI, 2020).

Meskipun tehnik manajemen nyeri non farmakologis seperti pernafasan dalam juga sering di giunakan rumah sakit, penggunaan terapi tehnik relaksasi otot progresif untuk mengurangi nyeri masih belum umum.Sebaliknya ,obat analgesic dan obat penghilang rasa sakit lainnya lebih sering di berikan .Menurut penelitian Fitriani et al. tahun 2019 ,terapi relaksasi otot progresif membantu mengurangi kecemasan ,keputusasaan,dan ketidaknyamanan terhadap nyeri .menurut hasil asuhan keperawatan selama tiga hari yang dikombinasikan dengan ENBP ,terapi relaksasi otot progresif dapat membantu pasien mengalami nyeri berkurang secara keseluruhan (wijaya & nurhidayati, 2020).

Manajemen nyeri yang dilakukan di rumah sakit lebih berfokus pada manajemen nyeri secara farmakologis yaitu dengan pemberian obat analgesik/obat anti nyeri walaupun manajemen nyeri non farmakologis seperti nafas dalam juga diterapkan, namun belum sampai kepada penerapan terapi tehnik relaksasi otot progresif untuk mengurangi rasa nyeri . Sesuai dengan penelitian Fitriani dkk (2019) bahwa terapi relaksasi otot progresif dapat menurunkan nyeri kecemasan dan depresi. Hasil asuhan keperawatan selama 3 hari dengan EBNP menunjukan bahwa terapi relaksasi otot progresif mampu menurunkan skala tingkat nyeri pada pasien (wijaya & nurhidayati, 2020).

Penyedia asuhan keperawat,pengasuh,pendidik ,coordinator,konsultan dan peneliti adalah beberapa peran yang dilakukan perawat (Potter & Perry, 2020).Sebagai care giver ,seorang perawat berperan penting dalam memenuhi kebutuhan pasien akan pengasuhan,dan pengasuhan mulai memberi pelayanan keperawatan .Selain itu perawat berperan sebagai konselor ,membantu pasien membuat keputusan tentang kondisi stau

masalah Kesehatan yang sedang mereka alami .Berangkat dari konteks di atas tersebut ,maka penulis menulis karya tulis ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Tn.A Dengan Congestive Heart Failure (CHF) Di Ruang Baitul Izzah 1 RSI Sultan Agung Semarang ” .

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

penulisan Karya Tulis Ilmiah ini yaitu untuk mengetahui dan dapat melakukan asuhan keperawatan pada Tn. A dengan Gagal Jantung Kongestif (CHF).

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui Konsep dasar penyakit *Congestive Heart Failure* (CHF) meliputi pengertian, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinik, pemeriksaan diagnostik, komplikasi, penatalaksanaan medis, pathways
- b. Melakukan pengkajian keperawatan pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) di ruang B Izzah 1 RSI Sultan Agung Semarang
- c. Menentukan intervensi keperawatan pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) di ruang B Izzah 1 RSI Sultan Agung Semarang
- d. Menentukan diagnosa keperawatan pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) di ruang B Izzah 1 RSI Sultan Agung Semarang.
- e. Melakukan implementasi keperawatan pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) di ruang B Izzah 1 RSI Sultan Agung Semarang.
- f. Mengevaluasi asuhan keperawatan pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) di ruang B Izzah 1 RSI Sultan Agung Semarang.
- g. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) di ruang B Izzah 1 RSI Sultan Agung Semarang.

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi Institusi Pendidikan

Menjadi bahan tambahan wacana dan kepustakaan bagi mahasiswa proses asuhan keperawatan medikal bedah khususnya *Congestive* dalam *Heart Failure*. Serta untuk mengetahui kemampuan mahasiswa dalam memberikan asuhan keperawatan pada Tn.A

2. Bagi Lahan Praktik

Dapat digunakan sebagai masukan bagi rumah sakit dalam meningkatkan pelayanan keperawatan khususnya keperawatan pada klien yang mengalami *Congestive Heart Failure*

3. Bagi Masyarakat

Memberikan pengetahuan dan pemahaman bagi masyarakat tentang Gagal Jantung *Kongestif Heart Falue*.



BAB II

KAJIAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Penyakit

1. Pengertian

Congestive Heart Failure (CHF) adalah kondisi di mana jantung tidak mampu memompa darah dengan cukup efektif untuk memenuhi kebutuhan tubuh. Kondisi ini biasanya terjadi ketika jantung mengalami kerusakan atau kelemahan pada ototnya, sehingga tidak mampu memompa darah dengan cukup kuat atau volume yang cukup besar (Maharani, 2022)

2. Etiologi

Penyebab dari gagal jantung kronis bisa disimpulkan sebagai berikut (Saida, Haryati, & Rangki, 2020):

a. Penyakit jantung koroner atau serangan jantung

Kondisi ini terjadi ketika terdapat penyempitan atau sumbatan pada pembuluh darah yang mengalirkan darah ke jantung. Hal ini dapat mengurangi pasokan darah ke jantung dan menyebabkan kerusakan pada otot jantung.

b. Darah tinggi

Tekanan darah tinggi atau hipertensi dapat menyebabkan kerusakan pada pembuluh darah dan jantung. Tekanan darah yang terus-menerus tinggi dapat memperburuk kondisi gagal jantung kronis.

c. Penyakit katup jantung

Kerusakan pada katup jantung dapat mengurangi aliran darah keluar dari jantung dan memperberat kondisi gagal jantung kronis.

d. Kelainan pada jantung sejak lahir

Beberapa orang lahir dengan kelainan jantung yang menyebabkan aliran darah yang tidak normal dan dapat menyebabkan kerusakan pada otot jantung.

e. Mengonsumsi alkohol dan merokok secara berlebihan

Konsumsi alkohol dan merokok secara berlebihan dapat merusak jantung dan pembuluh darah, memperburuk kondisi gagal jantung kronis, dan meningkatkan risiko serangan jantung.

f. Penyakit paru-paru yang kronis

Penyakit paru-paru seperti emfisema atau asma dapat mengurangi aliran oksigen ke jantung dan memperburuk kondisi gagal jantung kronis.

g. Infeksi pada jantung

Infeksi pada jantung seperti endokarditis dapat merusak jaringan jantung dan memperburuk kondisi gagal jantung kronis.

h. Gangguan irama jantung atau aritmia

Gangguan irama jantung seperti fibrilasi atrial dapat menyebabkan jantung bekerja terlalu keras dan memperburuk kondisi gagal jantung kronis.

i. Efek samping dari obat-obatan tertentu

Beberapa obat-obatan dapat menyebabkan kerusakan pada jantung dan memperburuk kondisi gagal jantung kronis.

j. Faktor risiko lain

Faktor risiko lain seperti obesitas, kurang olahraga, dan stres juga dapat meningkatkan risiko gagal jantung kronis.

3. Klasifikasi

Klasifikasi CHF yang di gunakan di kancan internasional untuk mengelompokan atau mengklasifikasikan gagal jantung adalah klasifikasi menurut New York Heart Association (NYHA), menurut NYHA klasifikasi funsonal CHF di bagi menjadi 4 kelas yaitu:

Kelas 1 : Bila pasien dapat melakukan aktivitas yang berat tanpa sesak napas dan keletihan.

Kelas 2 : Bila ada sedikit keterbatasan aktivitas fisik, aktivitas fisik biasanya menyebabkan keletihan dan sesak napas namun gejala akan

hilang dengan istirahat (klien tidak dapat melakukan aktivitas lebih berat dari aktivitas sehari-hari).

Kelas III : Bila klien tidak dapat melakukan aktivitas sehari-hari tanpa keluhan, biasanya pada keadaan ini telah terjadi edema pulmonal.

Kelas IV : Bila klien sama sekali tidak dapat melakukan aktivitas apapun dan harus tirah baring, sesak napas bahkan terjadi ketika klien istirahat. (Muttaqin, 2019; Mansjoer, et al., 2019).

4. Patofisiologi

Merokok adalah penyebab utama gagal jantung kongestif karena merusak lapisan arteri, menebalkan dinding arteri, mengganggu aliran darah di sepanjang arteri akibat penumpukan lemak dan plak, serta merusak otot jantung. Kegagalan sistolik menyumbang sekitar 70% dari kasus gagal jantung kongestif. Kurva fungsi ventrikel tertekan, dan kontraktilitas miokard berkurang. Hilangnya sel miokard yang disebabkan oleh iskemia atau infark, kardiomiopati, atau peradangan berdampak pada fungsi sistolik. Kelemahan, kelelahan, dan kapasitas aktivitas berkurang adalah semua efek samping dari gagal jantung sistolik yang menurunkan curah jantung karena penurunan komplians ventrikel akibat kegagalan diastolic, pengisian ventrikel terganggu (Aaronson & Ward, 2018).

5. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis atau gejala gagal jantung kronis dapat bervariasi tergantung pada seberapa parah kondisi tersebut (Lukitasari, Dkk, & Kristianingrum, 2021). Beberapa gejala klinis yang sering terjadi pada pasien dengan gagal jantung kronis meliputi:

- a. Sesak napas, pasien akan mengalami kesulitan bernapas, terutama saat berbaring atau melakukan aktivitas fisik
- b. Kelelahan dan Lelah, pasien sering merasa lelah dan kelelahan bahkan setelah melakukan aktivitas fisik yang ringan.

- c. Pembengkakan pada kaki dan pergelangan kaki, pasien dapat mengalami pembengkakan pada kaki dan pergelangan kaki karena sirkulasi darah yang tidak efektif
- d. Nyeri dada, pasien akan mengalami nyeri dada atau ketidaknyamanan di dada.
- e. Batuk atau mengi, pasien akan mengalami batuk atau mengi akibat penumpukan cairan di paru-paru.
- f. Detak jantung yang cepat atau tidak teratur, pasien dapat mengalami detak jantung yang cepat atau tidak teratur akibat kompensasi neurohormonal

6. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut (kasron & asikin, 2019) pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada penderita CHF antara lain :

a. EKG

Untuk mengidentifikasi hipertrofi atrium atau ventrikel ,infrak,aksis penyimpanan,iskemia,destruksi pola,dan untuk mengetahui apakah ada bradikardia ,takikardia,atau salah satu dari ini.

b. Pemeriksaan lab darah

Elektrolit : berpotensi berubah akibat obstruksi cairan dan gangguan fungsi ginjal.

