

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA TN. C DENGAN  
MASALAH CHRONIC HEART FAILURE  
DI RT 02 RW XIV KELURAHAN MUKTIHARJO KIDUL  
SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun oleh :

**Nurul Zul Umaroh**  
NIM. 893312899

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG  
2010**

## HALAMAN PERSETUJUAN


Karya tulis ilmiah ini telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang pada:

Hari : Senin

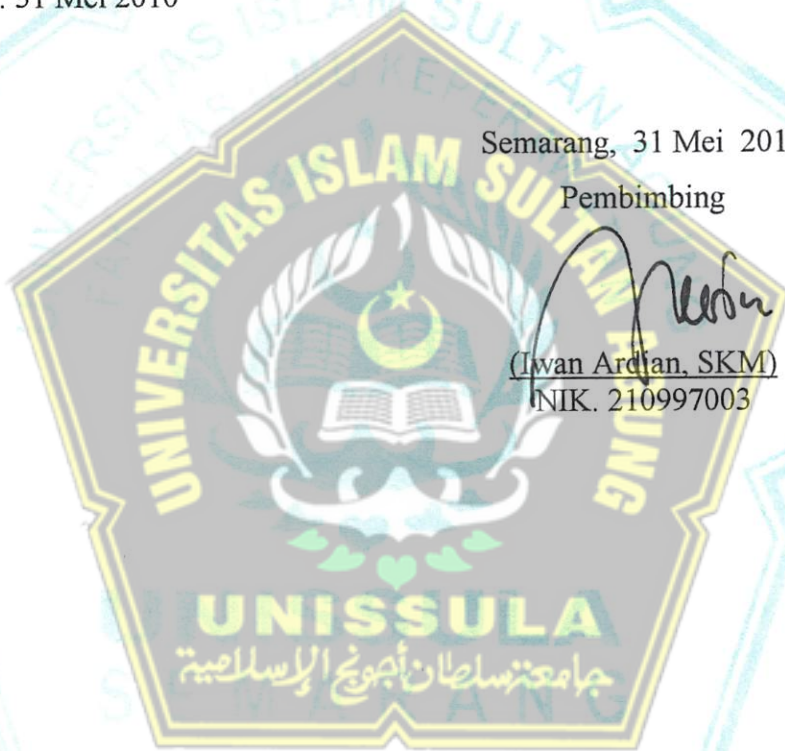
Tanggal : 31 Mei 2010

Semarang, 31 Mei 2010

Pembimbing

  
(Iwan Ardjan, SKM)

NIK. 210997003



## HALAMAN PENGESAHAN PENGUJI

Karya tulis ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang pada hari Jum'at tanggal 04 Juni 2010 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 04 Juni 2010

Tim Penguji

Penguji I



(Moch. Aspihan, S. Kep., Ns)

NIK. 210900008

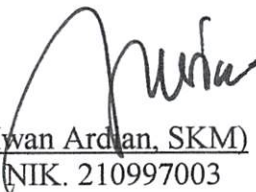
Penguji II



(Iskim Luthfa, S. Kep., Ns)

NIK. 210909014

Penguji III



(Iwan Ardian, SKM)

NIK. 210997003

## **MOTTO**

**My life im my responsibility**

**Hidup butuh perjuangan bukan hanya sekedar penghargaan**

**Menyadari kesalahan sendiri lebih mulia sebelum kesadaran kita disadari  
orang lain**

**Seseorang akan berhasil bila mampu memerangi egonya**



## KATA PENGANTAR

*Assalamualaikum wr.wb.*

Segala puji syukur senantiasa penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, hidayat, dan Inayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah yang berjudul “ ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA TN. C DENGAN MASALAH CHRONIC HEART FAILURE DI RT 02 RW XIV KELURAHAN MUKTIHARJO KIDUL SEMARANG “ dengan lancar.

Karya tulis ilmiah ini merupakan tugas akhir yang penulis susun untuk memenuhi persyaratan guna memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan pada program studi D III keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan UNISSULA. Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini tidak lepas dari bantuan, bimbingan, pengarahan dan dukungan dari berbagai pihak, oleh karena itu penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Bapak Prof. Dr. Laode M. Kamaluddin, M.Sc, M.Eng selaku rektor UNISSULA.
2. Bapak Iwan Ardian,SKM, selaku dekan dan pembimbing Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Ibu Wahyu Endang Setyowati, SKM, Selaku ketua Program Studi D III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

4. Kelurahan muktiharjo kidul khususnya RT 02 RW XIV yang telah memberikan kesempatan kepada penulis sebagai lahan praktek dan dukungan serta doanya sehingga penulis mampu menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
5. Kedua Orang tua , Ayah dan Ibu yang telah memberikan doa dan dorongan semangat sehingga penulis mampu menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. Keluarga besar aku yang selalu memberikan aku dukungan dalam bentuk apapun.
7. Sahabat-sahabat aku yang selalu memberikan semangat.
8. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu namanya, yang telah membatu penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisannya, Karya Tulis Ilmiah ini sangat jauh dari sempurna, Keterbatasan ilmu yang dimiliki sebagai manusia membuat penulis sangat mengharapkan masukan dari berbagai pihak, baik saran maupun kritis yang membangun demi peningkatan yang lebih baik dari tulisan ini.

Akhirnya melalui Karya Tulis Imiah ini, Penulis berharap agar hasil dari semua ini dapat menjadi bahan masukan atau pertimbangan baik pihak-pihak yang berkepentingan. Semoga bermanfaat.

***Wassalamu'alaikum Wr. Wb***

Semarang, Mei 2010

Penulis

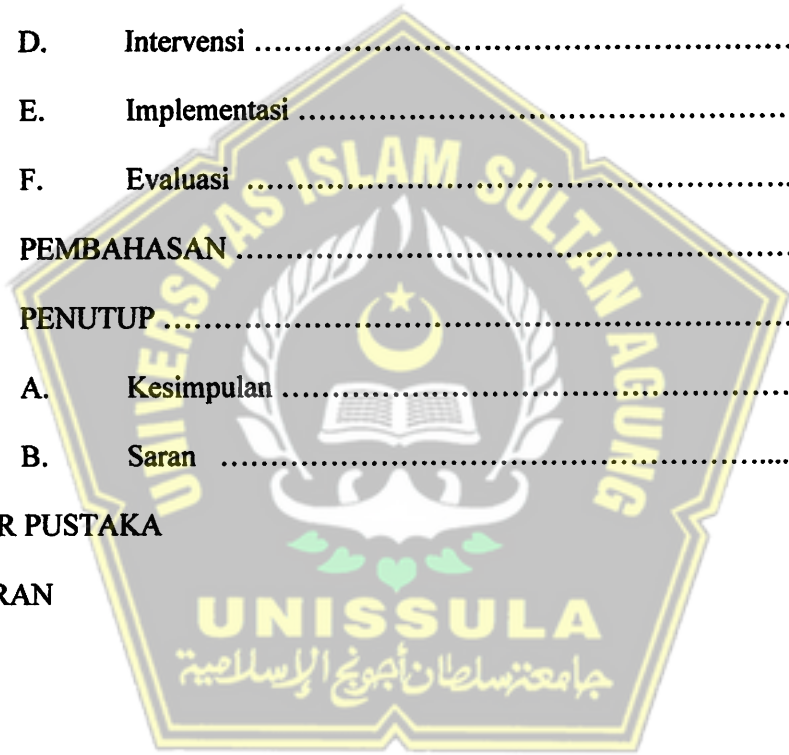


## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN PERSETUJUAN .....	ii
HALAMAN PENGESAHAN PENGUJI.....	iii
MOTTO .....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI .....	viii
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Tujuan Peneliti .....	3
C. Manfaat .....	4
<b>BAB II KONSEP DASAR.....</b>	
A. Konsep Dasar keluarga .....	6
1. Pengertian .....	7
2. Tipe Keluarga .....	7
3. Fungsi Keluarga .....	8
4. Tugas Perkembangan Keluarga .....	10
5. Prinsip Penatalaksanaan Keperawatan Keluarga .....	11
6. Lima Tugas Kesehatan Keluarga .....	14
B. Konsep Dasar Penyakit .....	16
1. Pengertian .....	16
2. Etiologi .....	17



3. Patofisiologi .....	18
4. Manifestasi Klinis .....	19
5. Pemeriksaan Penunjang .....	20
<b>BAB III RESUME KEPERAWATAN .....</b>	<b>22</b>
A. Pengkajian .....	22
B. Analisa Data .....	30
C. Scoring Masalah dan Prioritas Masalah .....	32
D. Intervensi .....	34
E. Implementasi .....	38
F. Evaluasi .....	41
<b>BAB IV PEMBAHASAN .....</b>	<b>43</b>
<b>BAB V PENUTUP .....</b>	<b>58</b>
A. Kesimpulan .....	58
B. Saran .....	59
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	



# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang Masalah

Gagal jantung merupakan status kondisi yang telah diketahui selama berabad-abad, namun penelitian epidemiologi sulit dilakukan karena tidak ada definisi tunggal kondisi ini. Ketika masih sedikit pemeriksaan jantung yang tersedia, definisi gagal jantung cenderung ke arah patofisiologi, lalu kemudian definisi ditampakkan pada penekanan, pada gagal jantung sebagai status diagnosis klinis. Sementara kondisi ini memang merupakan status sindrom klinis, diagnosis dapat sulit ditegakkan pada tahap dini karena relatif tidak ada gejala. Maka definisi terbaru membutuhkan bukti pendukung dari pemeriksaan jantung. Pemeriksaan penunjang yang paling sering digunakan adalah Ekokardiografi, dengan disfungsi ventrikel kiri biasanya didefinisikan sebagai fraksi ejeksi < 30-45% pada kebanyakan survei epidemiologi. Sekitar 3-20 per 1000 orang pada populasi mengalami gagal jantung, dan prevalensasinya meningkat seiring pertambahan usia (100 per 1000 orang pada usia diatas 65 tahun ) dan angka ini akan meningkat karena peningkatan usia populasi dan perbaikan ketahanan hidup setelah infark miokard akut. Di Inggris, sekitar 100.000 pasien dirawat di rumah sakit setiap tahun untuk gagal jantung, mempresentasikan 5% dari semua perawatan medis dan menghabiskan lebih dari 1% dan perawatan kesehatan nasional.

Angka kematian atau mortalitas dalam 1 tahun pada pasien dengan gagal jantung cukup tinggi (20-60%) dan berkaitan dengan derajat keparahnya. Data yang telah dikumpulkan Farmingham sebelum penggunaan vasodilatasi pada gagal jantung menunjukkan mortalitas 1 tahun serata sebesar 30% bila semua pasien dengan gagal jantung dikelompokkan bersama dan lebih 60% pada New York Heart Association kelas IV. Dampak gagal jantung terhadap Morbiditas atau angka kesakitan bergantung pada beratnya penyakit. Gagal jantung bahkan mempunyai dampak yang lebih besar dibanding penyakit kronis lain lain seperti diabetes, penyakit paru, dan penyakit pencernaan lain. Maka dengan kondisi tersebut penyakit gagal jantung memiliki prognosis yang lebih buruk dari pada kanker. Kematian terjadi karena gagal jantung progresif atau secara mendadak (diduga karena aritmia dengan frekuensi yang kurang lebih sama.

Berapa faktor yang menjadi prognosis pada gagal jantung sebagai berikut :

1. Klinis: semakin buruk gejala pasien, kapasitas aktivitas, dan gambaran klinis, semakin buruk prognosis.
2. Hemodinamika: semakin rendah indeks jantung, isi sekuncup dan fraksi ejeksi, semakin buruk prognosis.
3. Biokimia: terdapat hubungan terbalik yang kuat antara norepineprin, renin, vasopresin, dan partida natriuretik plasma. Hiponatremia dikaitkan dengan prognosis yang buruk. Tidak jelas apakah aritmia dan ventrikel merupakan penanda prognosis yang buruk atau apakah aritmia merupakan penyebab kematian.

