

**PENERAPAN PROGRAM LATIHAN ROM (PASIF) TERHADAP
RENTANG GERAK PADA PASIEN DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN INTOLERANSI AKTIVITAS**

Karta Tulis Ilmiah

**Diajukan sebagai salah satu persyaratan untuk
memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan**



Disusun Oleh:

FATIHA KHAIRANA

40902200023

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

2025

**PENERAPAN PROGRAM LATIHAN ROM (PASIF) TERHADAP
RENTANG GERAK PADA PASIEN DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN INTOLERANSI AKTIVITAS**

Karta Tulis Ilmiah



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2025**

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan di bawah 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. Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarisme, saya bertanggungjawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung.

Semarang, 09 Mei 2025



Fatiha Khairana
NIM. 40902200023

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula pada :

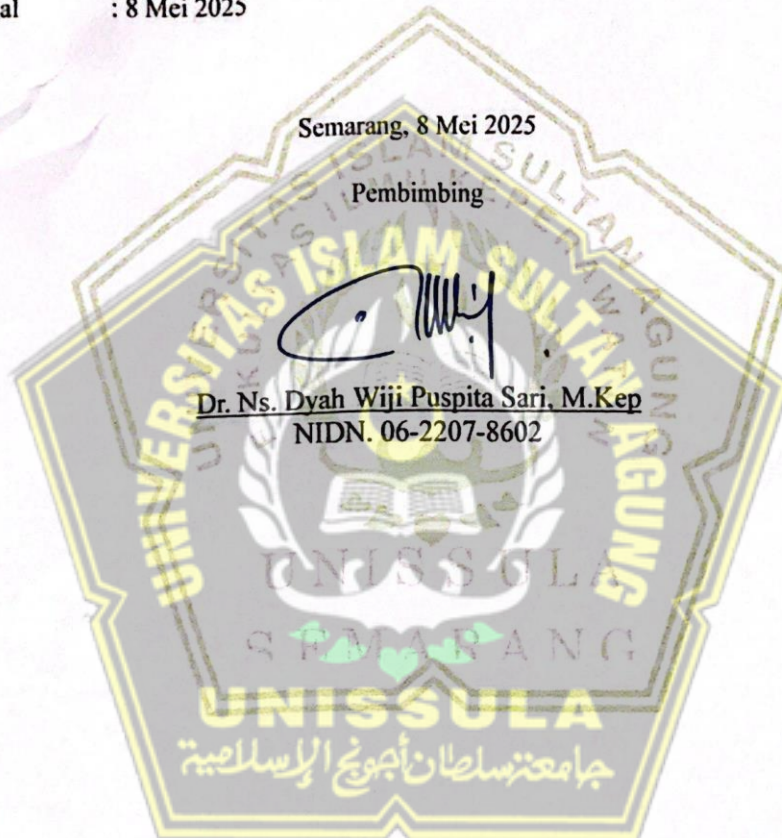
Hari : Kamis

Tanggal : 8 Mei 2025

Semarang, 8 Mei 2025

Pembimbing


Dr. Ns. Dyah Wiji Puspita Sari, M.Kep
NIDN. 06-2207-8602

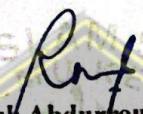


HALAMAN PENGESAHAN

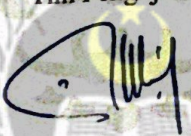
Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula pada hari Jumat, 09 Mei 2025 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 09 Mei 2025