Oksimetri nadi : dapat menunjukkan tingkat oksigen yang rendah

AGD : alkalosis respiratorik ringan atau hipoksemia dengan peningkatan PCO₂

c. Radiologis

Sonogram Ekokardiogram, dapat mengungkapkan penurunan kontraktilitas ventrikel dan perubahan ruang yang lebih besar dalam fungsi struktur katup.

Rontgen Dada : pembesaran jantung ,edema paru,dan sesak paru-paru semuanya terlihat pada rontgen dada .bayangan mewakili perubahan tekanan paru atau pembuluh darah atau dilatasi atau

hipertrofi ventrikel

7. Komplikasi

Menurut (Nurhayati, Andari, & Fredika, 2020) komplikasi yang dapat muncul pada CHF yaitu :

a. Syok kardiogenik

Dengan adanya gangguan fungsi ventrikel ,syok di diagnosis .Dampaknya dapat terjadi gangguan berat pada perfusi jaringan ,gejala yang terjadi di sebabkan oleh infark miokardium akut,gangguan ini di sebabkan oleh hilangnya 40% atau lebih jaringan otot pada ventrikel kiri karena ketidak seimbangan antara kebutuhan dan persediaan oksigen miokardium.

b. Edema

Edema pada manusia di sebabkan oleh cairan interstitial paru yang berubah dari keadaan negative menjadi positif.penyebab paling umum oleh kondisi katub miral.kondisi ini menghambat pertumbuhan tekanan kapiler paru-paru yang disebabkan oleh infeksi seperti pneumonia atau,lebih jarang oleh paparan.

8. Penatalaksanaan medis

Menurut (Nuhayati, Andari, & Fredika, 2020) penatalaksanaan yang dapat di lakukan pada CHF yaitu :

Penatalaksanaan penyakit jantung kronik meliputi:anamnesis dan pemeriksaan fisik secara menyeluruh untuk mengidentifikasi penyebab masalah jantung dan menilai keparahan penyakit,serta di lakukan pemeriksaa tes diagnostik untuk mendiagnosis gagal jantung dan dilakukan nya tes modalitas invasif untuk melihat respon jantung terhadap aktivitas.

9. Penatalaksanaan Keperawatan

(Murniati & Isma, 2020) menyebutkan beberapa penatalaksanaan keperawatan yang dapat dilakukan pada CHF yaitu :

a. Relaksasi Otot Progresif

Tehnik relaksasi otot progresif merupakan terapi untuk mempertahankan kondisi relaksasi yang melibatkan kontraksi dan relaksasi berbagai kelompok otot mulai dari kaki menghadap ke atas atau dari kepala ke arah bawah ,dengan cara ini maka akan disadari dimana otot itu akan berada dan dalam hal ini akan meningkatkan kesadaran terhadap respon otot tubuh .

Relaksasi otot progresif menurut (Kobayashi, S., & Koitabashi, 2019) Dapat mengurangi nyeri,kecemasan,,dan gejala depresi ,meningkatkan kualitas tidur mengurangi kelelahan ,dan mengurangi nyeri ,oleh karena itu tehnik ini merupakan satu-satunya terapi komplementer yang paling efektif yang dapat digunakan untuk membatu orang mempertahankan nyeri .Tujuan EBNP ini adalah mempelajari Teknik relaksasi progresif yang mengurangi nyeri.

1. Prosedur pelaksanaan /SOP:

a. Tahap prainteraksi.

- 1) Tahap prainteraksi.
- 2) Melihat program terapi.
- 3) Membasuh tangan
- 4) Melihat klien dengan benar.
- 5) Mempersiapkan alat

b. Tahap orientasi

- 1) Salam
- 2) Kontrak waktu
- 3) Tujuan dan prosedur
- 4) Meminta persetujuan klien

c. Tahap kerja.

- 1) Gerakkan 1 : diberi untuk melatih tangan.
 - a) Kepal tangan kiri
 - b) Buat kepalan menjadi kuat sambil merasakan sensasi ketegangan yang terjadi.

- c) Saat kepala dilepaskan ,rasakan relaksasi selama 10 detik.
 - d) Gerakan pada tangan kiri ini dilakukan dua kali sehingga dapat membedakan perbedaan antara ketegangan otot dan keadaan relaks yang dialami.
 - e) Lakukan gerakan yang sama pada tangan kanan
- 2) Gerakkan 2 : di peragakan untuk melatih otot punggung tangan
- a) Pengencangan otot punggung tangan dan lengan bawah dapat dilakukan dengan menekuk kedua lengan ke belakang pada pergelangan tangan.
 - b) Menunjuk jari ke atas
- 3) Gerakkan 3 : di gunakan untuk melatih otot bisep ,otot yang cukup besar di bagian atas pangkal lengan.
- a) Kepalkan tangan anda dengan mengepalnya erat-erat.
 - b) Setelah itu ,kepalkan kedua tangan ke bahu untuk mengencangkan otot bisep.
- 4) Gerakkan 4 : di demotrasikan untuk melatih otot bahu
- a) Junjung kedua bahu sampe menyentuh kedua telinga.
 - b) Pusatkan perhatian pada punggung bahu.
- 5) Gerakkan 5-6 : di tunjukan untuk melemaskan otot wajah seperti (dahi,mata,rahang,dan mulut).
- a) Gerakan otot dahi dengan cara mengeritkan dahi dan alis sampai otot terasa kulitnya keriput.

- b) Tutup keras-keras mata sehingga dapat dirasakan ketegangan di sekitare mata dan otot yang mengendalikan gerakan mata.
- 6) Gerakkan 7 : di tunjukan untuk mengendurkan ketegangan yang di alami oleh rahang otot,katuopkan rahang di ikuti dengan mengigit gigi sehingga terjadi ketegangan di sekitar otot rahang.
- 7) Gerakkan 8 : di tunjukan untuk mengendurkan otot-otot di sekitar mulut .bibir di moncongkan sekuat-kuatnya sehingga akan dirasakan ketegangan di sekitar mulut.
- 8) Gerakkan 9 : di tunjukan untuk merilekskan otot leher bagian depan maupun belakang.
- a) Gerakan di awali dengan otot leher bsagian belakang baru kemudian otot leher bagian depan.
- b) Letakan kepala sehingga dapat beristirahat.
- c) Tekan kepala pada permukaan bantalan kursi sedemikian rupa sehingga dapat merasakan ketegangan di bagian bagian leher dan punggung atas.
- 9) Gerakkan 10 : di tunjukan untuk melatit otot leher bagian depan.
- a) Gerakan membawa kepala ke muka.
- b) Benamkan dagu ke dada ,sehingga dapat merasakan ketegangan di daerah leher bagian muka.
- 10) Gerakkan 11 : dilakukan untuk melatih otot punggung .
- a) Angkat tubuh dari sandaran kursi.

- b) Punggung di lengkungkan.
 - c) Busungkan dada,tahan kondisi selama 10 detik ,kemudian relaks.
 - d) Saat relaks letakan tubuh kembali ke kursi sambil membiarkan otot menjadi lurus.
- 11) Gerakkan 12 : di tunjukan untuk melemaskan otot dada.
- a) Tarik napas panjang untuk mengisi paru-paru dengan udara sebanyak –banyaknya.
 - b) Di tahan selama beberapa saat,sambil merasakan ketegangan dibagian dada sampai turun ke perut,kemudian di lepas.
 - c) Saat tegangan dilepas ,lakukan napas normal dengan lega .ulangi sekali lagi sehingga dapat dirasakan perbedaan antara kondisi tegang dan relaks.
- 12) Gerakkan 13 : ditunjukkan untuk melatih otot perut.
- a) Tarik dengan kuat perut kedalam.
 - b) Tahan sampai menjadi kencang dan keras selama 10 detik,lalu di lepaskan bebas.
 - c) Ulangi kembali gerakan awal untuk perut.
- 13) Gerakkan 14 – 15 : di tunjukan untuk melatih otot-otot kaki (seperti paha dan betis).
- a) Luruskan kedua telapak kaki sehingga otot paha terasa tegang .
 - b) Lanjutkan dengan mengunci lutut sedemikian rupa sehingga ketegangan pindah ke otot betis.
 - c) Tahan posisi tegang selama 10 detik ,lalu dilepas.

d) Ulangi setiap gerakan masing-masing 2 kali.

d. Tahap akhir

- 1) Penilaian hasil kegiatan.
- 2) Kontrak waktu yang akan datang.
- 3) Mengajak pasien membaca hamdalah.
- 4) Membasuh tangan.

e. Dokumentasi

- 1) Tulis waktu.
- 2) Tulis respon klien.
- 3) Tanda tangan .

B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan perlu dilakukan secara menyeluruh untuk menegakkan diagnosa keperawatan dengan tujuan untuk menentukan tindakan keperawatan yang akan dilakukan pada pasien dengan CHF. Pengkajiannya meliputi:

- a. Keluhan yang dirasakan oleh pasien seperti:
 - 1) Merasakan dada sesak seperti memakai baju ketat.
 - 2) Terasa cepat lelah atau kelelahan sepanjang hari.
 - 3) Palpitasi dan berdebar-debar
- b. Riwayat penyakit yang pernah di alami oleh pasien seperti: hipertensi renal, angina, infark miokard kronis, diabetes melitus, bedah jantung, katub jantung, endokarditis, lupus eritematosus sistemik (*systemic lupus erythematosus*) dan disritmia.
- c. Riwayat diet seperti: intake gula, garam, lemak, kafein, dan alkohol.
- d. Riwayat pengobatan: toleransi obat, obat-obat penekan fungsi jantung, steroid, seberapa banyak jumlah cairan per-IV, adanya alergi terhadap obat.(Udjianti, 2011; Asikin, 2019).
- e. Pemeriksaan fisik
 - 1) Inspeksi

Pemeriksaan fisik inspeksi pada CHF dapat dilihat tanda dan gejala yang terdapat pada pasien yaitu peningkatan respirasi, dispnea, JVP, edema kaki.

2) Palpasi

Pemeriksaan dapat dilakukan dengan pemeriksaan pada posisi jantung, yaitu PMI akan bergeser ke kiri inferior karena terjadi dilatasi hipertrofi ventrikel, pulsasi perifer menurun, serta edema pada ekstermitas yang akan menyebabkan pitting.