Maka sekitar 3-20 per 1000 orang pada populasi mengalami gagal jantung, dan prevelensinya meningkat seiring pertambahan usia (100 per 1000 orang pada usia diatas 65 tahun ) dan angka ini akan meningkat karena peningkatan usia populasi dan perbaikan ketahanan hidup setelah infark miokard akut. Di Inggris, sekitar 100.000 pasien dirawat di rumah sakit setiap tahun untuk gagal jantung, merepresentasikan 5% dari semua perawatan medis dan menghabiskan lebih dari 1% dan perawatan kesehatan nasional. (Gray, Huon H, dkk, 2005)

Alasan penulis mengambil masalah ini untuk disusun dalam karya tulis ilmiah mengingat angka kematian dan kesakitan pasien dengan gagal jantung di Indonesia cukup tinggi, selain itu tingkat pengetahuan masyarakat tentang penyakit gagal jantung pada masyarakat menengah kebanyakan belum mengetahui sepenuhnya. Oleh karena itu penulis tertarik untuk menyusun gagal jantung sebagai karya tulis ilmiah pada gagal jantung. Hal ini dapat meningkatkan pengetahuan masyarakat dan dapat digunakan sebagai referensi bagi keluarga dan masyarakat agar dapat mencegah dan merawat berbagai penyakit kronis khususnya penyakit gagal jantung.

## **B. Tujuan Penulisan**

### **1. Tujuan Umum**

Disusun untuk menjelaskan asuhan keperawatan pada keluarga dengan *Cronic Heart Failure*.

## 2. Tujuan khusus

- a. Menjelaskan mengenai konsep dasar penyakit meliputi pengertian *Chronic Herat Failure*, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinik, pemeriksaan diagnosis.
- b. Menjelaskan mengenai resume keperawatan dari studi kasus yang dilakukan penulis meliputi pengkajian, analisa data, rencana asuhan keperawatan, implementasi, dan evaluasi dari implementasi yang telah dilakukan.
- c. Menjelaskan mengenai pembahasan yang dilakukan penulis dalam menyelesaikan masalah yang muncul didalam keluarga.

## C. Manfaat Penulisan

Karya Tulis Ilmiah yang disusun penulis diharapkan bermanfaat bagi pihak-pihak terkait diantaranya :

### 1. Keluarga

Dapat digunakan sebagai bahan acuan dalam pemberian asuhan keperawatn pada keluarga yang mempunyai penyakit *Cronic Heart Failure*.

### 2. Institusi Pendidikan

Dapat meningkatkan mutu pada tatanan keperawatan dikeluarga, sebagai kepustakaan bagi mahasiswa dalam menyusun asuhan keperawatan keluarga dengan *Chronic Heart Failure*

### 3. Klien

Sebagai pedoman untuk meningkatkan pengetahuan klien yang mengalami *Chronic Heart Failure*.

### 4. Penulis

Sebagai pedoman bagi penulis untuk meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan penulis dalam segi konsep keluarga maupun konsep penyakit dalam memberikan asuhan dan untuk mengaplikasikan teori yang didapat dari institusi untuk memberikan asuhan keperawatan pada keluarga dengan *Chronic Heart Failure*.



## **BAB II**

### **KONSEP DASAR**

#### **A. Konsep Dasar Keluarga**

##### **1. Pengertian**

Keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang hidup bersama dengan keterikatan aturan dan emosional dan individu mempunyai peran masing-masing yang merupakan bagian dari keluarga. (Friedman, 1998)

Keluarga adalah dua atau lebih yang tergabung karena hubungan darah, hubungan perkawinan atau pengangkatan dan mereka hidup dalam satu rumah tangga, berinteraksi satu sama lainnya, dan didalamnya terdapat peranan dari masing-masing anggota, menciptakan serta mempertahankan kebudayaan yang telah ada. (Bailon and Maglaya, 1978 dalam Sudiharto, 2007)

Keluarga adalah suatu unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang terkumpul serta tinggal dalam satu tempat berada dibawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan. (Riyadi, Sujono & Sukarmin, 2009)

Menurut BKKBN (1992) dalam Setyowati, Sri (2008) Keluarga adalah unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri dari suami-istri dan anaknya atau ayah dan anaknya atau ibu dan anaknya.

## 2. Tipe Keluarga

Pembagian tipe keluarga bergantung pada konteks keilmuan seseorang yang mengelompokkan. Secara tradisional keluarga dikelompokkan menjadi dua, yaitu:

- a. Keluarga inti (*nuclear family*) adalah keluarga yang hanya terdiri ayah, ibu, dan anak yang diperoleh dari keturunannya atau diadopsi atau keduanya.
- b. Keluarga besar (*extended family*) adalah keluarga inti ditambah anggota keluarga lain yang masih mempunyai hubungan darah (kakek-nenek, paman-bibi).

Namun dengan berkembangnya peran individu dan meningkatnya rasa individualisme, pengelompokan tipe keluarga selain kedua di atas berkembang menjadi :

- a. Keluarga bentukan kembali (*dyadic family*) adalah keluarga baru yang terbentuk dari pasangan yang telah cerai atau kehilangan pasangannya. Keadaan ini di Indonesia juga menjadi tren karena adanya pengaruh gaya hidup barat yang pada zaman dahulu jarang sekali ditemui sehingga seorang yang telah cerai atau ditinggal pasangannya cenderung hidup sendiri untuk membesarkan anak-anaknya.
- b. Orang tua tunggal (*single parent family*) adalah keluarga yang terdiri dari salah satu orang tua dengan anak-anak akibat perceraian atau di tinggal pasangannya.



- c. Ibu dengan anak tanpa perkawinan (*un married teenage mother*).
- d. Orang dewasa (*laki-laki atau perempuan*) yang tinggal sendiri tanpa pernah menikah (*the single adult living alone*). Kecenderungan di Indonesia meningkat dengan dalih tidak mau direpotkan oleh pasangan atau anaknya kelak jika telah menikah.
- e. Keluatga dengan anak tanpa pernikahan sebelumnya (*the non marital heterosexual cohabiting family*). Biasanya dapat dijumpai pada daerah kumuh perkotaan (besar), tetapi pada akhirnya mereka dinikahkan oleh pemerintah daerah (kabupaten atau kota) meskipun usia pasangan tersebut telah tua demi status anak-anaknya.
- f. Keluarga yang dibentuk oleh pasangan yang berjenis kelamin sama (*gay and lesbian family*). (Suprajitno, 2003)

### 3. Fungsi Keluarga

- a. Fungsi afektif (*the affective function*) yaitu berhubungan erat dengan fungsi internal keluarga, yang merupakan basis kekuatan keluarga. Fungsi sosialisasi dan tempat bersosialisasi (*socialization and social placement function*) adalah fungsi mengembangkan dan tempat melatih anak untuk berkehidupan sosial sebelum meninggalkan rumah untuk berhubungan dengan orang lain diluar rumah.
- b. Fungsi reproduksi (*the reproduction function*) yaitu keluarga berfungsi untuk mempertahankan generst dan menjaga kelangsungan keluarga.
- c. Fungsi ekonomi (*the economi function*) yaitu keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk

mengembangkan kemampuan individu meningkat penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.

- d. Fungsi perawatan / pemeliharaan kesehatan (*the health care function*) yaitu fungsi untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas tinggi.

Namun, dengan berubahnya pola hidup agraris menjadi industrialisasi, fungsi dikembangkan menjadi :

- a. Fungsi ekonomi, yaitu keluarga diharapkan menjadi keluarga yang produktif yang mampu menghasilkan nilai tambah ekonomi dengan memanfaatkan sumber daya keluarga.
- b. Fungsi mendapatkan status sosial, yaitu keluarga yang dapat dilihat dan dikategorikan strata sosialnya oleh keluarga lain yang berada disekitarnya.
- c. Fungsi pendidikan, yaitu keluarga yang mempunyai peran dan tanggungjawab yang besar terhadap pendidikan anak-anaknya untuk menghadapi kehidupan dewasanya.
- d. Fungsi sosialisasi bagi anaknya, yaitu orang tua atau keluarga diharapkan mampu menciptakan kehidupan sosial yang mirip dengan luar rumah.
- e. Fungsi pemenuhan kesehatan, yaitu keluarga diharapkan dapat memenuhi kebutuhan kesehatan yang primer dalam rangka melindungi dan pencegahan terhadap penyakit yang mungkin dialami keluarga.

- f. Fungsi religius, yaitu keluarga merupakan tempat belajar tentang agama dan mengamalkan ajaran keagamaan.
- g. Fungsi rekreasi, yaitu keluarga merupakan tempat untuk melakukan kegiatan yang dapat mengurangi ketegangan akibat berada diluar rumah.
- h. Fungsi reproduksi, bukan hanya mengembangakan keturunan, tetapi juga merupakan tempat mengembangkan fungsi reproduksi secara universal (menyeluruh). Diantaranya seks yang sehat dan berkualitas, pendidikan seks bagi anak, dan lain-lain.
- i. Fungsi afek, yaitu keluarga merupakan tempat yang utama untuk pemenuhan kebutuhan psikospial sebelum anggota keluarga berada diluar rumah. (Suprajitno, 2003)

#### **4. Tugas Perkembangan Keluarga**

Dalam karya tulis ini penulis akan membahas tentang tugas perkembangan keluarga dengan tipe keluarga melepas anak usia muda, dimana tugas perkembangan keluarga yaitu:

- a. Memperluas siklus keluarga dengan memasukan anggota keluarga baru yang didapat melalui perkawinan anak-anak.
- b. Melanjutkan untuk memperbaharui hubungan perkawinan.
- c. Membantu orang lanjut usia dan saki-sakitan dari suami maupun istri.
- d. Membantu anak mandiri.
- e. Memperhantahkan komunikasi.
- f. Memperluas hubungan keluarga antara orang tua dengan menantu.

- g. Menata kembali peran dan fungsi keluarga setelah ditinggalkan anak.  
(Ayu, K.H.A, SKM, 2010)

## 5. Prinsip Penatalaksanaan Keperawatan Keluarga

### a. Partisipasi keluarga aktif

Partisipasi aktif keluarga adalah suatu pendekatan esensial yang dimasukkan dalam setiap strategi intervensi keperawatan keluarga. Keterlibatan keluarga dalam tahap implementasi biasanya dimaksudkan dalam pemecahan masalah mutual. Serta digunakan untuk menentukan pendekatan-pendekatan yang tepat untuk keberhasilan dalam mencapai tujuan.

Menyertakan anggota keluarga sebanyak mungkin dalam sesi konseling / suportif dan pendidikan yang terencana bersifat sangat membantu. (Doherty dan Campbell, 1988; Drotar, Crawford dan Bush, 1984). Cara ini memberikan kesempatan kepada anggota keluarga untuk mengekspresikan diri mereka sendiri dan mendukung satu sama lain. Juga merangsang diskusi kelompok dan umpan balik yang sangat diperlukan serta menjamin bahwa semua anggota keluarga yang hadir memperoleh informasi yang dibutuhkan.

### b. Penyuluhan

Mengajar keluarga tentang sistem kesehatan, sakit, dan sistem kesehatan dan manusia, dinamika keluarga, pengasuhan anak, perlakuan perawatan kesehatan, dan bidang-bidang terkait lainnya merupakan sebuah intervensi pada sebuah keluarga. Tujuan dari

belajat yaitu mendukung perilaku-perilaku sehat dan mengubah perilaku-perilaku tidak sehat meskipun perubahan-perubahan tidak langsung diabsorpsi.

Tujuan-tujuan penyuluhan kesehatan

- 1) Untuk memberikan informasi sehingga klien membuat keputusan-keputusan yang tepat dalam hubungannya dengan kesehatan dan sakit.
- 2) Untuk membantu klien agar berpartisipasi secara efektif dalam perawatan maupun penyembuhan.
- 3) Untuk membantu klien beradaptasi terhadap realita penyakit dan
- 4) pengobatannya.
- 5) Untuk membantu klien agar mengalami rasa puas dengan usaha-usaha mereka sendiri yang menunjang perbaikan kesehatan.

c. **Konseling**

Konseling dianggap sebagai perawatan bagi mereka dalam perawatan kesehatan jiwa-kejiwaan. Akan tetapi, kini sudah diterima secara luas bahwa konseling merupakan inti perawatan kesehatan keluarga, disebutkan bahwa konseling keluarga merupakan wawancara keluarga.