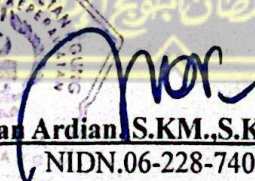
Tim Penguji I


Dr. Ns. Muk Abdurrouf, M.Kep
NIDN. 06-0505-7902

Tim Penguji II


Dr. Ns. Dyah Wiji Puspita Sari, M.Kep
NIDN. 06-2207-8602

Mengetahui
Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan


Dr. Iwan Ardian, S.KM., S.Kep., M.Kep
NIDN.06-228-7403

KATA PENGANTAR



Segala puji bagi Allah SWT yang telah memberikan rahmat, nikmat serta ridho-Nya sehingga penulis telah diberi kesempatan untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul " **Penerapan Program ROM (pasif) Terhadap Rentang Gerak Pada Pasien Dengan Masalah Keperawatan Intoleransi Aktivitas**" Penelitian ini disusun sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan Program Studi Diploma III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Dalam menyusun penelitian ini penulis menyadari sepenuhnya, bahwa penulis tidak dapat menyelesaikan karya Tulis Ilmiah ini tanpa bimbingan dan dukungan dari semua pihak yang turut berkontribusi dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini sesuai dengan yang direncanakan dan tepat waktu untuk itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terimakasih kepada:

1. Prof. Dr. H. Gunarto, S.H., M.H. Selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Dr. Iwan Ardian, S.KM.,S.Kep., M.Kep selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Ns. Indra Tri Astuti, M.Kep, Sp.Kep.An Selaku kaprodi DIII Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang

4. Dr. Ns. Dyah Wiji Puspita Sari, M.Kep Selaku pembimbing yang telah baik, sabar, ikhlas, dan meluangkan waktu serta tenaga dalam memberikan ilmu, nasehat, dan petuah yang bermanfaat, serta tidak lupa memberi semangat dalam mengerjakan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Dr. Ns. Muh Abdurrouf, M.Kep Selaku pengujian telah berkenan untuk menguji saya dan memberikan pendapat, nasehat, dan ilmu bagi kemajuan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Kepada seluruh pengajar dan staf pengajar fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
7. Yang pertama saya ucapkan kepada Allah SWT yang telah memberikan saya kemantapan hati, hati yang luas, memberikan saya keikhlasan, menunjukkan jalan yang benar, membuka hati dan mata untuk memandang dan berjalan ke depan.
8. Kepada kedua orang tua saya, terutama ibu saya tercinta ibu Sukaesi, saya ucapkan terima kasih yang telah menyayangi saya, membimbing saya, merawat saya sedari kecil, melindungi saya, mengusahakan apa yang tidak bisa menjadi bisa, yang selalu menyemangati saya, yang selalu mendukung yang terbaik untuk saya. Saya ucapkan terima kasih dan saya meminta maaf sebesar-besarnya di umur saya sekarang saya banyak salah, belum menjadi anak yang baik, belum bisa bahagiakan dan membanggakan ibu. Bertepatan dibulan Mei tanggal 05 kemarin ada seorang ibu yang sedang bertambah umur kudoakan semoga ibu panjang umur dan sehat selalu selamat ulang tahun ibu, terimakasih ibu.

9. Untuk ayah Suyono, saya terima kasih saya ucapkan semua usaha yang kau perbuat untuk saya, ucapkan maaf sebesar-besarnya atas semua kesalahan yang saya perbuat. Semoga ayah panjang umur dan sehat selalu.
10. Untuk adik-adik yang saya sayangi Ahmad Saif Hammadi dan Kholid Ahza, saya ucapkan terima kasih telah mewarnai hidup saya dan menemani hidup saya.
11. Untuk keluarga besar saya saya ucapkan terima kasih sebesar-besarnya karena telah mengusahakan apa yang saya impikan, terima kasih atas usaha kalian demi saya bisa kuliah di sini.
12. Kepada teman-teman dekat saya, saya ucapkan terima kasih telah memberi semangat, warna, cerita selama masa kuliah ini.
13. Kepada teman-teman D3 Keperawatan angkatan 2022 saya ucapkan terima kasih karena telah bersama selama 3 tahun memberi cerita dan ruang tersendiri di memori saya.
14. Terakhir saya ucapkan terima kasih kepada seorang wanita sederhana yang memiliki impian besar, seorang yang sulit dimengerti isi kepalanya dan sulit dibaca hatinya. Seseorang itu adalah penulis sendiri Ira. Terima kasih karena sudah berusaha keras untuk meyakinkan kepada diri sendiri bahwa kamu dapat menyelesaikan studi ini. Ira saya ucapkan selamat atas langkah baru yang telah kamu capai, dan berterima kasihlah kepada Allah yang telah meyakinkan hati kamu bahwa ini jalannya.