3) Auskultasi

Pemeriksaan auskultasi pada CHF yaitu suara paru menurun, adanya *basilar rales* menyebabkan cairan pada jaringan paru suara jantung S1, S2 menurun, S3 meningkat dan terdengar suara murmur jantung. (Padila, 2019).

2. Diagnosa Keperawatan Dan Fokus Intervensi

a. Diagnosa keperawatan

Menurut (PPNI DPP, 2017) :

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan.

Diagnosa keperawatan (SDKI) menurut (PPNI DPP, 2017)

- 1) **D.0077** Nyeri Akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (PPNI DPP, 2017)
- 2) **D.0001** Bersihan jalan napas tidak efektif adalah ketidakmampuan membersihkan secret atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan napas tetap paten (PPNI DPP, 2017)

- 3) **D.0056** Intoleransi aktivitas adalah ketidak cukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari (PPNI DPP, 2017)

b. Intervensi keperawatan

Menurut (PPNI DPP S. T., 2018) :

Intervensi keperawatan merupakan segala bentuk terapi yang di kerjakan oleh perawat yang di dasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan, dan pemulihan kesehatan klien individu, keluarga, dan komunitas.

Intervensi keperawatan (SIKI) menurut (PPNI DPP S. T., 2018) :

- 1) D.0077 Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

Tujuan dan Kriteria Hasil :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan nyeri membaik dengan kriteria hasil :

- a) Keluhan nyeri pasien menurun
- b) Meringis dapat menurun
- c) Gelisah menurun

Intervensi Keperawatan : Relaksasi otot progresif, Tarik napas dalam Observasi

- (1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas intensitas nyeri
- (2) Identifikasi skala nyeri
- (3) Identifikasi respon nyeri secara non verbal
- (4) Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri
- (5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- (6) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup

Terapeutik

- (1) Berikan posisi yang nyaman
- (2) Berikan tehnik non farmakologis
- (3) Fasilitasi istirahat dan tidur
- (4) Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri

Edukasi

- (1) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- (2) Jelaskan penyebab,periode,dan pemicu nyeri
- (3) Ajarkan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Kolaborasi

- (1) Kolaborasi pemberian analgetik jika perlu
- 2) D.0001 Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif berhubungan dengan Sekresi yang tertahan

Tujuan dan Kriteria Hasil :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan

Bersihan jalan napas membaik dengan kriteria hasil:

- a) Mampu melakukan batuk efektif
- b) Menunjukkan jalan nafas yang paten

Observasi

- (1) Monitor pola napas
- (2) Monitor sputum/secret
- (3) Monitor bunyi napas tambahan

Terapeutik

- (1) Berikan oksigen
- (2) Pertahankan kepatenan jalan napas
- (3) Lakukan fisioterapi dada
- (4) Pertahankan kepatenan jalan napas

Edukasi

- (1) Anjurkan asupan cairan 2000 mL/hari

Kolaborasi

- (1) Kolaborasi pemberian bronkodilator jika perlu
- 3) D.0056 Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

Tujuan dan Kriteria Hasil :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan nyeri membaik dengan kriteria hasil :

- a) Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari meningkat

- b) Keluhan lelah menurun
- c) Kekuatan tubuh meningkat

Observasi

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

Terapeutik

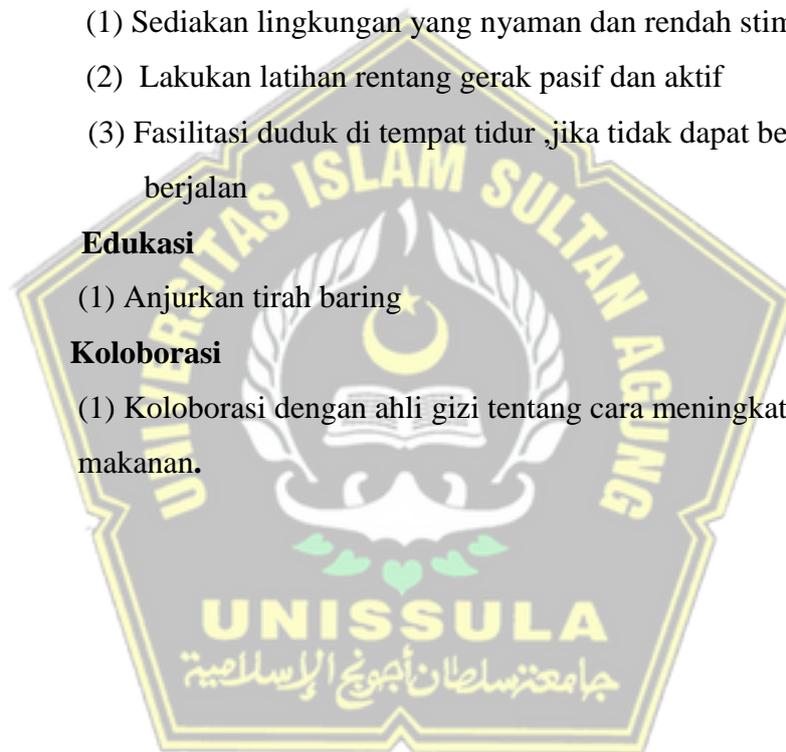
- (1) Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus
- (2) Lakukan latihan rentang gerak pasif dan aktif
- (3) Fasilitasi duduk di tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan

Edukasi

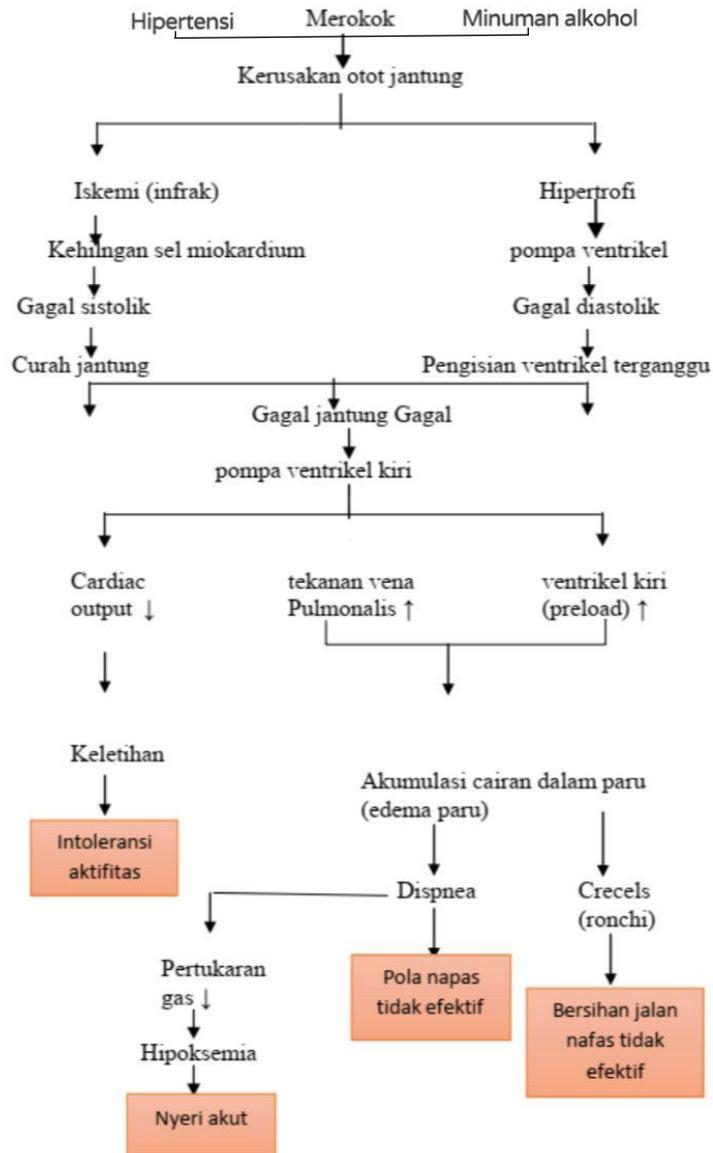
- (1) Anjurkan tirah baring

Kolaborasi

- (1) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.



C. PATHWAYS



Gambar 2.1. PATHWAYS

Sumber : (WOC) dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia dalam (PPNI,2019)

BAB III

LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN

Pengkajian dilakukan pada tanggal 13 Juni 2022 jam 11.30 WIB di ruang Baitul-Izzah 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang, dari pengkajian tersebut didapatkan data sebagai berikut:

1. Data umum

a. Identitas pasien

Pasien beridentitas Tn. A berumur 56 tahun. Pasien bertempat tinggal di Semarang, pasien bekerja sebagai wiraswasta, pendidikan terakhir pasien SMA. pasien suku Jawa Indonesia. pasien masuk ke RSI Sultan Agung Semarang pada tanggal 12 Juni 2022 dengan diagnosa Congestive Heart Failure (CHF).

b. Identitas penanggung jawab

Pasien selama dirawat di rumah sakit yang menemani sekaligus bertanggung jawab adalah saudaranya yang bernama Tn.D yang berusia 35 tahun berjenis kelamin laki-laki dan beragama islam. Tn.D berasal dari suku jawa bangsa Indonesia yang bertempat tinggal di semarang . Pekerjaan Tn.D sebagai pegawai swasta. Hubungan sebagai saudara.