Patterson dan Zderad (1976), dalam deskripsi mereka tentang keperawatan yang humanistik, menyatakan secara tegas bahwa inti dari keperawatan adalah eksistensi dari suatu dialog autentik antara perawat dan pasien dan bahwa tujuan dari dialog ini adalah untuk

peningkatan pertumbuhan dan nurturansi potensi umat manusia. Konseling dan strategi-strategi intervensi yang bersifat suportif sangat cocok dengan ide-ide menyangkut peran dan tujuan-tujuan dari keperawatan.

d. Kontrak

Sebuah cara yang efektif untuk seorang perawat dalam membantu keluarga dan individual secara realita untuk ikut serta dalam perawatan diri yaitu melalui kontrak. Membuat kontrak dengan klien telah digunakan dalam keperawatan sejak tahun 1970an dan telah terbukti efektif ketika bekerja dengan kelompok individual klien tertentu. Kontrak adalah persetujuan kerja yang dibuat antara dua orang atau lebih, dalam hal ini seorang perawat dan sebuah keluarga.

Komponen-komponen dasar dalam membuat kontrak dengan klien:

- 1) Implementasi : aktifitas yang dilakukan untuk mencapai tujuan dan oleh siapa.
- 2) Priorities in terms of goal or activities.
- 3) Penghargaan yang diberikan ketika tujuan-tujuan tercapai.
- 4) Parameter waktu : kapan aktifitas akan diselesaikan.
- 5) Waktu evaluasi ulang untuk menemukan kemajuan.
- 6) Penandatanganan dan tanggal : anggota keluarga dan perawat.

e. Kolaborasi

Kolaborasi atau perawatan kesehatan kolaboratif mengacu kepada perawatan yang diberikan oleh sejumlah profesional dalam bidang

perawatan kesehatan yang bekerja bersama-sama secara erat untuk memberikan perawatan yang komprehensif dan terintegrasi. Kolaborasi dianggap sebagai intervensi terpisah dari perawat keluarga dan sebagai sebuah strategi penting yang digunakan dalam manajemen kasus.

f. **Konsultasi**

Konsultasi mengacu kepada kegiatan memberikan nasihat-nasihat atau pelayanan-pelayanan. Dalam keperawatan selalu mengambil bentuk perundingan bersama tentang sebuah kasus tertentu atau tentang seorang klien dan memberikan usulan / informasi tentang klien dengan masalah-masalahkeperawatan tertentu. (Friedman, Marilyn M, 1998, 486-499)

6. **Lima Tugas Kesehatan Keluarga**

1. **Mengenal masalah kesehatan.**

Bagaimana persepsi keluarga terhadap keparahan penyakit, pengertian, tanda dan gejala, faktor penyebab dan persepsi keluarga terhadap masalah yang dialami keluarga.

2. **Membuat keputusan yang tepat.**

Sejauh mana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah, bagaimana, masalah dirasakan keluarga, keluarga menyerah atau tidak terhadap masalahyang dihadapi, adakah rasa takut terhadap akibatatau adakah sifat negatif dari keluarga terhadap

masalah kesehatan, bagaimana sistem pengambilan keputusan yang dilakukan terhadap anggota keluarga yang sakit.

3. Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit.

Bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakitnya, sifat dan perkembangan keperawatan yang diperlukan, sumber-sumber yang ada dalam keluarga, kekompakan anggota keluarga serta sikap keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit.

4. Memodifikasi lingkungan atau menciptakan suasana rumah yang sehat. Meliputi pentingnya sanitasi bagi keluarga, upaya pencegahan penyakit yang dilakukan keluarga, upaya pemeliharaan lingkungan yang dilakukan keluarga, kekompakan anggota keluarga dalam menata lingkungan dalam dan luar rumah yang berdampak pada kesehatan keluarga.

5. Merujuk pada fasilitas kesehatan masyarakat.

Kepercayaan keluarga pada petugas kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan, keberadaan, fasilitas kesehatan, apakah pelayanan kesehatan terjangkau oleh keluarga, keuntungan keluarga terhadap pengguna fasilitas kesehatan, adakah pengalaman yang kurang baik yang dipersepsikan keluarga. (Bailon and Maglaya (1978) dalam Efendi, F.M (2009))



## **B. Konsep Dasar Penyakit**

### **1. Pengertian**

Gagal jantung adalah suatu keadaan ketika jantung tidak mampu mempertahankan sirkulasi yang cukup bagi kebutuhan tubuh, meskipun tekanan pengisian vena normal. (Muttaqin, Arif, 2009)

Gagal jantung adalah ketidakmampuan jantung untuk memompa darah yang tidak adekuat untuk memenuhi kebutuhan jaringan akan oksigen dan nutrisi. (Brunner and Suddart's, 2002)

Gagal jantung adalah keadaan patofisiologis dimana jantung sebagai pompa tidak mampu memenuhi kebutuhan darah untuk metabolisme jaringan. (Ruhyanudin, faqih, 2007)

Gagal jantung adalah suatu keadaan patofisiologis dimana jantung gagal mempertahankan sirkulasi adekuat untuk kebutuhan tubuh meskipun tekanan pengisian cukup. (Paul Wood, 1985 dalam Gray, Huon H, dkk, 2005)

Gagal jantung adalah satu sindrom dimana disfungsi jantung berhubungan dengan penurunan toleransi latihan, insiden aritmia yang tinggi dan penurunan harapan hidup. ( Jay Cohn, 1988 dalam Gray, Huon H, dkk, 2005)

Adanya gejala gagal jantung, yang terversibel dengan terapi, dan bukti objektif adanya disfungsi jantung. (European Society of Cardiology, 1995 dalam Gray, Huon H, dkk, 2005)

**Klasifikasi gagal jantung menurut *New York Heart Assosiation*:**

- a. Kelas I: klien dengan kelainan jantung tetapi tanpa pembatasan aktifitas fisik (Disfungsi ventrikel kiri yang asimtomatik).
- b. Kelas II : klien dengan kelainan jantung yang menyebabkan sedikit pembatasan aktifitas fisik (gagal jantung ringan).
- c. Kelas III: klien dengan kelainan jantung yang menyebabkan banyak pembatasan aktivitas fisik (gagal jantung sedang).
- d. Kelas IV: klien dengan kelainan jantung yang segala bentuk aktivitas fisiknya akan menyebabkan keluhan (gagal jantung berat). (Muttaqin, Arif, 2009, 197)

## 2. Etiologi

### a. Kelainan otot Jantung

Gagal jantung paling sering terjadi pada penderita kelainan otot jantung, menyebabkan menurunnya kontraktilitas jantung. Kondisi yang mendasari mencakup aterosklerosis koroner, hipertensi arterial dan penyakit otot degeneratif atau inflamasi.

### b. Aterosklerosis koroner

Mengakibatkan disfungsi miokardium karena tergangungnya aliran darah ke otot jantung. Terjadi hipoksia dan asidosis (akibat penunpukan asam laktat). Infark miokardium (kematian sel jantung) biasanya mendahului terjadinya gagal jantung.

c. Hipertensi sistemik atau pulmonal (peningkatan afterload)

Meningkatkan beban kerja jantung dan pada gilirannya mengakibatkan hipertrofi serabut jantung.

d. Peradangan dan penyakit miokardium degenatif

Berhubungan dengan gagal jantung karena kondisi ini secara langsung merusak serabut jantung karena kondisi ini secara langsung merusak serabut jantung, menyebabkan kontraktilitas menurun.

e. Penyakit jantung lain

f. Faktor sistemik

3. Patofisiologi

Mekanisme yang mendasari gagal jantung meliputi gangguan kemampuan kontraktilitas jantung, yang menyebabkan curah jantung lebih rendah dari curah jantung normal. Konsep curah jantung paling baik dijelaskan dengan persamaan  $CO = HR \times SV$  dimana curah jantung (CO : Cardiac Output) adalah fungsi frekuensi jantung (HR : Heart Rate) X volume sekuncup (SV : Stroke Volume)

Frekuensi jantung adalah sistem saraf otonom. Bila curah jantung berkurang, sistem saraf simpatis akan mempercepat frekuensi jantung untuk mempertahankan curah jantung. Bila mekanisme kompensasi ini gagal untuk mempertahankan perfusi jaringan yang memadai, maka volume sekuncup jantunglah yang akan menyesuaikan diri untuk menyesuaikan curah jantung.

Tetapi pada gagal jantung dengan masalah utama kerusakan dan kekakuan serabut otot jantung, volume sekuncup berkurang dan curah jantung normal masih dapat dipertahankan. Volume sekuncup, umlah darah yang dipompa pada setiap kontraksi tergantung pada tiga faktor yaitu:

- a. *Preload* adalah sinonim dengan hukum Starling pada jantung yang menyatakan bahwa jumlah darah yang mengisi jantung berbanding langsung dengan tekanan yang ditimbulkan oleh panjangnya regangan serabut jantung.
- b. Kontraktilitas mengacu pada perubahan kekuatan kontraksi yang terjadi pada tingkat sel dan berhubungan dengan perubahan panjang serabut jantung dan kadar kalsium.
- c. *Afteload* mengacu pada besarnya tekanan ventrikel yang harus dihasilkan untuk memompa darah melawan perbedaan tekanan yang ditimbulkan oleh tekanan arteriole.

Pada gagal jantung, jika satu atau lebih dari ketiga faktor tersebut terganggu, hasilnya curah jantung berkurang. Kemudian dalam menentukan pengukuran hemodinamika melalui prosedur pemantauan invasive telah mempermudah diagnosis gagal jantung kongestif dan mempermudah penerapan terapi farmakologis yang efektif.

#### 4. Manifestasi Klinis

Tanda dominant gagal jantung adalah meningkatnya volume intravaskuler. Jaringan terjadi akibat tekanan arteri dan vena yang

meningkat akibat turunnya curah jantung pada kegagalan jantung. Peningkatan tekanan vena pulmonalis dapat mengakibatkan cairan mengalir dari kapiler paru ke alveoli, akibatnya terjadi edema perifer umum dan penambahan berat badan.

Turunnya curah jantung pada gagal dimanifestasikan secara luas karena darah tidak dapat mencapai jaringan dan organ (perfusi rendah) untuk menyampaikan oksigen yang dibutuhkan. Beberapa efek yang biasanya timbul akibat perfusi rendah adalah pusing, kelesuan, tidak toleran terhadap latihan dan panas, ekstremitas dingin dan haluaran urin berkurang (oliguri). Tekanan perfusi ginjal menurun, mengakibatkan pelepasan rennin dari ginjal, yang pada gilirannya akan menyebabkan sekresi aldosteron, retensi nutrisi dan cairan, serta peningkatan volume intravaskuler.

#### 5. Pemeriksaan Penunjang

- a. Pemeriksaan foto toraks dapat mengarah ke kardiomegali
- b. Corakan vaskuler paru menggambarkan kranialisasi
- c. Garis Kerley A/B
- d. Infiltrate prekordial kedua paru
- e. Efusi pleura
- f. Elektrokardiografi (EKG), untuk melihat penyakit yang mendasari seperti infark miokard dan aritmia.
- g. EKG ambulatory, harus dilakukan jika diduga terdapat aritmia.

- h. Pemeriksaan Hb, direkomendasikan untuk menyingkirkan anemia dan menilai fungsi ginjal sebelum terapi dimulai.
- i. Elektrolit
- j. Ekokardiografi, harus dilakukan pada semua pasien dengan dugaan gagal jantung
- k. Angiografi
- l. Fungsi ginjal
- m. Kateterisasi jantung, dilakukan pada dugaan jantung koroner, pada kasus kardiomiopati atau miokarditis yang jarang, yang membutuhkan biopsy miokard. (Manjoer, Arif, 2000) & (Gray, Huok H, dkk, 2005)



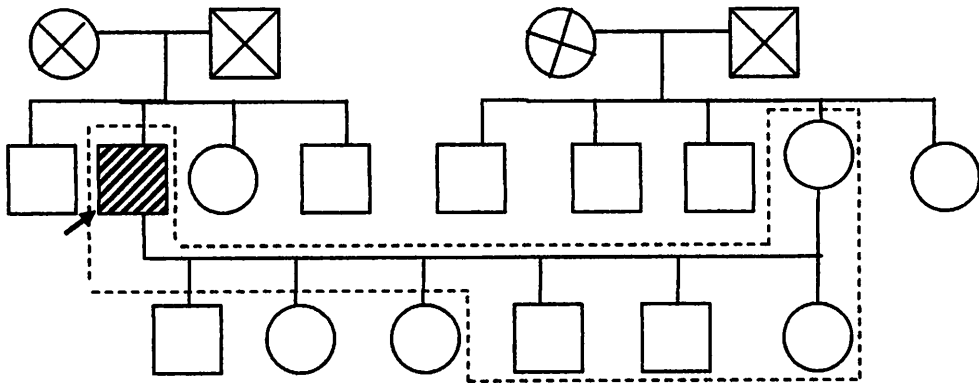
## **BAB III**

### **RESUME KEPERAWATAN**

Dalam bab ini penulis akan memaparkan tentang resume keperawatan dalam keluarga yang meliputi data umum, analisa data yang dilakukan melalui pengkajian, dan observasi dengan wawancara secara langsung dengan keluarga, intervensi dan perencanaan tindakan, implementasi yang dilakukan penulis dalam keluarga serta evaluasi.