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
MEI 2025

ABSTRAK

Fatiha Khairana.

Penerapan Program ROM (pasif) Terhadap Rentang Gerak Pada Pasien Dengan Masalah Keperawatan Intoleransi Aktivitas

Latar Belakang: Salah satu diagnosa keperawatan yang sering dijumpai pada pasien dengan *Congestive Heart Failure* (CHF) atau gagal jantung kongestif adalah intoleransi aktivitas. Latihan rentang gerak ROM dilakukan untuk mempertahankan dan meningkatkan kemampuan menggerakkan sendi secara bebas serta membangun masa otot dan tonus otot. **Tujuan:** Penerapan ROM (pasif) terhadap rentang gerak. **Metode:** Penelitian ini menggunakan desain studi kasus deskriptif, Penulis wawancara dan observasi dua subjek studi kasus dan tindakan langsung kepada pasien. **Hasil:** setelah dilakukan perawatan selama 3 hari, menunjukan adanya perbedaan hasil akhir implementasi ROM terhadap rentang gerak dari dua pasien. **Kesimpulan:** Penerapan ROM (pasif) pada pasien Tn. M mampu mengurangi ketergantungan terhadap orang lain, sedangkan pada pasien Tn. N belum mampu mengurangi ketergantungan pasien terhadap orang lain yang diakibatkan oleh kesehatan pasien yang buruk. Studi kasus ini disarankan menggunakan pasien yang sama ketergantungan terhadap orang lain dan memiliki hambatan gerak yang sama.

Kata Kunci: CHF, intoleransi aktivitas, implementasi ROM (pasif).

DIPLOMA III NURSING STUDY PROGRAM
FACULTY OF NURSING
SULTAN AGUNG ISLAMIC UNIVERSITY
MAY 2025

ABSTRACT

Fatiha Khairana

Implementation of ROM (passive) Program on Range of Motion in Patients with Activity Intolerance Nursing Problems

Background: One of the nursing diagnoses that is often found in patients with Congestive Heart Failure (CHF) is activity intolerance. ROM range of motion exercises are performed to maintain and improve the ability to move joints freely and build muscle mass and muscle tone. **Objective:** Implementation of ROM (passive) to range of motion. **Method:** This study used a descriptive case study design, the author interviewed and observed two case study subjects and direct action to the patient. **Results:** after 3 days of treatment, there were differences in the final results of ROM implementation to the range of motion of the two patients. **Conclusion:** Implementation of ROM (passive) in patient Mr. M was able to reduce dependence on others, while in patient Mr. N it has not been able to reduce the patient's dependence on others due to the patient's poor health. This case study is recommended to use patients who are equally dependent on others and have the same mobility limitations.

Keywords: CHF, activity intolerance, ROM implementation (passive).

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR.....	v
ABSTRAK	viii
ABSTRACT	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Studi Kasus	4
1. Tujuan Umum.....	4
2. Tujuan Khusus.....	4
D. Manfaat Studi Kasus	5
1. Masyarakat	5
2. Bagi Pengembangan Ilmu dan Teknologi Keperawatan	5
3. Bagi profesi keperawatan	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	6
A. Konsep Dasar Penyakit/Kebutuhan Dasar	6
1. Pengertian.....	6
2. Etiologi.....	6
3. Klasifikasi.....	8
4. Patofisiologi	9
5. Manifestasi klinis	11
6. Pemeriksaan Diagnostik.....	12

7. Komplikasi	13
8. Penatalaksanaan	14
9. Pathway	16
B. Konsep Dasar Keperawatan	17
1. Pengkajian	17
2. Diagnosa.....	23
3. Perencanaan.....	24
4. Penatalaksanaan	28
5. Evaluasi	29
C. Tindakan Keperawatan Sesuai SDKI (pemberian ROM.....	30
1. Pengertian.....	30
2. Indikasi	30
3. Prosedur intervensi.....	31
BAB III METODE STUDI KASUS.....	35
A. Desain atau Rancangan Studi kasus.....	35
B. Subyek Studi kasus	36
C. Fokus Studi	36
D. Definisi Operasional.....	36
E. Tempat dan Waktu.....	37
F. Instrumen Studi kasus	37
G. Metode Pengumpulan Data	37
1. Wawancara	38
2. Obsevasi	38
3. Studi dokumentasi	38
H. Analisis dan Penyajian Data	39
I. Etika Studi kasus	39
1. <i>Autonomy</i>	39
2. <i>Informed consent</i>	39
3. <i>Confidentiality</i>	40
4. <i>Justice</i>	40
5. <i>Beneficience</i>	41