b. Keluhan utama

Pasien mengatakan dada sebelah kirinya nyeri/sakit sampai menjalar ke punggung saat dibuat aktifitas maupun istirahat

a. Status kesehatan saat ini

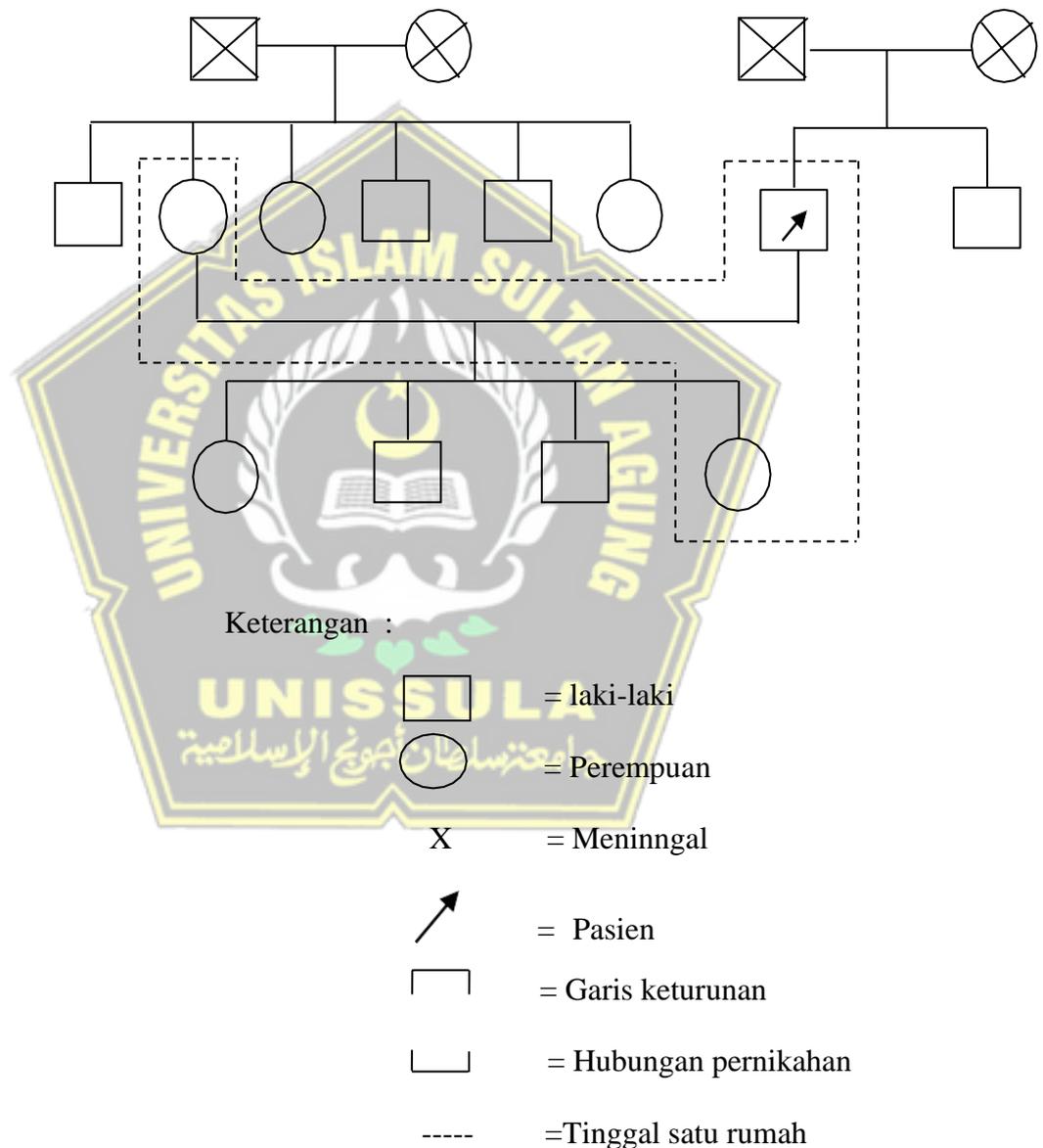
Pasien mengatakan nyeri pada dada, nyeri seperti di tusuk-tusuk, skala nyeri 6, hilang timbul selama 5 menit. Nyeri sudah berlangsung kurang lebih 3 hari terakhir di sertai sesak nafas, dan badan lemas setelah beraktivitas, pada tanggal 13 juni pasien di bawa ke Rsi Sultan Agung Semarang lalu di rawat inap di bangsal Baitul Izzah 1

b. Riwayat kesehatan lalu

Pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit Hipertensi. Pasien mengatakan tidak pernah mengalami kecelakaan, tidak ada alergi pada obat-obatan, makanan, maupun minuman

c. Riwayat kesehatan keluarga

1) Genogram tiga generasi



Gambar 3.1. GENOGRAM

2) Riwayat kesehatan keluarga

Pasien mengatakan keluarga tidak ada yang menderita penyakit yang sama dengan pasien, saat ini tidak ada anggota keluarga yang sedang menderita suatu penyakit

d. Riwayat kesehatan lingkungan

Pasien mengatakan kebersihan rumah dan lingkungannya terjaga dan jauh dari bahaya. Rumah pasien di pedesaan sehingga tidak ada pabrik industri di sekitar rumah pasien, pasien mengatakan untuk *personal hygiene* menggunakan air PAM, untuk air memasak dan minum menggunakan air galon isi ulang

2. Pola Kesehatan Fungsional (Data Fokus)

a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

1) Persepsi pasien tentang kesehatan diri

Sebelum sakit

Pasien mengatakan selalu memeriksakan kesehatannya ke puskesmas terdekat, pasien mengatakan jika dirinya tidak ada pantangan dalam makanan.

Setelah Sakit

Pasien mengatakan bahwa kesehatan dirinya sangat penting, pasien mengatakan akan bersedia mengikuti semua program pemeliharaan kesehatan atau diit yang di berikan rumah sakit.

2) Pengetahuan dan persepsi pasien tentang penyakit dan perawatannya

Sebelum sakit

Pasien mengatakan tidak mengetahui tentang penyakitnya dan tidak tahu cara melakukan perawatan dan cara mempertahankan kesehatannya.

Setelah sakit

Pasien mengatakan belum paham terkait penyakitnya dan cara mempertahankan kesehatannya seperti diet rendah protein, rajin berolahraga, dan meminum obat secara teratur

- 3) Upaya yang biasa dilakukan dalam mempertahankan kesehatan
- Sebelum sakit
- Pasien mengatakan jika dirinya mengalami sakit maka dirinya akan segera memeriksakan kesehatannya ke puskesmas terdekat
- Setelah sakit
- Pasien mengatakan bersedia mengikuti semua perawatan dari rumah sakit.
- 4) Kemampuan pasien untuk mengontrol kesehatan
- Sebelum sakit
- Pasien mengatakan saat sakit ia hanya minum obat warung dan berobat ke puskesmas terdekat.
- Setelah sakit
- Pasien mengatakan saat sakit sudah tak tertahankan pasien langsung dibawa berobat ke rumah sakit oleh keluarganya.
- 5) Kebiasaan hidup
- Sebelum sakit
- Pasien mengatakan menjalani aktivitas layaknya suami , pasien merokok, tidak mengkonsumsi alkohol dan jarang melakukan olahraga.
- Setelah sakit
- Pasien mengatakan sudah tidak dapat melaksanakan tugasnya sebagai seorang suami, pasien tidak merokok, tidak mengkonsumsi alkohol dan jarang melakukan olahraga.
- 6) Faktor sosio-ekonomi
- Sebelum sakit
- Pasien mengatakan untuk kebutuhan hidupnya di tanggung sendiri dan di bantu oleh anak-anaknya.
- Setelah sakit
- Pasien mengatakan berobat menggunakan BPJS kelas III.

b. Pola eliminasi

1) Pola BAB

Sebelum sakit pasien mengatakan BAB lancar 1 x sehari dengan konsistensi lembek.

Setelah sakit pasien mengatakan BAB tetap lancar 1 x sehari konsistensi lembek

2) Pola BAK

Sebelum sakit

Pasien mengatakan sehari 4 sampai 5 kali BAK, konsistensi cair berwarna kuning, tidak bercampur darah, tidak ada keluhan nyeri saat BAK, berbau khas *urine*.

Setelah sakit

Pasien terpasang kateter pada saat dilakukan pengkajian terdapat *urine* di dalam *urine bag* sebanyak 2000 ml warna kuning keruh tidak bercampur darah.

c. Pola aktivitas dan latihan

Sebelum sakit

Pasien mengatakan sehari-hari kegiatannya adalah sebagai kepala keluarga, tidak mengalami hambatan atau masalah, tidak pernah melakukan olahraga, tidak ada keluhan saat beraktivitas, tidak mengalami kesulitan untuk merawat diri baik mandi maupun berhajat.

Setelah sakit

Pasien mengatakan sudah tidak dapat lagi menjalankan aktivitas seperti biasanya karena merasakan nyeri dan lemas, pasien lemah hanya terbaring di tempat tidur, untuk semua aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat termasuk merawat diri dan berhajat. Pasien juga terpasang oksigen *nassal cannul* 3 liter per menit.

d. Pola istirahat dan tidur

Sebelum sakit

Pasien mengatakan tidur cukup 2 x/hari siang dan malam dengan lamanya 1 jam tidur siang dan 7 jam tidur malam, tidak mengalami kesulitan tidur.

Setelah sakit

Pasien mengatakan sulit untuk tidur karena lingkungan di bangsal yang berisik dan tidak nyaman, tidur sehari kurang lebih 7 jam, mudah terbangun ketika merasakan nyeri, tidur pada jam 23.00 terjaga pada jam 02.00 dan setelahnya dapat tidur kembali pada jam 03.00 dan bangun kembali pada jam 06.00

e. Pola nutrisi dan metabolik

Sebelum sakit

Pasien mengatakan nafsu makan baik, makan 3-4 x/hari, 1 porsi habis, menyukai semua makanan, tidak ada keluhan dalam makan seperti mual atau muntah, minum sekitar 6-7 gelas/hari air putih.

Setelah sakit

Pasien mengatakan nafsu makan baik, makan 2 x/hari dari program diet rumah sakit dengan menu bubur TIM, seporsi habis, tidak ada keluhan mual dan muntah, minum sekitar 8 gelas/hari.

f. Pola kognitif - persepsi dan sensori

Sebelum sakit

Pasien mengatakan tidak ada masalah dalam penglihatan maupun pendengaran, pasien mampu mengingat kejadian dalam hidupnya dan mampu mengambil keputusan sendiri, tidak mengalami kesulitan dalam beraktivitas.

Setelah sakit

Pasien mengatakan tidak ada masalah dalam penglihatan maupun pendengaran, pasien mampu mengingat kejadian dalam hidupnya saat sakit keputusan yang diambil dibantu oleh keluarga, pasien mengatakan nyeri pada dadanya.

Persepsi pasien terhadap nyeri adalah **P** : nyeri saat beraktivitas, **Q** : nyeri seperti tertindih, **R** : nyeri di bagian dada, **S** : skala nyeri yang dirasakan pasien 6, **T** : hilang timbul.

g. Pola persepsi diri dan konsep diri

Sebelum sakit

Pasien mengatakan selalu menghargai dirinya dan selalu mempunyai harapan terhadap dirinya. Karena pasien meyakini akan semua takdir yang telah di tetapkan ALLAH SWT. Terhadap dirinya itu adalah baik. Pasien mengatakan selalu melakukan ibadah shalat 5 waktu dan melaksanakan tugasnya sebagai kepala rumah tangga dengan baik.