#### **A. Pengkajian**

Pengkajian dilakukan tanggal 4 mei 2010 pukul 15.00, diperoleh data umum klien Tn. C umur 51 tahun dengan pendidikan terakhir SMP bekerja sebagai wiraswasta, berkebangsaan Indonesia suku Jawa. Komposisi keluarga, Ny. S sebagai istri umur 45 tahun bekerja sebagai buruh di salah satu pabrik konveksi dengan pendidikan terakhir SD dan memiliki 6 orang anak, 3 orang anak pertama sudah berkeluarga dan tidak tinggal bersama pasangannya masing masing. Anak ke-4 Ank. D umur 19 tahun bekerja sebagai swasta, Ank. Y umur 15 tahun saat ini masih sekolah di bangku SMK dan ank. M umur 11 tahun sebagai pelajar SD.



Keterangan :

- : Laki-laki
- : perempuan
- ⊗ : meninggal
- ▨ : Tn. C dengan Chronic Heart Failure
- : tinggal satu rumah

Keluarga Tn. C merupakan tipe keluarga *nuclear family* (keluarga inti), dimana didalam keluarga hanya terdapat ayah, ibu dan anak. Kelurga Tn. C adalah suku bangsa jawa, kebiasaan dalam keluarga bila terdapat keluarga yang sakit langsung dibawa ke pelayanan terdekat, tidak terdapat kepercayaan tertentu tentang kesehatan. Keluarga Tn. C menganut satu kepercayaan yaitu agama islam. Tn. C mengajarkan kepada anggota keluarganya untuk selalu menjalankan ibadah sholat tepat waktu, bila terdapat kegiatan di kampungnya, anggota keluarga aktif berperan didalamnya. Keluarga tidak hanya



menggunakan fisik tetapi juga mental bila terdapat keluarga yang sedang sakit.

Penghasilan yang diperoleh Tn. C, dari berjualan membuka warung kecil di rumahnya dan penghasilan istri terkadang cukup untuk membiayai kebutuhan sehari-hari serta kebutuhan sekolah anak-anaknya, tetapi terkadang kekurangan karena belakangan ini Tn. C sedang sakit dan harus berobat dan control di rumah sakit yang membutuhkan biaya yang cukup besar. Keluarga tidak mempunyai kebiasaan rekreasi tertentu. Menonton TV merupakan rekreasi bagi keluarga, tetapi anak D dan anak Y sering berada diluar rumah dengan teman-temannya. Hal ini merupakan rekreasi bagi mereka. Terkadang keluarganya pergi keluar kota untuk mengunjungi saudaranya, hal tersebut sebelum Tn. C sakit.B.

Keluarga Tn. C mempunyai 6 orang, 3 anak pertamanya sudah berkeluarga, tinggal bersama suami. Ke-3 anak yang lain masih tinggal bersam Tn. C, saat ini sudah bekerja sebagai swasta dan dua anaknya masih menduduki bangku SMK dan SD. Maka keluarga Tn. C berada dalam tahap perkembangan keluarga yang melepas anak dewasa muda.

Keluarga yang melepas anak dewasa muda dengan tugas perkembangan: memperluas siklus keluarga dengan memasukan anggota keluarga baru yang didapat melalui perkawinan anak-anak, melanjutkan untuk memperbaharui hubungan perkawinan, membantu orang lanjut usia dan sakit-sakitan dari suami maupun istri, membantu anak mandiri, memperhantahkan komunikasi,

memperluas hubungan keluarga antara orang tua dengan menantu, menata kembali peran dan fungsi keluarga setelah ditinggalkan anak.

Saat ini anak D sudah bekerja. tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi yaitu memperluas siklus keluarga dengan memasukan anggota keluarga baru yang didapat melalui perkawinan anak-anak dan membatu anak mandiri yaitu anak D, anak Y dan anak M.

Didalam keluarga Tn. C tidak mempunyai penyakit keturunan. Tetapi terkadang mengalami penyakit yang ringan-ringan seperti flu, demam batuk, typhoid. Saat ini Tn. C sedang mengalami sakit Chronic Heart Failure atau yang biasa disebut gagal jantung.

Kurang lebih pada bulan desember setelah Tn.c mempunyai acara dikeluarganya, dirinya merasa lemas dan mengeluh sakit dan keluarga mengatakan Tn. C sering batuk-batuk. Hingga akhirnya diperiksakan ke Rumah sakit Dr. Kariyadi, dan didiagnosa menderita Tuberkulosis. Tn. C sering kontrol, tetapi setelah 2 bulan Tn. C memeriksakan dirinya didokter, Tn. C terkena jantung. Karena merasa kurang puas Tn. C dan keluarga melakukan pemeriksaan di dokter lain tetapi hasilnya sama Tn. Terkena jantung didahului Tuberkulosis. Pada bulan maret kondisi Tn. C semakin menurun, kemudian Keluarga membawanya ke rumah sakit Dr. Kariyadi dan dirawat, dari hasil pemeriksaan laboratorium Ekokardiografi Tn. C didiagnosis menderita *Chronic Heart Failure*. Setelah keluar dari rumah sakit Tn. C patuh minum obat dan sering kontrol baik di rumah sakit Dr. Kariyadi maupun dokter lain.

Riwayat.kesehatan masing-masing keluarga, Tn. C umur 51 tahun beban 57 kg keadaan kesehatan saat ini sedang mengalami penyakit Gagal jantung, tindakan yang telah dilakukan untuk mengatasi masalah dengan berobat di dokter, membatasi aktivitas dan diet kolesterol. Saat anggota keluarga sakit keluarga membawanya ke layanan kesehatan terdekat terlebih dahulu. Keluarga sangat memperhatikan kesehatan keluarganya dan keluarga sangat memanfaatkan layanan kesehatan yang ada di daerahnya.

Rumah yang ditempati keluarga Tn. C luasnya 10X5 m2, terdiri dari dua lantai keadaan rumah bagian depan yaitu ruang tamu dan ruang televisi dalam keadaan cukup bersih dan cukup rapi, keadaan ruang makan, dapur dan kamar mandi dalam keadaan kurang bersih dan kurang rapi. Kamar mandi yang digunakan menggunakan bak dan WC rendah keadaan lantai agak licin, tidak terdapat pegangan dalam kamar mandi dan kamar mandi sempit. Didalam rumah terdapat ventilasi yang cukup terdiri dari dua jendela dan dua pintu setiap hari dibuka, cahaya matahari tidak bisa masuk ke dalam rumah karena rumah menghadap utara disamping kanan kiri dan depan terdapat rumah dengan jalan yang cukup sempit, sehingga cahaya matahari kurang masuk kedalam rumah. Pemanfaatan ruang, bagian depan digunakan untuk ruang tamu dan berjualan. Ruang tengah sebagai ruang keluarga, ruang untuk menonton televisi dan kamar utama. Ruang belakang digunakan sebagai dapur dan kamar mandi. Kamar mandi dan toilet dalam keadaan kurang bersih. Penyediaan sumber air menggunakan air artesis dan penyediaan air minum

dengan membeli, dimasak terlebih dahulu sebelum diminum. Keadaan got terbuka dan menggenang dan terdapat sampah.

Sejak dahulu keluarga Tn. C tinggal di rumah yang ditempatinya sekarang. Mereka tidak berpindah-pindah tempat, karena merasa cocok dengan kondisi ekonomi keluarganya. Semenjak sakit Tn. C hanya tinggal di rumah sambil berjualan di warung di rumahnya. bila ada acara di kampungnya Tn. C dan istrinya aktif didalamnya. Keluarga Tn. C merupakan keluarga yang harmonis, hubungan antara Tn. C dengan istri dan anaknya terjalin erat, bila salah satu anggota keluarga mengalami masalah anggota keluarga yang lain saling membantu. Dalam pengambilan keputusan dirundingkan terlebih dahulu dengan anggota keluarga yang lain.

Pola komunikasi keluarga merupakan komunikasi terbuka, bila ada masalah selalu dibicarakan bersama dan dalam pengambilan keputusan selalu di bicarakan bersama. Dengan musyawarah keluarga masalah akan cepat terselesaikan. Antar anggota saling menghargai perannya masing-masing. Dalam keluarga sudah terbagi peran dan tugasnya masing-masing, tiap anggota keluarga melaksanakan tugasnya dalam kehidupan sehari-hari. Saling menghargai peran masing-masing anggota keluarga, yang selalu ditekankan Tn. C agar hubungan keluarganya tetap terjalin harmonis dan meminimalkan pertikaian antar keluarga. Anak-anaknya sering bertukar pendapat tentang masalah pribadi masing-masing.

Semua anggota keluarga saling menyayangi satu sama lain, hubungan kekeluargaan dekat. Saling memberikan perhatian dan saling membantu antar anggota keluarga.

Hubungan sosialisasi keluarga dengan masyarakat sekitar terjalin dengan baik, dalam pengambilan keputusan Tn. C sangat berperan. Menonton televisi bersama merupakan kegiatan keluarga saat ada waktu senggang. Dalam keluarga Tn. C berperan aktif dalam kegiatan sosial di lingkungannya.

Pengetahuan dan persepsi keluarga tentang penyakit yang dialami Tn. C, keluarga hanya mengetahui jika Tn. C menderita jantung tetapi tidak mengetahui tentang penyakit yang pasti, keluarga belum mengetahui secara jelas apa itu pengertian, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinis tentang penyakit Chronic Heart Failure, klien hanya melakukan apa yang dianjurkan dokter dan menjaga kesehatannya dengan tidak melakukan aktifitas yang terlalu berat, tidak mengonsumsi makanan yang mengandung kolesterol.

Keluarga mampu mengambil tindakan yang tepat bila anggota keluarga ada yang sakit, yaitu dengan membawanya ke pelayanan terdekat. Keluarga selalu mengantar Tn. C jika melakukan kontrol di dokter, kontrol terakhir sekitar satu setengah bulan yang lalu. Tn. C mengatakan semasa hidupnya tidak pernah merokok.

Kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit kurang, keluarga mengatakan karena Ny. S mempunyai aktifitas bekerja dan anak-anaknya bersekolah sehingga keluarga kurang optimal merawat Tn. C, dan memelihara lingkungan rumah yang sehat masih menjadi kendala bagi

keluarga, karena istrinya bekerja dan anak-naknya bersekolah. Tetapi keluarga masih menyempatkan waktunya untuk tetap menjaga kebersihan rumahnya.

Mempunyai enam orang anak sudah cukup bagi Tn. C dan istri, tidak berkeinginan untuk mempunyai anak lagi, karena keluarga sadar bahwa umurnya sudah menginjak usia tua.

Dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari selain bekerja istri mempunyai usaha pemesanan jahitan di rumahnya selain itu Tn. C menggunakan waktu luangnya membuka warung kecil di rumahnya.

Dengan kondisi Tn. C yang harus sering kontrol ke dokter, selain itu ke dua anak terakhir masih bersekolah, yang semuanya membutuhkan biaya yang cukup mahal. Sedangkan penghasilannya belum memenuhi semua kebutuhan sehari-hari. Hal ini menjadi stressor jangka pendek bagi keluarga Tn. C Sedangkan stressor jangka panjang yaitu kondisi kesehatan Tn. C.

Untuk mempertahankan keharmonisan keluarganya, Tn. C dan keluarga selalu menjaga komunikasi antar anggota keluarga dan menjaga kerukunan dengan masyarakat sekitar.

Pemenuhan gizi keluarga terpenuhi setiap hari ibu menyediakan makanan dengan komposisi nasi, lauk sayur, terkadang buah. Ibu mengatakan selama ini tidak mengetahui tentang status kesehatan keluarganya saat ini, selama ini menggunakan penyedap rasa dalam mengolah makanan dan tidak mengetahui cara memasak yang benar.