Setelah sakit

Pasien mengatakan merasa sedih karena kondisinya saat ini dirinya tidak bisa menjalani aktivitas seperti biasanya sebagai kepala rumah tangga, pasien mengatakan menerima keadaanya sekarang, dan meyakini bahwa apa yang telah menimpanya sekarang merupakan kehendak dari Allah SWT. Dan pasti ada hikmah di balik semua ini. Pasien mengatakan tetap menunaikan kewajibannya yaitu shalat 5 waktu dengan duduk di tempat tidur

h. Pola peran atau hubungan

Sebelum sakit pasien mengatakan melakukan hubungan dengan tetangga di lingkungan rumahnya, dapat berkomunikasi dengan baik, orang terdekat pasien adalah istri dan anak-anaknya, tidak ada masalah dalam hubungan keluarganya.

Setelah sakit

Pasien mengatakan tetap melakukan hubungan baik dengan pasien lainnya, mampu berkomunikasi dengan baik, pasien meminta bantuan kepada suami dan anaknya ketika mempunyai masalah, tidak ada masalah dalam hubungan keluarganya.

i. Pola seksual - reproduksi

Sebelum sakit

Pasien mengatakan tidak ada gangguan dalam hubungan seksual. Pasien memiliki 4 orang anak

Setelah sakit pasien mengatakan tidak ada gangguan dalam hubungan seksual.

j. Pola koping – toleransi stress

Sebelum sakit

Pasien mengatakan selalu mengambil keputusan sendiri dan terkadang dibantu oleh istrinya, jika terdapat masalah pasien selalu berserah diri kepada Allah SWT. dan berusaha menghadapi masalahnya dengan tegar.

Setelah sakit

Pasien mengatakan ketika mengambil keputusan selalu musyawarah dengan istrinya dan anaknya, upaya pasien dalam menghadapi masalahnya saat ini dengan terus berdoa dan mengikuti anjuran pengobatan dengan sabar. Pasien mengatakan perawat sudah membuatnya nyaman dengan memberikan pelayanan kesehatan yang baik dan sesuai syariat islam.

k. Pola nilai dan kepercayaan

Sebelum sakit

Pasien mengatakan dirinya beragama Islam pasien mampu menjalankan ibadahnya dengan baik tanpa ada masalah atau hambatan, tidak ada pertentangan keyakinan dalam menjalankan ibadahnya.

Setelah sakit

Pasien mengatakan melakukan ibadah shalat dengan cara duduk di tempat tidur karena mengaku ada hambatan dalam gerakannya. Pasien mengatakan tidak ada nilai, keyakinan, dan kebudayaan yang bertentangan dengan kesehatan dan pengobatan yang sedang dijalani.

3. Pemeriksaan Fisik (*Head to Toe*)

Pengkajian pemeriksaan fisik didapatkan data bahwa kesadaran composmentis, tanda-tanda vital: TD = 150/100 mmHg, N= 80x/menit, RR = 25 x/menit, S = 36.5°C. Bentuk kepala mesocephal, rambut berwarna hitam tidak mudah rontok, tampak bersih, pasien mengatakan kepalanya sering pusing. Bentuk mata simetris, pasien masih mampu membaca tulisan dengan jarak 30 cm, ukuran pupil 2 mm isokor, reaksi pupil terhadap cahaya baik, konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik, pasien tidak memakai alat bantu

melihat. Bentuk telinga simetris, tidak ada kemerahan di telinga, tidak ada penumpukan serumen, pasien tidak menggunakan alat bantu pendengaran. Hidung tampak bersih, terdapat sekret, tidak ada polip, tampak napas cuping hidung, pasien terpasang O₂ kanul 3 liter. Pasien tampak batuk-batuk berdahak tetapi tidak bisa mengeluarkan dahaknya. Pasien mampu berbicara dengan baik, gigi masih utuh, tidak ada gigi palsu, tidak ada gangguan menelan, tidak ada benjolan di leher, trakhea tidak bergeser.

Pada pemeriksaan jantung diperoleh hasil saat di inspeksi ictus cordis tidak tampak, tidak ada jejas, palpasi teraba ics ke 5 sinistra, terdapat nyeri tekan di bagian dada kiri, perkusi suara redup dan saat auskultasi terdengar bunyi gallop S3. Pada pemeriksaan paru-paru saat di inspeksi perkembangan dada simetris, tidak ada benjolan, pada saat palpasi tidak ada nyeri tekan, tidak ada krepitasi, saat diperkusi suara sonor, dan saat diauskultasi terdapat suara ronchi basah di lobus kiri. Pada pemeriksaan abdomen saat di inspeksi bentuk datar tidak ada luka terbuka, warna kulit sawo matang, dan tidak ada kemerahan, auskultasi terdengar suara bising usus aktif 8 kali permenit, saat diperkusi suara perut timpani, dan saat palpasi terdapat nyeri tekan di ulu hati, tidak terdapat benjolan.

Genetalia tidak terpasang kateter. Ekstremitas atas dan bawah, kuku berwarna merah muda tampak bersih, turgor kuku baik, tidak terdapat edema di area ekstremitas atas dan bawah, capillary refill kurang dari 3 detik, kemampuan otot baik, pasien tidak mampu melakukan aktifitas ringan seperti BAK, mandi dan BAB, tidak terdapat tanda-tanda infeksi di area tusukan infus. Kulit berwarna sawo matang, tampak bersih bersih, kelembaban baik, tidak terdapat edema.

4. Data penunjang

Hasil dari data pemeriksaan uji laboratorium pada tanggal 12 juni 2022 pemeriksaan hematologi, dida patkan hemoglobin hasil 15.1 dengan nilai rujukan 11.7 – 15.5 degan satuan g/dl, hematokrit didapatkan hasil 45.5 % dengan nilai rujukan 35 – 47 dengan satuan %, leukosit didapatkan hasil 4.80

dengan nilai rujukan 3.60 – 11.00 dengan satuan ribu/uL, trombosit didapatkan hasil 164 dengan nilai rujukan 150– 440 dengan satuan mm³, Golongan darah o dan RH positif.

Hasil pemeriksaan kimia klinik didapatkan hasil ureum di dapatkan hasil 40 dengan nilai rujukan 10 – 50 dengan satuan mg/dL, kreatinin didapatkan hasil 1.04 dengan nilai rujukan 0.6 – 1.10 dengan satuan mg/dL.natrium di dapatkan 140.7 dengan nilai rujukan 135-147 dengan satuan mmol/l,kalium di dapatkan hasil 4.59 dengan nilai rujukan 3.5-5.0 dengan satuan mmol/l,klorida di dapatkan hasil 113.3 dengan nilai rujukan 95-105 dengan satuan mmol/l.

5. **Diit yang diperoleh**

Bubur tim

6. **Therapy**

Terapi yang di berikan oleh dokter dari tanggal 13 juni 2020 sampai tanggal 15 juni 2020 adalah injeksi ranitidine 2 x 1 ampul (iv), furosemit 1 x 1 ampul (iv), Obat Per os: V.block 2 x 6,25 mg, valesco 1 x 80 mg, simarc 1 x 2 mg, digoxin 1 x 0,25 mg. Obat nebulizer combivent 3 x 2,5ml, pulmicort 3 x 0,25 mg, infus ringer laktate 20 tetes permenit,O₂ 3 liter permenit nasal kanul.

A. **Analisa Data**

Dari hasil pengkajian pada tanggal 13 juni 2020 jam 15.30 WIB didapatkan data pertama subjektif: pasien mengatakan adanya sakit saat melakukan aktifitas maupun istirahat, pasien mengatakan sering merasakan sakit/nyeri di bagian dada sebelah kiri sampai menjalar ke punggung, P: Nyeri meningkat saat di buat aktifitas. Q: Rasanya seperti tertindih, R: Di bagian dada sebelah kiri dan menjalar ke punggung, S: Skala 6, T: Hilang timbul, pasien mengatakan yang paling di rasakan saat ini adalah nyeri atau sakit dibagian dada sebelah kiri. Data objektif pasien tampak meringis menahan rasa sakit. TD 150/100 mmHg, N 96 ali permenit, RR 25 kali

permenit, S: 36.2° C. Berdasarkan data yang didapatkan, dapat ditegakan diagnosa keperawatan utama yaitu nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis

Data subjek yang kedua didapatkan : pasien mengeluh sering batuk-batuk, pasien tidak bisa tidur karena hambatan lingkungan, pasien mengatakan batuknya berdahak tetapi tidak bisa mengeluarkan dahaknya. Data objek : tampak napas cuping hidung, terdapat sekret, pasien tampak batuk berdahak, terdengar suara ronchi pada lobus sebelah kiri, TD : 150/100 mmHg, N : 96 kali permenit, RR : 25 kali permenit, S : 36.2⁰ C. Berdasarkan data yang didapatkan, dapat di tegakkan diagnosa bersihan jalan nafas tidak efektif b.d penumpukan skret di jalan nafas.

Data subjek ketiga didapatkan :pasien mengatakan badannya lemas, sesak napas sedangkang untuk data objektif klien tampak lemah, menggunakan kanul O₂, Berdasarkan data tersebutu didapatkan masalah keperawatan intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.

B. Diagnosa Keperawatan

1. D.0077 Nyeri Akut berhubungan denan agen pencedera fisiologis
2. D.0001 Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif berhubungan dengan Sekresi yang tertahan
3. D.0056 Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

C. Rencana Keperawatan

Pada tanggal 13 Juni 2022 jam 15.30 WIB untuk diagnosa keperawatan yang pertama setelah dilakukan tindakan 3x24 jam diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil pasien tampak tenang, pasien mampu mengungkapkan nyeri, pasien mampu mengalihkan nyerinya, tanda vital dalam rentang normal, skala nyeri 3. Tindakan keperawatan yang akan diberikan yaitu pantau TTV, pantau skala nyeri, ajarkan tehnik relaksasi otot progresif dan tehnik relaksasi napas dalam, kolaborasi pemberian obat digoxin 0,25 mg 3 x sehari.

Pada tanggal 13 Juni 2022 jam 15.30 WIB untuk diagnosa kedua setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24jam jalan nafas

pasien efektif dengan kriteria hasil : pernafasan pasien menjadi 18x per menit, sekret bisa keluar, sekret berkurang, menunjukkan jalan nafas paten, tidak terdengar suara ronchi, mampu melakukan batuk efektif. Tindakan keperawatan yang akan diberikan yaitu : pantau TTV, Ajarkan cara batuk efektif, berikan O₂ kanul 3 liter permenit, kolaborasikan pemberian nebulizer 3 kali perhari

Pada tanggal 13 Juni 2022 jam 15.30 WIB untuk diagnosa yang ketiga. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat, keluhan lelah menurun, *dispneu* saat aktivitas menurun.tindakan keperawatan yang diberikan yaitu: anjurkan tirah baring, monitor pola dan jam tidur, bantu pasien untuk identifikasi aktivitas yang akan dilakukan, bantu pasien dalam aktivitas sehari-hari yang teratur dan sesuai dengan kebutuhan (berpindah,bergerak, perawatan diri).

D. Implementasi

Tindakan keperawatan dilakukan untuk mengatasi masalah keperawatan utama berdasarkan rencana tindakan tersebut maka dilakukan tindakan keperawatan pada hari Rabu tanggal 13 Juni 2022 jam 17.00 WIB telah melakukan mengukur TTV pasien dengan data subjektif: pasien mengatakan bersedia dilakukan tindakan. Data objektif: TD: 150/100 mmHg, N: 80 kali permenit, S: 36.5⁰ C, RR: 24 kali permenit. Jam 17.00 WIB mengukur skala nyeri pasien dengan data subjektif: pasien mengatakan nyerinya skala 6, P: nyeri meningkat saat di buat jalan, Q: nyeri seperti tertindih , R: dada sebelah kiri, S: skala 6, T: hilang timbul. Data objektif: pasien tampak meringis menahan sakit. Jam 17.15 WIB mengajarkan tehnik relaksasi tarik nafas dalam dan Relaksasi otot progresif dengan data subjektif: pasien mengatakan masih merasakan nyeri. Data objektif : pasien tampak meringis menahan sakit. Jam 20.00 WIB memberikan obat digoxin 0,25 mg per oral dengan data subjektif: pasien bersedia minum obat. Data

objektif: pasien tampak minum obat. Tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah kedua berdasarkan rencana tindakan keperawatan tersebut maka dilakukan tindakan keperawatan jam 17.30 WIB mengajarkan batuk efektif dengan data subjektif: pasien mengatakan dahaknya sedikit yang keluar. Data objektif: dahaknya pasien sekitar 2 cc warnanya putih kekuningan. Jam 18.00 WIB memberikan O₂ melalui kanul 3 liter permenit dengan data subjektif: pasien mengatakan nafasnya sedikit lebih lega. Data objektif: RR: 22 kali permenit, pasien terlihat sedikit rileks. Jam 19.00 WIB memberikan nebulizer combivent dan pulmicort dengan data subjektif: pasien bersedia di lakukan tindakan nebulizer. Data objektif: nebulizer berjalan selama 10 menit. Kemudian pada pukul 19.15 WIB dilakukan implementasi diagnosa ketiga yaitu memonitor pola dan jam tidur, respon pasien dari data subjektif didapatkan pasien mengatakan pola tidurnya berubah kurang dari 8 tidur pada jam 22.00 dan bangun pada jam 04.00 sering terjaga pada malam hari karena nyeri yang dirasakan, secara objektif pasien tampak lesu, pada pukul 19.30 WIB dilakukan implementasi diagnosa ketiga yaitu membantu pasien dalam aktivitas sehari-hari sesuai kebutuhan, respon pasien dari data subjektif pasien mengatakan untuk aktivitasnya selama sakit dibantu oleh keluarga dan perawat, didapatkan data objektif pasien tampak dibantu dalam berpindah, memakai baju, perawatan diri.

Pada hari Kamis 14 Juni 2022 jam 14.00 mengukur TTV dengan data subjektif : pasien mengatakan bersedia di TTV. Data objektif: TD: 130/80 mmHg, N: 80 kali permenit, RR: 20 kali permenit, S: 36.7⁰ C, Jam 14.20 mengukur kembali skala nyeri dengan data subjektif: pasien mengatakan skala nyerinya 4, P: nyeri pada saat berjalan, Q: tertindih , R: dada sebelah kiri, S: skala 4, T: hilang timbul. Data objektif pasien tampak meringis menahan sakit. Jam 14.30 mengajarkan tehnik nafas dalam dan tehnik relaksasi otot progresif dengan data subjektif: pasien sudah mampu melakukan tehnik nafas dalam, pasien mengatakan sudah mampu mengendalikan nyeri. Tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah

kedua berdasarkan rencana tindakan keperawatan tersebut maka dilakukan di jam 14.50 memberikan O₂ melalui kanul 3 liter permenit dengan data subjektif: pasien mengatakan nafasnya menjadi lancar. Data objektif: O₂ kanul masuk sebanyak 3 liter permenit. Jam 15.00 mengajarkan kembali batuk efektif dengan data subjektif: pasien mengatakan sudah mampu melakukan batuk efektif tetapi dahaknya keluar sedikit. Data objektif: dahak yang keluar hanya sekitar 1 cc. Jam 15.00 memberikan nebulizer combivent dan pulmicort dengan data subjektif: pasien mengatakan dahaknya sudah berkurang dan nafasnya sudah lega. data objektif: nebulizer terpasang 10 menit. jam 16.15. Pada pukul 18:00 WIB dilakukan implementasi diagnosa ketiga yaitu membantu pasien dalam melakukan aktivitas sesuai kebutuhan, respon pasien berdasarkan data subjektif pasien mengatakan untuk aktivitasnya masih dibantu oleh keluarga dan perawat, objektifnya pasien tampak dibantu dalam melakukan aktivitas seperti berpindah dan perawatan diri.

Pada jumat 15 juni 2022 jam 21.00 mengukur TTV dengan data subjektif: pasien mengatakan bersedia di TTV. Data objektif: TD: 120/80 mmHg, N: 85 kali permenit, RR: 18 kali permenit, S: 36. 5⁰ C. Jam 21.15 mengukur skala nyeri dengan data subjektif: pasien mengatakan nyerinya skala 3, P: nyeri pada saat berjalan, Q: tertindih , R: dada sebelah kiri, S: skala 3, T: hilang timbul. Data objektif pasien tampak rileks. Jam 21.30 mengajarkan tehnik nafas dalam dengan data subjektif: pasien sudah mampu melakukan tehnik nafas dalam, pasien mengatakan sudah mampu mengendalikan nyeri. Data objektif: pasien tampak kooperatif. Jam 21.45 Di lakukan implementasi pada diagnosa kedua yaitu mengajarkan kembali batuk efektif dengan data subjektif: pasien mengatakan sudah mampu melakukan batuk efektif, pasien juga mengatakan ditenggorokannya sudah tidak ada dahaknya. Data objektif: tidak ada dahak yang keluar. Tanggal 15 juni 2022 Jam 07.00 memberikan nebulizer combivent dan pulmicort dengan data subjektif: pasien mengatakan bersedia di nebulizer. Data objektif: nebulizer dilakukan selama 10 menit. Dilakukan implementasi

diagnosa ketiga yaitu membantu aktifitas sehari-hari pasien sesuai kebutuhan pasien, respon pasien sesuai data subjektif pasien mengatakan untuk aktivitasnya masih di bantu oleh keluarga dan perawat, data objektifnya pasien tampak dibantu untuk aktivitas seperti memakai baju berpindah dan perawatan diri.

E. Evaluasi

Setelah dilakukan tindakan keperawatan, hasil evaluasi dilakukan pada tanggal 13 juni 2022 jam 21.00 WIB dengan diagnosa pertama pasien mengatakan nyeri di bagian dada sebelah kiri subjektif: pasien mengatakan masih merasakan nyeri, pasien mengatakan nyerinya skala 6, P: nyeri meningkat saat di buat jalan, Q: nyeri seperti tertindih , R: dada sebelah kiri, S: skala 6, T: hilang timbul. Data objektif: pasien terlihat meringis seperti menahan sakit. TD: 150/100 mmHg, N: 80 kali permenit, S: 36.5⁰ C, RR: 24 kali permenit. Analisa: masalah belum teratasi. *Planning*: lanjutkan intervensi Tarik napas dalam dan relaksasi otot progresif. Diagnosa kedua data subjek: pasien mengatakan semalam tidak bisa tidur karena batuk-batuk, pasien mengatakan dahaknya baru keluar sedikit. Data objektif: pasien masih terpasang O₂ kanul sebanyak 3 liter permenit. TD: 150/100 mmHg, N: 80 kali permenit, S: 36.5⁰ C, RR: 24 kali permenit. Analisa: masalah belum teratasi. *Planning*: lanjutksn intervensi ajarkan batuk efektif

Pada pukul 09.50 WIB dilakukan evaluasi diagnosa ketiga yaitu data subyektif pasien mengatakan pola tidurnya sudah membaik tidur pada jam 21.00 dan bangun pada jam 05.15, pasien mengatakan untuk aktivitasnya seperti berpindah dan perawatan diri masih dibantu keluarga dan perawat data Objektif pasien tampak segar. Analisa masalah teratasi sebagian (pola tidur), *Planning*: lanjutkan intervensi bantu pasien dalam aktivitas sehari-hari sesuai kebutuhan pasien, anjurkan pasien melakukan mobilisasi sederhana seperti duduk di bed.

Pada hari kamis tanggal 14 juni 2022 jam 21.00 WIB, diagnosa pertama subjek: pasien mengatakan masih merasakan nyeri, pasien

mengatakan nyerinya skala 4, P: nyeri meningkat saat di buat jalan, Q: nyeri seperti tertindih, R: dada sebelah kiri, S: skala 4, T: hila ng timbul. Data objektif: pasien terlihat meringis seperti menahan sakit. TD: 130/80 mmHg, N: 80 kali permenit, S: 36.5⁰ C, RR: 20 kali permenit. Analisa: masalah belum teratasi. *Planning*: lanjutkan intervensi Tarik napas dalam dan relaksasi otot progresif . Diagnosa kedua data subjek: pasien mengatakan dahaknya sudah semakin berkurang, pasien juga mengatakan nafasnya sudah mulai lega tetapi masih batuk. Data objektif: pasien terlihat batuk dan berdahak. TD: 130/80 mmHg, N: 80 kali permenit, S: 36.5⁰ C, RR : 20 kali permenit. Analisa: masalah belum teratasi. *Planning*: lanjutkan intervensi pemberian nebulizer. diagnosa ketiga yaitu data subjek : pasien mengatakan pola tidurnya belum membaik tidur pada jam 21.00 dan bangun pada jam 04.30, pasien mengatakan untuk aktivitasnya masih dibantu keluarga dan perawat, data obyektif : pasien tampak lesu, pasien tampak di bantu aktivitasnya seperti berpindah dan perawatan diri, analisa : masalah belum teratasi (pola tidur dan mobilisasi), *plalnnng* anjutkan intervensi bantu aktivitas sehari- hari pasien sesuai kebutuhan.