Diperoleh data pemeriksaan fisik Tn. C umur 51 tahun pendidikan terakhir SMP bekerja sebagai wiraswasta klien mengatakan saat beraktifitas

yang terlalu berat dan berjalan terlalu jauh terasa sesak dan kelelahan, dan berbicara terlalu lama. Riwayat penyakit sebelumnya klien pernah menderita Tuberkulosis. Pemeriksaan Tanda-tanda vital sebelum beraktifitas didapat tekanan darah 140/100 mmhg terdengar Irreguler, nadi 114 kali/menit, frekuensi pernapasan 24 kali/menit, tanda-tanda vital setelah beraktifitas, tekanan darah 145/110 mmhg, nadi 130 kali/menit, frekuensi pernapasan 27 kali/menit. Ekstremitas bawah tampak Odema, kapilary revil kembali 2 detik, pernapasan dispneu, menggunakan otot bantu pernapasan, berat badan sebelum sakit 68 kg, setelah sakit 52 kg. Hasil pemeriksaan Ekokardiografi tanggal 10 maret 2010 klien dinyatakan menderita *Chronic Heart Failure*.

#### **B. Analisa Data**

Dari pengkajian yang dilakukan, ditemukan data subjektif : Tn. C mengatakan saat beraktifitas terlalu berat dan berbicara terlalu lama terasa sesak, dirinya hanya bisa berdiam diri dirumah sambil berjualan di warung rumahnya. Keluarga mengatakan kurang dalam merawat Tn. C karena pada pagi sampai sore karena bekerja. Keluarga mengatakan tidak mengetahui secara pasti tentang penyakit yang dialami Tn. C, keluarga hanya tahu bahwa Tn. C harus membatasi aktifitasnya dan mengurangi makanan yang mengandung kolesterol. Dan data objektif : Tanda-tanda vital, tekanan darah 130/100 mmhg dan nadi 114 kali/menit. Frekuensi pernapasan 24 kali/menit Percakapan Tn. C tampak terbata-bata saat berinteraksi dengan penulis, Tn. C Merasa sesak saat diminta penulis untuk beraktifitas selama 3

menit. Dengan tekanan darah setelah beraktifitas 145/110 kali/menit, nadi 130 kali/menit, frekuensi pernapasan 27 kali/menit Maka dari analisa diatas diagnosa yang muncul pada Tn. C yaitu intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota yang sakit khususnya Tn.C.

Data subjektif : keluarga mengatakan tidak mengetahui tentang masalah yang terjadi pada Tn. C. Tn. C mengatakan ketajaman penglihatan bekurang dan merasa kelelahan setelah beraktifitas, keluarga mengatakan kamar mandi yang digunakan mempunyai WC rendah dan menggunakan bak. Data objektif: keadaan lantai dapur licin. Keadaan kamar mandi sempit tidak terdapat pegangan dan lantai kamar mandi agak licin. Maka dari data tersebut muncul diagnosa resiko cedera berhubungan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan khususnya pada Tn. C.

Analisa selanjutnya ditemukan data subjektif : keluarga mengatakan jika ada anggotanya yang sakit langsung dibawa ke layanan kesehatan terdekat seperti puskesmas dan rumah sakit. Keluarga mengatakan setelah keluar dari rumah sakit Tn. C sering kontrol. Tn. C mengatakan semasa hidupnya tidak merokok. Data objektif : tidak ada anggota keluarga yang sakit saat ini selain Tn. Maka diagnosa yang muncul potensial terjadinya peningkatan status kesehatan keluarga pada Tn. C.



### C. Skoring Masalah dan Prioritas masalah

Skoring pertama dengan Diagnosa intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota yang sakit khususnya Tn. C sifat masalah kurang sehat ditetapkan skor 1, pembenaran saat melakukan aktifitas yang terlalu berat dan berbicara terlalu lama terjadi sesak dan kelelahan, Tn. C hanya tinggal dirumah saja, kemungkinan masalah dapat dicegah sebagian ditetapkan skor 1 pembenaran masalah mungkin masih bisa dicegah dengan memberikan suport kepada keluarga agar bisa lebih memperhatikan kesehatan Tn. C, Potensial masalah untuk dicegah cukup ditetapkan skor 2/3 pembenaran masalah untuk dicegah cukup karena keluarga mampu menggunakan fasilitas sarana pelayanan kesehatan yang ada. Menonjolnya masalah skor 1, pembenaran masalah harus segera ditangani dengan memberikan pendidikan kesehatan tentang intoleransi aktifitas akibat dari penyakit yang diderita Tn. C yaitu Chronic heart failure, karena hal masalah tersebut dapat memperparah keadaan Tn. C jika tidak segera ditangani. Jumlah skor 3 2/3, sebagai prioritas utama.

Diagnosa Kedua, resiko terjadi cedera mengenal masalah kesehatan khususnya Tn. C. Sifat masalah skor 2/3, pembenaran keluarga tidak mengetahui tentang faktor-faktor yang menjadi resiko cedera, masalah ini menjadi ancaman kesehatan bagi Tn. C karena ketidakmampuan memodifikasi lingkungan dan keadaan lantai rumah bagian belakang licin akan menjadi resiko terjadi cedera. Kemungkinan masalah dapat dicegah skor 1, pembenaran keluarga peduli tentang kesehatan Tn. C dengan memotivasi

untuk meminimalkan faktor-faktor resiko cedera. Potensial masalah untuk dicegah nilai skor 2/3, pembenaran melihat dari pengamatan keluarga keadaan kesehatan Tn. C selama dua bulan terakhir setelah dirawat inap di Rumah sakit bertambah baik. Menonjolnya masalah ditetapkan skor 1, pembenaran menonjolnya tinggi harus segera ditangani dengan memberikan penjelasan tentang pentingnya memodifikasi lingkungan rumah untuk mencegah terjadinya cedera pada Tn. C. Jumlah skor 3 1/3.

Skoring ketiga dengan diagnosa potensial terjadi peningkatan status kesehatan keluarga khususnya Tn. C, sifat masalah keadaan sejahtera ditetapkan skor 1, pembenaran bila ada anggota keluarga yang sakit keluarga langsung dibawa ke sarana pelayanan kesehatan terdekat. Kemungkinan masalah dapat diubah mudah ditetapkan skor 0, pembenaran melihat perhatian keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit khususnya Tn. C untuk segera dibawa ke rumah sakit dan melakukan kontrol kesehatan akan menjadi berpotensi peningkatan status kesehatan dalam keluarga. Potensial masalah untuk dicegah sulit skor 1/3, pembenaran karena masalah tersebut lebih mengarah pada hal positif sehingga masalah rendah untuk dicegah karena keluarga sangat memperhatikan kesehatan keluarganya. Menonjolnya masalah aada masalah tapi tidak perlu untuk ditangani ditetapkan skor 1/2, pembenaran keluarga sudah mampu mengambil keputusan tentang tindakan yang tepat dan memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan, terdapat masalah yang tidak perlu ditangani yaitu kesibukan keluarga masing-masing keluarga masih bisa menyempatkan waktu untuk memperhatikan Tn. C. Jumlah skor 1 5/6.

Dari skoring diagnosa maka prioritas masalah adalah sebagai berikut :

1. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.
2. Resiko cedera berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan khususnya pada Tn. C.
3. Potensial terjadi peningkatan status kesehatan keluarga khususnya Tn. C.

#### **D. Intervensi**

Pada prioritas masalah pertama intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota yang sakit khususnya Tn. C dapat dilakukan berbagai intervensi, dengan tujuan jangka panjang setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 minggu Tn. C akan mengalami kemajuan aktivitas hingga maksimal. Tujuan jangka pendek setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 kali 60 menit, keluarga mampu menyebutkan pengertian, penyebab, tanda dan gejala, komplikasi gagal jantung dan mengidentifikasi faktor yang memperburuk intoleransi aktifitas, mengidentifikasi metode untuk menurunkan intoleransi aktifitas. Dengan kriteria hasil, individu akan mengalami kemajuan aktifitas dengan mempertahankan tekanan dalam batas normal 3 menit setelah beraktifitas. Dapat mengidentifikasi metode untuk menurunkan intoleransi aktifitas. Intervensi yang dilakukan yaitu antara lain:

1. Berikan pendidikan kesehatan tentang gagal jantung. Rasionalnya untuk mengkaji tingkat pengetahuan keluarga tentang gagal jantung agar keluarga

mengetahui tentang pengertian, etiologi patofisiologi dan manifestasi klinis dari gagal jantung.

2. Kaji tanda-tanda vital sebelum dan sesudah beraktifitas. Rasionalnya untuk membandingkan tanda-tanda vital sebelum dan sesudah beraktifitas kemudian hasil tersebut dibandingkan dengan waktu pemulihan atau waktu yang diperlukan tekanan darah frekuensi nadi dan pernapasan untuk kembali seperti saat preaktifitas.
3. Hilangkan faktor penunjang dengan melihat empat "E" yaitu *eating* (makan) dengan kaji pengetahuan dan jelaskan pentingnya kepatuhan tentang pembatasan garam, *Exertion* (latihan fisik) dengan tingkatkan aktifitas secara bertahap dengan tingkatkan aktifitas individu dengan memintanya untuk melakukan aktifitas lebih lambat atau dalam jangka waktu yang lebih singkat dengan diselingi istirahat yang lebih banyak, secara bertahap tingkatkan toleransi duduk dengan mulai melatihnya selama 15 menit pada saat pertama kali bangun tidur, *exposure* (pemajanan) dengan instruksikan individu untuk mengenakan pakaian hangat selama udara dingin dan hindari latihan fisik selama udara yang panas dan lembab, *emotional stress*, dengan awasi tingkat stress dari laporan sisakit dan keluarga.

Rasionalnya individu yang mengalami gangguan fungsi jantung seringkali mampu meningkatkan level aktivitas dan toleransi terhadap aktifitas melalui adaptasi gaya hidup, modifikasi pendekatan terhadap aktifitas dan pemantauan respon terhadap aktifitas secara cermat. Toleransi aktifitas dimaksimalkan

melalui program terpadu berupa latihan yang diawasi, pembatasan diet, penatalaksanaan stress dan pembatasan pajanan terhadap lingkungan yang ekstrem.

4. Kolaborasi dengan dokter.

5. Diskusikan tentang pentingnya peran aktif keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit. Rasionalnya peran aktif keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit dapat meningkatkan tercapainya hasil secara maksimal.

Prioritas masalah kedua yaitu resiko terjadi cedera mengenai masalah kesehatan khususnya Tn. C. Perencanaan tindakan dengan tujuan jangka panjang Tn. C mengatakan akan lebih lebih meminimalkan resiko terjatuh, tujuan jangka pendek : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 kali 60 menit keluarga dapat mengidentifikasi kembali faktor yang dapat meningkatkan resiko cedera. Tujuan jangka panjang : setelah 2 minggu kunjungan keluarga dapat meminimalkan terjadi resiko cedera. Dengan kriteria hasil : mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan resiko cedera, meminimalkan faktor-faktor terjadi cedera diantaranya lantai rumah yang licin dan penurunan penglihatan dapat diatasi dengan menggunakan kaca mata., menjelaskan tujuan penggunaan tindakan keamanan untuk mencegah cedera. Intervensi yang akan dilakukan sebagai berikut:

1. Kaji pengetahuan keluarga tentang cedera. Rasionalnya menjelaskan tentang perbedaan kecelakaan dan cedera yang mana merupakan bentuk pendefinisian yang perlu dipahami oleh keluarga.

2. Kaji faktor penyebab seperti lantai licin, penurunan ketajaman penglihatan, pengurangan stimulus yang berlebihan seperti kebisingan. Rasionalnya awasi tingkat stress dari laporan sisakit dan keluarga.
3. Ajarkan kepada keluarga tentang manfaat berjalan, instrusikan untuk istirahat 10 samapi 15 menit sebelum berjalan libatkan keluarga, dan minimalkan konsumsi kafein.

Prioritas masalah ketiga dengan diagnosa potensial terjadi peningkatan status kesehatan keluarga. Tujuan jangka pendek : setelah dilakukan tindakan keperawatan 1 kali 60 menit keluarga dapat mengenal tentang status kesehatan keluarganya. Tujuan Jangka panjang : lebih meningkatkan status kesehatan keluarga khususnya pada T. C. Dengan kriteria hasil : keluarga mengatakan akan merubah gaya hidup tidak sehat menjadi gaya hidup yang sehat, Tn. Mengatakan penyakit yang dialami saat ini tidak bertambah parah, tidak ada anggota keluarga yang sakit selain Tn. C. Dengan memberikan intervensi sebagai berikut :

1. Diskusikan dengan keluarga tentang peningatan kesehatan. Rasionalnya keluarga mampu mengenal status kesehatan keluarganya.
2. Pertahankan status kesehatan keluarga saat ini dan lebih meningkatkan perilaku hidup sehat. Rasionalnya dapat meningkatkan status kesehatan keluarga.
3. Diskusikan kepada untuk lebih mengoptimalkan pemanfaatan sarana kesehatan yang ada. Rasionlnya status kesehatan keluarga khususnya Tn. C dapat meningkat.

4. diskusikan dengan keluarga tentang hidup sehat dimulai dari konsumsi makanan, cara mengolah makanan yang benar dengan memperhatikan nilai gizi dalam makanan.

#### A. Implementasi

Implementasi pada diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit khususnya Tn. C, dilakukan tanggal 6 Mei 2010 pukul 15.00, karena pada pagi hari keluarga berada diluar rumah hanya Tn. C. Implementasi yang dilakukan memberikan pendidikan kesehatan tentang gagal jantung meliputi pengertian, etiologi, patofisiologi dan manifestasi klinis. Respon keluarga secara subjektif: keluarga bertanya tentang gagal jantung, dan secara objektif: keluarga dapat menyebutkan kembali pengertian, etiologi, patofisiologi dan manifestasi klinis dari penyakit gagal jantung. Implementasi selanjutnya, mengkaji tanda-tanda vital sebelum dan sesudah respon keluarga secara subjektif: Tn. C kooperatif. Dan respon secara objektif: tanda-tanda vital sebelum beraktifitas tekanan darah 130/100 mmhg dan nadi 100 X permenit, frekuensi pernapasan 24 X per menit, setelah beraktifitas tekanan darah 145/110 mmhg dan nadi 120 X per menit frekuensi pernapasan 28 X per menit. implementasi berikutnya menghilangkan faktor penunjang dengan melihat empat "E" yaitu *eating* (makan) dengan kaji pengetahuan dan jelaskan pentingnya kepatuhan tentang pembatasan garam, *Exertion* (latihan fisik) dengan ingatkan aktifitas secara bertahap dengan tingkatkan aktifitas individu dengan memintanya untuk

melakukan aktifitas lebih lambat atau dalam jangka waktu yang lebih singkat dengan diselingi istirahat yang lebih banyak, secara bertahap tingkatkan toleransi duduk dengan mulai melatihnya selama 15 menit pada saat pertama kali bangun tidur, exposure (pemajanan) dengan instruksikan individu untuk mengenakan pakaian hangat selama udara dingin dan hindari latihan fisik selama udara yang panas dan lembab, *emotional stress*, dengan mengawasi tingkat stress dari laporan dari sisakit dan keluarga.tentang pembatasan garam. Respon kelurga, secara subjektif: keluarga bertanya tentang manfaat dari "4 E", keluarga dan Tn. C mengatakan tingkat stress yang dialami kerana kondisi Tn. C dan keuangan keluarga. Respon secara objektif: Tn. C dan keluarga menunjukkan ekspresi paham dengan menganggukkan kepala. Melakukan kolaborasi dengan dokter, respon individu secara subjektif: Tn. C akan memeriksakan diri pada acara pengobatan masal yang dilakukan mahasiswa D III keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan UNISSULA, respon secara objektif: Tn. C menunjukkan ekspresi memastikan untuk hadir. Implementasi selanjutnya menjelaskan kepada keluarga tentang pentingnya peran keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit. Respon kelurga, secara subjektif: keluarga mengatakan selama ini kurang merawat Tn. C karena bekerja, secara objektif: keluarga menunjukkan ekspresi paham dengan menganggukkan kepala.

Implementasi dilakukan tanggal 7 mei 2010 pukul 19.00 pada masalah resiko cedera berhubungan dengan ketidakmampuan Keluarga mengenal masalah kesehatan khususnya Tn. C, dilakukan implementasi dengan megkaji



pengetahuan keluarga tentang cedera. Respon keluarga secara subjektif: keluarga kooperatif, dan secara objektif: keluarga dapat menyebutkan kembali perbedaan cedera dan kecelakaan. Implementasi selanjutnya mengkaji faktor penyebab resiko cedera, respon keluarga secara subjektif: keluarga mengatakan kamar mandi yang digunakan mempunyai WC rendah dan lantai agak licin, keluarga mengatakan hal tersebut dapat menjadi faktor terjadi cedera, secara objektif: keadaan lantai dapur licin. Implementasi selanjutnya mendiskusikan tentang manfaat program berjalan, menginstruksikan untuk istirahat 10 samapai 15 menit sebelum berjalan dengan melibatkan keluarga. Respon keluarga secara subjektif: keluarga bertanya tentang manfaat program berjalan dan secara objektif: keluarga dapat menjelaskan kembali tentang manfaat latihan berjalan. Mendiskusikan untuk membatasi mengkonsumsi kafein seperti teh, kopi dan soda. Respon keluarga secara subjektif : Tn. C mengatakan masih mengkonsumsi teh dan kopi tetapi dalam jumlah yang sedikit dan respon secara objektif: keluarga menunjukkan ekspresi paham dengan menggagukkan kepala.

Implementasi masalah potensial terjadi peningkatan status kesehatan keluarga dilakukan tanggal 7 mei 2010 pukul 15.00. Implementasi yang dilakukan yaitu mendiskusikan dengan keluarga tentang peningatan kesehatan tentang status kesehatan keluarga . respon keluarga secara subjektif: keluarga kooperatif dan secara objektif: keluarga dapat menyebutkan kembali tentang status kesehatan khususnya pada keluarganya. Implementasi selanjutnya mempertahankan status kesehatan keluarga saat ini dan lebih meningkatkan

perilaku hidup sehat. lebih meningkatkan perilaku hidup sehat. Respon keluarga secara subjektif: keluarga kooperatif, respon keluarga secara objektif: keluarga menunjukkan sikap untuk lebih meningkatkan hidup sehat dengan tidak merokok saat interaksi. Implementasi yang terakhir mendiskusikan dengan keluarga tentang tentang perilaku hidup sehat, dengan menjelaskan cara mengolah makanan yang benar dengan tidak meninggalkan nilai kandungan gizi yang ada dan memotivasi untuk meminimalkan penggunaan penyedap rasa dalam jumlah banyak. Respon keluarga secara subjektif: Ny. S mengatakan selama ini belum mengetahui tentang cara memasak yang benar dan masih menggunakan penyedap dalam mengolah makanan tetapi akan lebih meminimalkan dalam penggunaan penyedap rasa. Respon secara objektif: keluarga menunjukkan ekspresi untuk lebih memperhatikan status kesehatan keluarganya khususnya pada Tn. C.

#### **a. Evaluasi**

Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit khususnya Tn. C, 19 Mei 2010, pukul 15.00. Hasil evaluasi data subjektif : keluarga mengatakan sudah mengetahui tentang penyakit yang dialami Tn. C, Tn. C masih merasa sesak bila digunakan untuk beraktifitas yang terlalu lama. Tn. C mengatakan belum mengikuti stimulus berlebih seperti suara dari televisi. Data objektif : tanda-tanda vital sebelum beraktifitas tekanan darah 130/100 mmhg dan nadi 110 X per menit, frekuensi pernapasan 22 kali/menit. Setelah beraktifitas 140/110 mmhg dan

nadi 120 X per menit, frekuensi pernapasan 26 kali/menit. Dengan waktu pemulihan 5 menit. Dari evaluasi yang didapat maka masalah dapat diatasi sebagian dengan memotivasi keluarga untuk melakukan intervensi 2,3 dan 4.

Evaluasi akhir pada tanggal 20 mei 2010 pukul 09.00 WIB. Evaluasi secara subjektif: keluarga mengatakan sudah mengetahui tentang faktor-faktor resiko cedera, keluarga mengatakan hanya minimal dalam mengatasi lantai yang licin karena keterbatasan waktu dan keadaan rumah yang sempit dan dekat dengan kamar mandi selain itu penurunan ketajaman penglihatan masih menjadi kendala bagi keluarga. Tn. C. evaluasi secara objektif: Tn. C sudah tidak mengkonsumsi produk kafein. Tn. C belum menggunakan kaca mata, keadaan lantai dapur masih agak licin, kamar mandi masih terdapat WC rendah, lantai kamar mandi tidak licin. Kamar mandi tidak terdapat pegangan. Masalah teratasi sebagian. Planning bagi keluarga lanjutkan intervensi.

Evaluasi masalah potensial terjadi peningkatan status kesehatan, dilakukan tanggal 20 mei 2010, pukul 09.00. Evaluasi secara subjektif keluarga mengatakan akan lebih memanfaatkan layanan kesehatan yang ada dan Ny. S mengatakan sudah meminimalkan menggunakan penyedap rasa dalam mengolah makanan. Evaluasi secara objektif: keluarga dapat mengenal status kesehatan keluarga dan mempertahankan status keluarga saat ini. Analisa: masalah teratasi, planning bagi keluarga: memotivasi keluarga untuk mempertahankan kondisi saat ini dan lebih meningkatkan kesehatan keluarga, khususnya pada Tn.C.

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab ini penulis akan membahas tentang pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, prioritas masalah, intervensi, implementasi hingga evaluasi, yang semuanya akan dibahas menurut referensi dari buku.

Pengkajian merupakan tahap awal yang dilakukan penulis untuk mengumpulkan data yang dilakukan dengan wawancara dan observasi kepada keluarga, penulis hanya memasukan data-data yang berhubungan dengan masalah gagal jantung dan masalah keperawatan yang muncul. Pengkajian dilakukan untuk menyusun data-data yang akan digunakan untuk menentukan masalah, pengkajian keperawatan dilakukan kepada semua anggota keluarga diantaranya Tn. C, Ny. S, Ank. D, Ank. Y, dan Ank. M. Namun dalam pengkajian khususnya pemeriksaan fisik penulis hanya melakukan pengkajian pada Tn. C saja. Selain itu, seharusnya penulis mencantumkan tentang riwayat penyakit sebelumnya pada Tn. C yaitu Tuberkulosis, tetapi penulis tidak melakukan pengkajian lebih lanjut karena keterbatasan penulis.

Ada beberapa penyakit yang mempunyai keterkaitan dengan Chronic Heart Failure khususnya penyakit Tuberkulosis dapat menyebabkan Chronic Heart Failure. Dari analisa data yang telah disesuaikan dari pengkajian ditemukan prioritas masalah sebagai berikut :

- A. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit khususnya Tn. C.

melakukan aktifitas yang terlalu berat dan berbicara terlalu lama terjadi sesak dan kelelahan, Tn. C hanya tinggal dirumah saja, kemungkinan masalah dapat dicegah sebagian ditetapkan skor 1 pembenaran masalah mungkin masih bisa dicegah dengan memberikan suport kepada keluarga agar bisa lebih memperhatikan kesehatan Tn. C, Potensial masalah untuk dicegah cukup ditetapkan skor 2/3 pembenaran masalah untuk dicegah cukup karena keluarga mampu menggunakan fasilitas sarana pelayanan kesehatan yang ada. Menonjolnya masalah skor 1, pembenaran masalah harus segera ditangani dengan memberikan pendidikan kesehatan tentang intoleransi aktifitas akibat dari penyakit yang diderita Tn. C yaitu Chronic heart failure, karena hal masalah tersebut dapat memperparah keadaan Tn. C jika tidak segera ditangani.

Implementasi dilakukan berdasarkan intervensi, yaitu memberikan pendidikan kesehatan tentang gagal jantung pada tanggal 6 mei 2010 pukul 15 WIB, rasionalnya untuk mengkaji tingkat pengetahuan keluarga tentang gagal jantung agar keluarga mengetahui tentang pengertian, etiologi patofisiologi dan manifestasi klinis dari gagal jantung, dilanjutkan implementasi selanjutnya yaitu mengkaji tanda-tanda vital sebelum dan sesudah beraktifitas. Rasionalnya membandingkan tanda-tanda vital sebelum dan setelah beraktifitas kemudian, hasil itu dibandingkan dengan waktu pemulihan atau waktu yang diperlukan tekanan darah, frekuensi nadi dan pernapasan untuk kembali seperti saat preaktifitas, dari implementasi respon individu secara subjektif: Tn. C kooperatif dan secara objektif: tanda-tanda vital sebelum

beraktifitas: tekanan darah 130/100 mmhg, nadi 110 X permenit, dan frekuensi pernapasan 24 kali/menit. Tanda-tanda vital setelah beraktifitas: tekanan darah 145/105 mmhg, nadi 120 kali/menit, dan frekuensi pernapasan 28 kali/menit. Tn. C merasa sesak napas, berkeringat dingin. Waktu pemulihan sekitar 5 menit untuk kembali saat preaktifitas.