Pada hari jumat tanggal 15 juni 2022 jam 07.00 WIB. diagnosa pertama subjek: pasien mengatakan masih merasakan nyerinya sudah berkurang, pasien mengatakan nyerinya skala 3, P: nyeri meningkat saat di buat jalan, Q: nyeri seperti tertindih, R: dada sebelah kiri, S: skala 3, T: hilang timbul. Data objektif: pasien terlihat tenang dan rilek. TD: 120/80 mmHg, N: 85 kali permenit, S: 36.5⁰ C, RR: 18 kali permenit. Analisa: masalah teratasi. *Planning*: pertahankan kondisi pasien. Diagnosa kedua data subjek: pasien mengatakan sudah tidak batuk lagi, pasien mengatakan dahaknya sudah tidak ada, pasien mengatakan sudah mampu melakukan cara batuk efektif, pasien mengatakan nafasnya lancar ,data objektif O2 sudah tidak di pakai TD: 120/80 mmHg, N: 50x/menit, S: 36C ,RR: 18 x/menit, Analisa : masalah teratasi *planning*: pertahankan kondisi pasien. diagnosa ketiga yaitu data Subyektif pasien mengatakan pola tidurnya sudah membaik tidur pada jam 21.00 dan bangun pada jam 05.15, pasien

mengatakan untuk aktivitasnya seperti berpindah dan perawatan diri masih dibantu keluarga dan perawat data obyektif : pasien tampak segar. Analisa : masalah teratasi sebagian (pola tidur), *Planing* : lanjutkan intervensi bantu pasien dalam aktivitas sehari-hari sesuai kebutuhan pasien, anjurkan pasien melakukan mobilisasi sederhana seperti duduk di bed.



BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis akan membahas hasil dari analisa kasus meliputi data umum dan data khusus pada asuhan keperawatan pada Tn.A dengan congestive heart failure (CHF) selama 3 hari pada tanggal 13 juni 2022. Pada BAB ini juga penulis akan membahas meliputi pengkajian, penentuan diagnosa keperawatan, membuat rencana tindakan keperawatan yang diberikan kepada Tn.A melakukan tindakan asuhan keperawatan hingga evaluasi dari tindakan asuhan keperawatan yang telah diberikan.

A. Pengkajian

Dalam menyusun asuhan keperawatan tahapan yang pertama yaitu pengkajian yang melibatkan keterampilan berfikir kritis. Pengkajian ialah kegiatan mengumpulkan informasi atau data dari klien maupun keluarga atau orang terdekat pasien terkait kondisi persepsi masalah yang mereka hadapi/alami (Dwi Kartika Rukmi et al. 2022)

Bahkan setelah melewati masa lalu,penulis masih merasa bahwa dia harus belajar lebih banyak tentang kondisi yang mungkin menyetai gagal jantung pada pasien ,seperti tekanan darah tinggi,kolestrol,dan diabetes.

Penulis perlu secara tegas memasukan nya dalam ulasan pemeriksaan fisik.penulis tidak mencatat tinggi badan pasien selama pemeriksaan Kesehatan .paru-paru ,seperti gallop,detak jantung ekstra ,atau paru-paru berderak.

B. Diagnosis keperawatan

Tahapan yang kedua dalam penyusunan asuhan keperawatan yaitu diagnosis keperawatan. Secara teori diagnosis keperawatan adalah hasil pengkajian yang telah di kumpulkan kemudian digunakan untuk mengidentifikasi masalah yang terjadi pada pasien baik aktual, resiko, maupun potensial. Masalah yang terjadi pada pasien dirumuskan dalam bentuk diagnosis keperawatan.

Untuk mewujudkan praktik keperawatan yang sesuai dengan Undang-Undang Nomer 38 tahun 2014, diperlukan suatu upaya yang bertahap dan berkelanjutan oleh PPNI untuk menyusun standar diagnosis keperawatan yang di pakai oleh perawat indonesia. Oleh karena itu pada bulan Desember tahun 2016 PPNI menerbitkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), yang kemudian di susul dengan diterbitkannya Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) pada bulan maret 2018. SDKI, SLKI, dan SIKI yang dikenal sebagai 3S saat ini sudah di gunakan oleh perawat di indonesia secara luas untuk menyusun asuhan keperawatan (Dwi Kartika Rukmi et al. 2022)

Selanjutnya penulis akan melakukan pembahasan pada diagnosa keperawatan yang muncul pada klien :

1. Diagnosa yang di temukan penulis

a. D.007 Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

SDKI menurut (Tim pokja SDKI,DDP,2018) nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional,dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

Diagnosa nyeri akut tersebut penulis tegakan karena pada pengkajian penulis menemukan data-data sebagai berikut S:pasien mengatakan dada sebelah kiri nyeri s ampai menjalar ke punggung saat di buat beraktivitas maupun istirahat P: nyeri meningkat saat di buat beraktivitas Q:rasanya seperti tertindih R:di bagian dada kiri S: skala 6 T: hilang timbul ,pasien mengatakan yang paling di rasakan saat ini adalah nyeri atau sakit di bagian dada sebelah kiri .O:pasien tampak meringis menahan rasa sakit TD: 150/100 mmhg ,N: 80x/m,RR:24 x/m,Suhu:36,5C,Jadi diagnose yang muncul dari data di atas adalah Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis.

Intervensi yang di berikan penulis yaitu pantau tanda tanda vital,pantau skala nyeri,ajarkan tehnik relaksasi napas dalam ,dan

relaksasi otot progresif ,koloborasikan pemberian obat digoxin 0,25 mg 3x sehari ,seharusnya penulis memberikan intervensi yang lebih banyak lagi agar nyeri cepat berkurang dan apabila dengan cara tehnik relaksasi nyeri belum berkurang seharusnya penulis memberi intervensi lain yaitu tehnik dikstraksi yaitu dengan mengalihkan rasa nyeri dengan berbincang bincang dengan orang yang berada di dekat pasien.

Implementasi yang di lakukan oleh penulis sudah sesuai dengan intervensi yang di berikan selama 3 hari dari tanggal 13 juni 2022-15 juni 2022.

Implementasi yang di lakukan penulis sudah sesuai dengan intervensi yang di berikan selama 3 hari dari tanggal 13-15 juni 2022.

Evaluasi yang di lakukan penulis sebanyak 3 kali yaitu pada tanggal 13 juni 2022 jam 21:00 WIB.pada evaluasi yang pertama pasien masih mengatakan nyeri skala nyeri 6,evaluasi pertama masalah pasien belum teratasi.pada tanggal 14 juni 2022 jam 21:00 WIB,pada evaluasi yang kedua pasien mengatakan masih nyeri skala 4 ,dan masalah pasien belum teratasi,dan evaluasi yang terakhir pada tanggal 15 juni 2022 jam 07:00 WIB,pasien mengatakan nyerinya berkurang dengan skala nyeri 3.pasien mampu mengendalikan nyerinya dengan cara relaksasi napas dalam dan relaksasi otot progresif ,dan masalah pasien teratasi.

b. D.0001 Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan secret

SDKI menurut (Tim pokja SDKI,DDP,2018) bersihan jalan napas tidak efektif adalah ketidakmampuan membersihkan secret atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan napas tetap paten .

Diagnosa tersebut di tegakan penulis karena di dapatkan subjek : pasien mengeluh sering batuk pasien tidak bisa tidur karena batuk ,pasien mengatakan batuknya berdahak tetapi tidak bisa mengeluarkan dahaknya .Data objektif :tampak nafas cuping hidung,terdapat

sekret, pasien tampak batuk berdahak, terdengar suara ronchi pada lobus sebelah kiri, TD: 150/100 mmHg, N: 80 x/m, RR: 24x/m, S: 36,5°C.

Penulis memberikan intervensi yaitu pantau tanda vital, ajarkan batuk secara efektif, berikan O₂ kanul 2-3 liter /m, kolaborasi pemberian nebulizer 3x/ hari. Seharusnya penulis menambahkan intervensi seperti memposisikan pasien semi Fowler dan menyarankan pasien untuk minum air hangat, dan penulis seharusnya menuliskan dosis obat dalam setiap pemberian nebulizer tersebut.

Implementasi yang dilakukan penulis sudah sesuai dengan intervensi yang ditegakan selama 3 hari mulai tanggal 13-15 Juni 2022. Tetapi penulis masih belum sesuai dalam waktu pemberian nebulizer.

Evaluasi dilakukan 3 kali pada tanggal 13 Juni 2022 jam 21:00 WIB. Pada evaluasi pertama pasien mengatakan semalam tidak bisa tidur karena batuk, pasien mengatakan dahaknya baru keluarsedikit, dan masalah belum teratasi. Pada tanggal 14 Juni 2022 jam 21:00 WIB. Pada evaluasi yang kedua ini pasien mengatakan dahaknya sudah semakin berkurang. Pasien juga mengatakan nafasnya sudah mulai lega tetapi masih batuk, dan masalah belum teratasi. Pada tanggal 15 Juni 2022 jam 07:00 WIB. Pada evaluasi yang terakhir ini pasien mengatakan sudah tidak batuk lagi dan nafasnya lancar dan masalah pasien teratasi.

c. D.0056 Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

SDKI menurut (Tim Pokja SDKI, DDP, 2018) intoleransi aktivitas adalah ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari.

Diagnosa tersebut ditegakan penulis karena didapatkan subjek: pasien mengatakan badanya lemas, sesak napas sedangkan untuk data objektifnya tampak lemah, menggunakan kanul O₂.