Implementasi selanjutnya yaitu menghilangkan faktor penunjang dengan melihat empat "E" yaitu *eating* (makan) dengan kaji pengetahuan dan jelaskan pentingnya kepatuhan tentang pembatasan garam, *Exertion* (latihan fisik) dengan tingkatkan aktifitas secara bertahap dengan tingkatkan aktifitas individu dengan memintanya untuk melakukan aktifitas lebih lambat atau dalam jangka waktu yang lebih singkat dengan diselingi istirahat yang lebih banyak, secara bertahap tingkatkan toleransi duduk dengan mulai melatihnya selama 15 menit pada saat pertama kali bangun tidur, *exposure* (pemajanan) dengan instruksikan individu untuk mengenakan pakaian hangat selama udara dingin dan hindari latihan fisik selama udara yang panas dan lembab, *emotional stress*, dengan awasi tingkat stress dari laporan sisakit dan keluarga.

Rasionalnya individu yang mengalami gangguan fungsi jantung seringkali mampu meningkatkan level aktivitas dan toleransi terhadap aktifitas melalui adaptasi gaya hidup, modifikasi pendekatan terhadap aktifitas dan pemantauan respon terhadap aktifitas secara cermat. Toleransi aktifitas dimaksimalkan melalui program terpadu berupa latihan yang diawasi, pembatasan diit, penatalaksanaan stress dan pembatasan pajanan terhadap lingkungan yang ekstrem. Respon keluarga secara subketif: keluarga bertanya tentang manfaat

dari "4 E", keluarga dan Tn. C mengatakan tingkat stress yang dialami karena kondisi Tn. C dan keuangan keluarga. Respon secara objektif: Tn. C dan keluarga menunjukkan ekspresi paham dengan menganggukkan kepala.

Melakukan kolaborasi dengan dokter, dilakukan pada tanggal 16 mei 2010 karena pada tanggal tersebut diadakan pengobatan masal oleh mahasiswa DIII keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan, UNISSULA, rasionalisasinya agar mendapatkan informasi lebih lanjut keadaan kesehatan Tn. C untuk mendukung Implementasi yang akan digunakan Penulis selanjutnya. Respon keluarga secara subjektif: keluarga mengatakan selama ini kurang merawat Tn. C karena bekerja, secara objektif: keluarga menunjukkan ekspresi paham dengan menganggukkan kepala.

Implementasi yang terakhir pada tanggal 7 mei 2010 pukul 10.00 WIB, yaitu Diskusikan tentang pentingnya peran aktif keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit. Rasionalnya peran aktif keluarga dalam merawat anggota keliarga yang sakit dapat meningkatkan tercapainya hasil secara maksimal. Respon keluarga secara subjektif: keluarga mengatakan selama ini kurang merawat Tn. C karena bekerja, secara objektif: keluarga menunjukkan ekspresi paham dengan menganggukkan kepala.

Evaluasi akhir setelah 2 minggu, pada tanggal 19 mei 2010 pukul 15.00 WIB. Dari evaluasi didapatkan masalah teratasi sebagian. Masalah yang sudah teratasi yaitu keluarga mengatakan sudah mengetahui tentang penyakit yang dialami Tn. C, keluarga mengatakan bisa mengurangi stimulus berlebih

seperti suara dari televisi Tn. C masih merasa sesak bila digunakan untuk beraktifitas yang terlalu lama. Data objektif : tanda-tanda vital sebelum beraktifitas tekanan darah 130/100 mmhg dan nadi 110 X per menit. Dan setelah beraktifitas 140 mmhg dan nadi 105 X per menit.. Tn. C dapat meningkatkan aktivitasnya secara bertahap. Faktor pendukung teratasinya masalah ini, keluarga berperan aktif dalam merawat Tn. C.

Masalah yang belum teratasi yaitu dengan waktu pemulihan kembalinya tanda-tanda vital sebelum preaktifitas selama 5 menit, seharusnya waktu pemulihan dibutuhkan 3 menit. Tn. C mengatakan masih terasa sesak dan keletihan bila beraktifitas. Seharusnya dari kriteria hasil, Tn. C dapat menunjukkan keletihan dapat berkurang dan Tn. C dapat menunjukkna aktifitas yang meningkat. Kendala dalam mengatasi masalah ini karena Tn. C belum melakukan kembali semua intervensi yang diberikan penulis, selain itu keterbatasan keluarga untuk merawat Tn. C dikarenakan Ny. S bekerja dan anak-anaknya sekolah, sedangkan faktor pendukung dalam mengatasi masalah ini yaitu keluarga berperan aktif dalam merawat Tn. C.

Planning bagi keluarga memotivasi keluarga untuk melakukan kembali intervensi dari penulis secara maksimal agar masalah yang belum teratasi dapat teratasi dan lebih meningkatkan pengetahuan tentang masalah yang muncul dalam keluarga.

- B. Resiko terjadi cedera berhubungan dengan ketidakmampuan mengenal masalah kesehatan khususnya Tn. C.



Alasan penulis menyusun diagnosa ini karena dari pengertian, Resiko cedera adalah kondisi ketika individu beresiko mengalami bahaya akibat persepsi dan fisiologis yang menurun, kurangnya kewaspadaan terhadap bahaya, atau usia lanjut. (Carpenito, Lynda Jual, 2009)

Resiko cedera adalah suatu keadaan individu mempunyai resiko mendapat cedera sebagai akibat dari kondisi lingkungan yang berinteraksi sumber-sumber adaptif dan defensif individu. (Mi Ja Kim, dkk,)

Etiologi dalam diagnosa ini kurang tepat, seharusnya etiologi yang tepat pada diagnosa ini yaitu ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan (Bailon and maglaya, 1978).

Selain itu, Alasan penulis menyusun diagnosa ini, dengan pertimbangan umum cedera merupakan penyebab kematian utama keempat dalam populasi umum (40,1 kematian per 100.000) dan merupakan penyebab kematian utama pada anak-anak dan dewasa muda (U.S.Public Health Services [USPHS], 1998) dalam Carpenito, Lynda Jual (2009, 614).

Dipertegas dengan faktor resiko berhubungan dengan kelelahan, berhubungan dengan bahaya dalam rumah tangga seperti lantai licin, penerangan kurang, kamar mandi (bak, WC rendah). Penglihatan yang tidak adekuat. (Carpenito, Lynda Jual, 2009). Dibuktikan dengan data subjektif sebagai berikut: Tn. C mengatakan bila digunakan untuk melakukan aktivitas merasa kelelahan, Tn. C Juga mengatakan ketajaman penglihatannya berkurang dan pada malam hari sulit untuk tidur. Data objektif : keadaan lantai dapur agak licin. Kamar mandi dengan bak dan WC rendah,

lantai agak licin dan tidak terdapat pegangan. Berhubungan dengan kurangnya keluarga mengenal masalah. Pengkajian untuk faktor terjadinya resiko cedera kurang, seharusnya penulis menambahkan faktor usia lanjut.

Hasil skoring, mempunyai nilai 3 1/3, menurut Bailon and Maglaya, 1978 prioritas masalah ditentukan dari nilai tertinggi, sehingga pada diagnosa ini menjadi prioritas masalah kedua setelah diagnosa intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah. dengan Sifat masalah skor 2/3, pembenaran keluarga tidak mengetahui tentang faktor-faktor yang menjadi resiko cedera, masalah ini menjadi ancaman kesehatan bagi Tn. C karena ketidakmampuan memodifikasi lingkungan dan keadaan lantai rumah bagian belakang licin akan menjadi resiko terjadi cedera. Kemungkinan masalah dapat dicegah skor 1, pembenaran keluarga peduli tentang kesehatan Tn. C dengan memotivasi untuk meminimalkan faktor-faktor resiko cedera. Potensial masalah untuk dicegah nilai skor 2/3, pembenaran melihat dari pengamatan keluarga keadaan kesehatan Tn. C selama dua bulan terakhir setelah dirawat inap di Rumah sakit bertambah baik. Menonjolnya masalah ditetapkan skor 1, pembenaran menonjolnya tinggi harus segera ditangani dengan memberikan penjelasan tentang pentingnya memodifikasi lingkungan rumah untuk mencegah terjadinya cedera pada Tn. C.

Dari intervensi yang telah disusun penulis, sudah cukup baik tetapi terdapat intervensi yang kurang tepat. Intervensi diberikan untuk menyelesaikan etiologi. Tetapi pada intervensi " Ajarkan kepada keluarga tentang manfaat berjalan, instruksikan untuk istirahat 10 samapi 15 menit

sebelum berjalan libatkan keluarga, dan minimalkan konsumsi kafein” kurang tepat, dimana setelah penulis kaji pada intervensi ajarkan manfaat program berjalan dapat digunakan pada diagnosa intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakmapuan keluarga mengenal masalan. Dan intervensi minimalkan konsumsi kafein dapat digunakan pada diagnosa potensial terjadi peningkatan status kesehatan keluarga khususnya pada Tn. C. Seharusnya penulis menambahkan intervensi yang dapat menyelesaikan etiologi ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan.

Intervensi yang dapat diberikan yaitu awasi dengan ketat individu pada malam hari, gunakan penerangan pada malam hari dan ajarkan individu untuk meminta bantuan pada malam hari, hal ini perlu dilakukan karena intervensi ini untuk mengatasi masalah dari penerangan yang kurang dimana dari analisa terdapat faktor penunjang resiko cedera dalam keluarga yaitu penerangan yang kurang

Intervensi dilakukan sesuai intervensi, implementasi dilakukan pada tanggal 7 mei 2010 pukul 19.00 WIB, mendiskusikan tentang cedera, rasionalnya menjelaskan perbedaan kecelakaan dan cedera yang mana merupakan bentuk pendevisian yang perlu dipahami oleh keluarga. Respon keluarga secara subjektif: keluarga kooperatif, dan secara objektif: keluarga dapat menyebutkan kembali perbedaan cedera dan kecelakaann Dilanjutkan implementasi mengkaji faktor penyebab resiko cedera, dilakukan untuk mengetahui tentang faktor-faktor terjadinya cedera untuk mempermudah penanganan, kondisi lingkungan yang tidak mendukung ditambah penurunan

ketajaman penglihatan dan mob respon keluarga secara subjektif: keluarga mengatakan kamar mandi yang digunakan mempunyai WC rendah dan lantai agak licin, keluarga mengatakan hal tersebut dapat menjadi faktor terjadi cedera, secara objektif: keadaan lantai dapur licin. ilitas yang dialami Tn. C dapat menyebabkan resiko mengalami cedera.

Melibatkan kelurga dalam latihan sangat membantu kelancaran latihan. Respon keluarga positif, keluarga dapat menjelaskan kembali. Mendiskusikan untuk membatasi mengkonsumsi kafein seperti teh, kopi dan soda karena kafein dapat menghambat kerja jantung. Respon keluarga secara subjektif : Tn. C mengatakan masih mengkonsumsi teh dan kopi tetapi dalam jumlah yang sedikit dan respon secara objektif: keluarga menunjukkan ekpresi paham dengan menggagukkan kepala.

Evaluasi akhir pada tanggal 20 mei 2010 pukul 09.00 WIB. Dari evaluasi yang telah dilakukan didapatkan masalah teratasi sebagian. Masalah yang telah teratasi, dari data subjektif: keluarga mengatakan keluarga mengatakan sudah mengetahui masalah yang dialami Tn. C dan mengetahui faktor-faktor penyebab resiko cedera. Dengan data objektif yang didapat keluarga tampak sudah mengenal masalah pada Tn. C sesuai dari kriteria hasil. Tetapi terdapat masalah yang belum teratasi yaitu dari evaluasi data subjektif : keluarga mengatakan hanya minimal dalam mengatasi lantai yang licin karena keterbatasan waktu dan keadaan rumah yang sempit dan dekat dengan kamar mandiri selain itu penurunan ketajaman penglihatan masih menjadi kendala bagi keluarga. Tn. C sudah tidak mengkonsumsi produk kafein. Dengan data

objektif, Tn. C belum menggunakan kaca mata, keadaan lantai dapur masih agak licin, kamar mandi masih terdapat WC rendah, lantai kamar mandi tidak licin. Tetapi keadaan luas kamar mandi yang sempit dan tidak terdapat pegangan masih menjadi faktor terjadinya resiko cedera. Hal ini tidak sesuai dengan kriteria hasil: keluarga dapat meminimalkan faktor-faktor terjadi cedera diantaranya lantai rumah yang licin dan penurunan penglihatan dapat diatasi dengan menggunakan kaca mata. Sehingga masalah ini teratasi sebagian.