Penulis memberikan intervensi yaitu dengan mengajurkan tirah baring pasien karena klien merasa lelah dan mempunyai kondisi klinis anemia yang mampu menghindari resiko jatuh. Membantu pasien

melakukan aktivitas sehari-hari sesuai yang dibutuhkan pasien karena pasien mengalami kendala dalam aktivitas seperti berpindah, memakai baju, dan perawatan diri. Kemudian menganjurkan pasien melakukan mobilisasi sederhana seperti duduk di bed tujuannya agar badan tidak pegel-pegel dan mempertahankan fungsi tubuh. Maka dengan begitu kriteria hasil klien mengeluh lelah dapat menurun.

Implementasi yang dilakukan penulis sudah sesuai dengan intervensi yang ditegakan selama 3 hari mulai tanggal 13-15 juni 2022 yaitu membantu melakukan aktivitas sehari-hari sesuai kebutuhan pasien, lalu menganjurkan pasien untuk melakukan mobilisasi sederhana seperti duduk di bed untuk mencegah kekakuan badan karena tirah baring, respon pasien sesuai data subjektif pasien mengatakan untuk aktivitasnya masih di bantu oleh keluarga dan perawat, data objektif nya pasien tampak di bantu untuk aktivitas seperti memakai baju berpindah dan perawatan diri

Evaluasi dilakukan 3 kali pada tanggal 13-15 juni 2022 jam 21:00 WIB. pada evaluasi pertama pasien mengatakan aktivitas seperti berpindah dan perawatan diri masih di bantu keluarga dan masalah belum teratasi pada tanggal 14 juni 2022 jam 21:00 WIB. pada evaluasi yang kedua ini pasien mengatakan aktivitas seperti berpindah dan perawatan diri masih di bantu keluarga, dan masalah belum teratasi. pada tanggal 15 juni 2022 jam 07:00 WIB. pada evaluasi yang terakhir ini pasien mengatakan aktivitas seperti berpindah dan perawatan diri masih di bantu keluarga dan masalah pasien teratasi sebagian.

2. Diagnosis lain yang seharusnya muncul tetapi tidak penulis angkat

a. D.005 Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan menurut (Tim Pokja SDKI,DDP,2017) :

Gangguan pola tidur adalah gangguan kualitas dan kuantitas waktu Tidur akibat factor eksternal.

Data subjektif yang di dapatkan : pasien mengatakan sulit tidur

karena lingkungan di bangsal yang berisik dan tidak nyaman.

Data objektif yang di dapatkan : pasien tidur dalam sehari kurang lebih 7 jam dan mudah terbangun ketika merasakan nyeri dan pasien tampak lemas.

Tujuan dan Kriteria Hasil :

Setelah di lakukan tindakan keperawatan di harapkan gangguan pola tidur membaik dengan kriteria hasil:

- 1) Sulit tidur menurun
- 2) Pola tidur berubah
- 3) Sering terjaga menurun

penulis tidak mengangkat diagnosa gangguan pola tidur tersebut di karenakan data subjektif dan objektif dapat teratasi jika sudah di lakukanya edukasi kepada pengunjung bangsal.

b. **D.0005 Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas** menurut (Tim Pokja SDKI,DDP,2017) :

pola napas tidak efektif adalah inspirasi dan/ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat.

Data objektif yang di dapatkan : pasien mengatakan sesak napas.

Data subjektif yang di dapatkan : RR di dapatkan 25 kali permenit

Tujuan dan Kriteria Hasil :

Setelah di lakukan tindakan keperawatan di harapkan gangguan pola tidur membaik dengan kriteria hasil :

- 1) Sesak napas menurun

penulis tidak mengangkat diagnosa pola napas tidak efektif tersebut di karenakan data subjektif dan data objektif dapat teratasi jika diagnosa bersihan jalan napas tidak efektif sudah teratasi

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulanya

Berdasarkan informasi diatas ,penulis menarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Dispnea dan kelelahan merupakan gejala gagal jantung kongestif (CHF) ,yaitu ketidakmampuan jantung memompa darah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan tubuh akan oksigen dan metabolisme akibat kelainan pada otot jantung .Indikator dan gejala meliputi : sesak nafas dengan aktivitas ,ortopnea ,dispnea nocturnal proksimal (PND) ,awalnya batuk kering tanpa dahak dan akhiornya berubah jadi batuk berdahak ,dispnea ,batuk,ronki paru ,tingkat kejenuhan rendah ,adanya tambahan S3 bunyi jantung atau ventrikuler gallops,kedua paru terdapat crackles yang dapat menyebar ke seluruh daerah paru .robki paru,peningkatan jugularis,oliguria,atau nokturioa dan anoreksia.

B. Saran

1. Untuk institusi pendidikan
Untuk meningkatkan kapasitas guru dan cendikiawan agar berhasil mengajar Karya Tulis Ilmiah ,Lembaga Pendidikan diharapkan lebih focus pada teori,praktik ,dan memperbanyak buku-buku ilmiah.
2. Untuk kepentingan praktik
Diharapkan penerapan tenaga kesehatan khususnya perawat dalam pelatihan-pelatihan dalam penanganan pasien dengan diagnosa Congestive Heart Failure (CHF) akan meningkatkan mutu pelayanan pasien.
3. Bagi masyarakat umum
Di harapkan mampu mengenali gejala dan komplikasi Congestive Heart Failure (CHF) ,bersedia mengubah gaya hidup untuk mengatasi penyebab penyakit lainya,dan mampu memanfaatkan sumber daya yang ada untuk perawatan yang berhubungan dengan kesehatan sehingga jika kondisi tersebut ada,mereka akan di tangani dengan cepat dan efektif.

DAFTAR PUSTAKA

- Lukitasari, M., Dkk, ..., & Kristianingrum, N. (2021). *Gagal Jantung: Perawatan Mandiri dan Multidisiplin*. Universitas Brawijaya Press.
- Maharani, M. (2022). Kajian pustaka efektivitas dan keamanan penggunaan furosemide pada pasien gagal jantung. *Doctoral dissertation*. Surabaya: Widya Mandala Surabaya Catholic University.
- Nurani, P. (2022). Hal-Hal yang ada Hubungan dengan Gagal Jantung pada Penderita di Beberapa Lokasi Di Wilayah Asia, Amerika, dan Eropa Periode Tahun 2001 Sampai dengan Tahun 2021. *Doctoral dissertation*. UNIVERSITAS BOSOWA.
- Roeroe, P., Sedli, B., & Umboh, O. (2021). Faktor risiko terjadinya coronavirus disease 2019 (Covid-19) pada penyandang diabetes melitus Tipe 2. *e-CliniC*, 9(1).
- Saida, S., Haryati, H., & Rangki, L. (2020). Kualitas hidup penderita gagal jantung kongestif berdasarkan derajat kemampuan fisik dan durasi penyakit. *Faletehan Health Journal*, 7(02), 70-76.
- ARDANA, A. S. (2022). Identifikasi Stadium Plasmodium Ovale Penyebab Penyakit Malaria Dari Apusan Darah Tipis Dengan Sistem Berbantuan Komputer.
- Garcia, P. C., Sanchez, S. M., Crispi, F., & Bijinens, B. (2020). Machine learning in fetal cardiology: what to expect. *Fetal diagnosis and therapy*, 47(5), 363-372.
- Li, S., Li, F., Tang, S., & Xiong, W. (2020). A review of computer-aided heart sound detection techniques. *BioMed research international*, 2020.
- Muharni, S., & Andriyanto, S. (2021). Sistem Diagnosa Penyakit Jantung Berbasis Case Based Reasoning (CBR). *In Prosiding Seminar Nasional Darmajaya*, (Vol. 1, pp. 1-11).
- Novianti, K., Jendra, K., & Wibawa, M. (2021). Diagnosis Penyakit Paru Pada Perokok Pasif Menggunakan Metode Certainty Factor. *INSERT: Information System and Emerging Technology Journal*, 2(1), 25-34.
- Pečlin, P., Rozman, J., Janez, R., Ribaric, S., & Mirkovic, T. (2023). Auscultation of a heart and vascular activity during auricular nerve stimulation. *Materials and Technology*, 57(1), 91-100.

- Putri, Y., Arminda, F., & Effendi, R. (2023). Penatalaksanaan Gagal Jantung Kongestif pada Pria Usia 73 Tahun dengan Prinsip Pendekatan Kedokteran Keluarga. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 5(1), 323-344.
- Ardiana, M. (. (2022). *Buku Ajar Menangani Hipertensi*. Airlangga University Press.
- Fauzia, N. S. (2021). Faktor Risiko Terjadinya Coronavirus Disease 2019 Pada Pasien Dengan Komorbid Diabetes Melitus. *ARTERI: Jurnal Ilmu Kesehatan*, 2(4), 105-112.
- Ginjal, G. (2023). *03 Bab. Buku Ajar Gagal Jantung dengan Komorbid*, 37.
- Laksono, S., & Fiyani, N. (2022). Defisiensi Mikronutrien pada Gagal Jantung: Disfungsi Mitokondrial sebagai Patofisiologi. *UMI Medical Journal*, 7(2), 141-151.
- Lukitasari, M., Dkk, ..., & Kristianingrum, N. (2021). *Gagal Jantung: Perawatan Mandiri dan Multidisiplin*. Universitas Brawijaya Press.
- Maharani, M. (2022). Kajian pustaka efektivitas dan keamanan penggunaan furosemide pada pasien gagal jantung. *Doctoral dissertation*. Surabaya: Widya Mandala Surabaya Catholic University.
- Nurani, P. (2022). Hal-Hal yang ada Hubungan dengan Gagal Jantung pada Penderita di Beberapa Lokasi Di Wilayah Asia, Amerika, dan Eropa Periode Tahun 2001 Sampai dengan Tahun 2021. *Doctoral dissertation*. UNIVERSITAS BOSOWA.
- Paramita, A., Saraswati, M., & Wiryawan, N. (2021). The characteristics of heart failure in patients with diabetes mellitus in Sanglah Hospital Denpasar. *Jurnal Penyakit Dalam Udayana*, 5(2), 37-45.
- Roeroe, P., Sedli, B., & Umboh, O. (2021). Faktor risiko terjadinya coronavirus disease 2019 (Covid-19) pada penyandang diabetes melitus Tipe 2. *e-CliniC*, 9(1).
- Rukmi, D., Dewi, S., Pertami, S., Agustina, A., & Lubna, S. (2022). *Metodologi Proses Asuhan Keperawatan*. Yayasan Kita Menulis.