Kendala dalam mengatasi masalah resiko terjadinya cedera yaitu keterbatasan waktu dan tenaga keluarga untuk meminimalkan faktor-faktor terjadi resiko cedera serta keadaan rumah yang sempit dan dekat dengan kamar mandi membuat lantai tetap licin. Selain itu penurunan ketajaman penglihatan masih menjadi kendala dalam menghambat untuk mengatasi masalah tersebut.

Planing bagi keluarga yang diberikan penulis kurang seharusnya penulis menuliskan planing bagi keluarga yaitu memotivasi untuk melanjutkan intervensi dan mengatasi lantai yang licin dengan sesering mungkin mengepel dapur, menyediakan keset di dapur dan didepan kamar mandi dan memberi pegangan didalam kamar mandi. Memotivasi keluarga untuk melakukan intervensi kembali serta, memotivasi keluarga untuk kolaborasi dengan dokter ahli mata.

### C. Potensial terjadi peningkatan status kesehatan

Alasan penulis menyusun diagnosa ini karena, kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Menurut U.U. R.I. No. 25, (1992), dalam Machfoedz, Ircham (2003, 1).

Peningkatan kesehatan adalah sebagai aktivitas yang, dengan menekankan aspek positif, membantu individu untuk mengembangkan sumber-sumber yang akan mempertahankan atau meningkatkan kesejahteraan dan memperbaiki kualitas hidup. (Suddarth's and Brunner, 2002, 55)

Seharusnya etiologi pada diagnosa ini yaitu kemampuan keluarga memanfaatkan layanan kesehatan. Karena didukung data subjektif : keluarga mengatakan jika ada anggotanya yang sakit langsung dibawa ke layanan kesehatan terdekat seperti puskesmas dan rumah sakit. Keluarga mengatakan setelah keluar dari rumah sakit Tn. C sering kontrol. Tn. C mengatakan semasa hidupnya tidak merokok. Data objektif : tidak ada anggota keluarga yang sakit saat ini selain Tn. C. Yang mana tujuan dari peningkatan kesehatan adalah untuk berfokus pada potensi individu terhadap kesejahteraan dan untuk mendorongnya sehingga mengubah kebiasaan pribadi, gaya hidup, dan lingkungan dengan cara yang akan mengurangi resiko dan meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan. Dari data yang ada dalam keluarga dengan tujuan kesehatan, penulis yakin menyusun diagnosa ini guna untuk mempertahankan serta meningkatkan status kesehatan didalam keluarga Tn.C.

Dari hasil skoring pada diagnosa ini menjadi diagnosa terakhir kerana mempunyai nilai terendah, menurut Bailon and Maglaya (1978) prioritas masalah ditentukan dari hasil skoring tertinggi. Dengan hasil skoring 1 5/6, sifat masalah keadaan sejahtera ditetapkan skor 1, pembenaran bila ada anggota keluarga yang sakit keluarga langsung dibawa ke saran pelayanan kesehatan terdekat. Kemungkinan masalah dapat diubah mudah ditetapkan skor 0, pembenaran melihat perhatian keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit khususnya Tn. C untuk segera dibawa ke rumah sakit dan melakukan kontrol kesehatan akan menjadi berpotensi peningkatan status kesehatan dalam keluarga. Potensial masalah untuk dicegah sulit skor 1/3, pembenaran karena masalah tersebut lebih mengarah pada hal positif sehingga masalah rendah untuk dicegah karena keluarga sangat memperhatikan kesehatan keluarganya. Menonjolnya masalah aada masalah tapi tidak perlu untuk ditangani ditetapkan skor 1/2, pembenaran keluarga sudah mampu mengambil keputusan tentang tindakan yang tepat dan memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan, terdapat masalah yang tidak perlu ditangani yaitu kesibukan keluarga masing-maing keluarga masih bisa menyempatkan waktu untuk memperhatikan Tn. C.

Intervensi dilakukan berdasarkan intervensi, implemementasi dilakukan tanggal 7 mei 2010 pukul 15.00 wib. Implementasi yang dilakukan yaitu mendiskusikan dengan keluarga tentang peningatan kesehatan, hal ini dilakukan guna menggali pengetahuan keluarga tentang kesehatan dan keluarga mengetahui tentang status kesehatan keluarg saat ini dalam keadaan

sehat atau sakit. Dari implementasi tersebut respon keluarga secara subjektif: keluarga kooperatif dan secara objektif: keluarga dapat menyebutkan kembali tentang status kesehatan khususnya pada keluarganya. Implementasi selanjutnya yaitu mempertahankan status kesehatan keluarga saat ini dan lebih meningkatkan perilaku hidup sehat, mendiskusikan kepada untuk lebih mengoptimalkan pemanfaatan sarana kesehatan rasionalisasinya memotivasi keluarga untuk lebih mempertahankan status kesehatan dan keluarga akan lebih mengoptimalkan pemanfaatan layanan kesehatan yang ada. Respon keluarga secara subjektif: keluarga kooperatif dan secara objektif: keluarga menunjukkan sikap untuk lebih meningkatkan hidup sehat dengan tidak merokok saat imteraksi.

Memberikan pendidikan kesehatan tentang hidup sehat dimulai dari konsumsi makanan, cara mengolah makan yang benar dengan memperhatikan nilai gizi didalam makanan dengan rasionalisasi keluarga dapat mengetahui tentang gaya hidup sehat untuk mencegah masalah penyakit kronis dan mengetahui tentang bagaimana cara mengolah makanan yang benar dengan tidak menghilangkan nilai gizi alasan penulis melakukan intervensi ini dengan mendiskusikan kepada keluarga, tidak dengan mendemonstrasikannya karena keterbatasan penulis untuk tidak melakukan. Respon keluarga secara subjektif: Ny. S mengatakan selama ini belum mengetahui tetentang cara memasak yang benar dan masih menggunakan penyedab dalam megolah makanan tetapi akan lebih meminimalkan dalam penggunaa penyedap rasa.



Respon secara objektif: keluarga menunjukkan ekspresi untuk lebih memperhatikan status kesehatan keluarganya khususnya pada Tn. C.

Implementasi ini sudah benar, tetapi kurang tepat seharusnya implementasi yang diberikan penulis yaitu memilih diet yang sesuai dengan kondisi Tn. C yaitu dengan membatasi kopi, teh, mengurangi makanan yang mengandung kolesterol dan gas serta membatasi garam.

Evaluasi dilakukan pada tanggal 20 Mei 2010 pukul 09.00 WIB, didapat masalah teratasi dibuktikan keluarga mengatakan meminimalkan menggunakan penyedap rasa dalam mengolah makanan. Data objektif keluarga dapat mengenal status kesehatan keluarga dan mempertahankan status keluarga saat ini. Saat kunjungan terakhir, ibu sudah bisa memasak dengan benar. Maka masalah teratasi sesuai dengan kriteria hasil, keluarga mengatakan akan merubah gaya hidup tidak sehat menjadi gaya hidup yang sehat, Tn. Mengatakan penyakit yang dialami saat ini tidak bertambah parah, tidak ada anggota keluarga yang sakit selain Tn. C.

Tidak ada kendala dalam mengatasi masalah ini. Faktor pendukung teratasinya masalah tersebut yaitu keinginan keluarga untuk mempertahankan status kesehatan keluarga dan lebih meningkatkannya khususnya bagi Tn. C. Planning bagi keluarga dengan memotivasi keluarga untuk mempertahankan kondisi saat ini dan lebih meningkatkan kesehatan keluarga, khususnya pada Tn. C.

## BAB V

### PENUTUP

Pada bab akhir penulis akan menjelaskan tentang kesimpulan dari Asuhan Keperawatan yang telah dilakukan dengan menyertakan saran sebagai suatu pembelajaran.

#### A. Kesimpulan

1. Keluarga dapat menjelaskan tentang penyakit yang dialami Tn. C yaitu pengetahuan, etiologi, patofisiologi dan manifestasi klinis dari *Chronic Heart Failure*.
2. Dalam pengkajian data-data yang mendukung saja yang dituliskan, dari analisa ditemukan tiga diagnosa yaitu Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah khususnya pada Tn. C menjadi prioritas utama, resiko cedera berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan khususnya pada Tn. C dan potensial terjadinya peningkatan kesehatan keluarga khususnya pada Tn. C. Perencanaan yang dibuat berdasarkan perencanaan masing-masing diagnosa dilengkapi dengan rasionalisasinya sehingga tujuan dan kriteria hasil relevan untuk dilakukan penulis didalam keluarga. Implementasi yang telah dilakukan sesuai intervensi masing-masing diagnosa, Evaluasi akhir dari setiap diagnosa yaitu : diagnosa intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota yang sakit khususnya Tn. C. Dari evaluasi masalah teratasi sebagian. Diagnosa

resiko cedera berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan. Dari evaluasi khir masalah teratasi sebagian. Diagosa terakhir potensial terjadinya status kesehatan keluarga khususnya Tn. C. Dari evaluasi akhir masalah teratasi.

3. Dari pembahasan dapat diidentifikasi, pada pengkajian seharusnya penulis menuliskan data tentang riwayat penyakit sebelumnya yaitu Tuberkulosis. intervensi diberikan untuk mengatasi etiologi sehingga ada intervensi yang tidak tepat pada diagnosa resiko cedera behubungan dengan ketiakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan.

## **B. Saran**

### **1. Penulis**

Hendaknya sebelum melakukan asuhan keperawatan keluarga dengan Chronic Heart Failure, penulis harus menguasai konsep dasar penyakit, konsep dasar keluarga dengan memperhatikan prinsip penatalaksanaan keperawatan keluarga, untuk mendukung keberhasilan dan berkualitas.

### **2. Keluarga**

Hendaknya keluarga perlu untuk mengenal masalah kesehatan didalam keluarganya dan meningkatkan untuk merawat amggotanya tang sakit serta lebih mengoptimalkan pemanfaatan layanan kesehatan.

### **3. Institusi pendidikan**

Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Chronic Heart Failure dapat digunakan sebagai reverensi dan pembelajaran dalam bidang

keperawatan sehingga dapat digunakan untuk menjadi perawat yang berkualita dalam praktik keperawatan.

4. Masyarakat Hendaknya masyarakat dapat menggunakan layanan kesehatan yang ada secara optimal untuk meminimalkan munculnya penyakit kronis maupun akut sehingga status kesehatan dapat ditingkatkan dan mortalitas-mordibitas dapat ditekan



## DAFTAR PUSTAKA

- Carpenito, Lynda Jual. 2001. *Buku Saku Diagnosa Keperawatan*, Edisi 8. Jakarta: EGC.
- Carpenito, Lynda Jual. 2009. *Diagnosa Keperawatan Aplikasi pada Praktik Klinis*, Edisi 9. Jakarta: EGC.
- Doenges, Marilyn E. 2000. *Rencana Asuhan Keperawatan Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*. Jakarta: EGC.
- Efendi, Ferry Makhfudli. 2009. *Keperawatan Kesehatan Komunitas Teori dan Praktik dalam Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Gray, Huon H, dkk. 2005. *Lecture Notes: Kardiologi*. Jakarta: Erlangga.
- Knight, John F. 2006. *Jantung Kuat, Bernapas Lega*. Bandung: Indonesia Publishing House.
- Muttaqin, Arif. 2009. *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler dan Hematologi*. Jakarta: Salemba Medika.
- Ruhyanudin, Faqih. 2007. *Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler*. Malang: UMM Press.
- Setyowati, Sri. 2008. *Asuhan Keperawatan Keluarga Konsep dan Aplikasi Kasus*. Jogjakarta: Mitra Cendekia.
- Suddarth's and Brunner. 2002. *Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah Edisi 8 Volume 2*. Jakarta: EGC.
- Suddarth's and Brunner. 2002. *Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8 Volume 1*. Jakarta: EGC.
- Sudiharto. 2007. *Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Pendekatan Keperawatan Transkultural*. Jakarta: EGC.
- Suprajitno. 2004. *Asuhan Keperawatan Keluarga: Aplikasi Dalam Praktik*. Jakarta: EGC.