6. <i>Non malaficience</i>	41
BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	42
A. Hasil Studi kasus	42
1. Pengkajian	42
2. Keluhan Utama.....	43
3. Riwayat penyakit sekarang.....	44
4. Riwayat masa lalu	44
5. Riwayat keluarga.....	45
6. Riwayat Kesehatan Lingkungan.....	47
7. Pengkajian Pola Fungsional Gordon	47
8. Pemeriksaan Fisik	57
9. Data Penunjang	69
10. Analisis Data	74
11. Diagnosa Keperawatan.....	81
12. Intervensi Keperawatan.....	81
13. Implementasi Keperawatan	85
14. Evaluasi Keperawatan	100
B. Pembahasan.....	114
1. Pengkajian	114
2. Diagnosa Keperawatan.....	115
3. Intervensi Keperawatan.....	117
4. Implementasi Keperawatan	121
5. Evaluasi Keperawatan	122
C. Keterbatasan studi	123
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	125
A. Kesimpulan	125
B. Saran.....	127
DAFTAR PUSTAKA.....	129
LAMPIRAN.....	131

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 pathway	16
--------------------------	----



DAFTAR TABEL

Tabel 4.2	Tabel Barthel Index pasien Tn. N	66
Tabel 4.3	Pemeriksaan laboratorium patologi klinik tanggal 14 Februari 2025, pukul 20:35.....	69
Tabel 4.4	Pemeriksaan laboratorium patologi klinik tanggal 15 Februari 2025, pukul 01:25.....	69
Tabel 4.5	Pemeriksaan labiratorium patologi klinik tanggal 13 Februari 2025.	70
Tabel 4.6	Pemeriksaan labiratorium patologi klinik tanggal 13 Februari 2025.	71
Tabel 4.7	Pemeriksaan labiratorium patologi klinik tanggal 13 Februari 2025.	71
Tabel 4.8	Pemeriksaan Mikrobiologi tanggal 13 Februari 2025.....	71



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Daftar Riwayat Hidup

Lampiran 2. Hasil Turnitin

Lampiran 3. Asuhan Keperawatan

Lampiran 4. Lembar Konsultasi Bimbingan KTI



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Gagal jantung adalah kondisi dimana jantung tidak mampu memompa darah secara optimal ke seluruh tubuh. Resiko gagal jantung kongestif (CHF) meningkat pada lansia akibat penurunan fungsi ventrikel yang terjadi akibat proses penuaan. CHF dapat menjadi kondisi kronis apabila disertai penyakit penyerta seperti hipertensi, gangguan katup jantung, atau kardiomiopati. Selain itu CHF dapat berkembang secara akut dan mendadak, terutama pada kasus infark miokard (Kasron, 2012).

Gagal jantung (CHF) yang tidak ditangani dengan tepat menimbulkan komplikasi yang serius, seperti edema paru, infark miokard akut, syok kardiogenik, emboli limpa, gangguan fungsi motorik, hingga gangguan penglihatan (Stilwell dalam Yunita et al., 2020). Kondisi-kondisi ini dapat memperpanjang masa rawat inap pasien. Maka dari itu, penting bagi penderita CHF untuk mengambil langkah pencegahan sedini mungkin sehingga dapat mendalikan perkembangan penyakitnya

Menurut data WHO pada tahun 2016, sekitar 17,5 juta diseluruh dunia meninggal karena gangguan kardiovaskular, dengan gagal jantung menyumbang sekitar 287.000 kematian setiap tahunnya. Sekitar setengah dari yang di diagnosis dengan gagal jantung akan meninggal dalam waktu lima tahun setelah diagnosis. Asia Tenggara tepatnya Indonesia menduduki urutan keempat dalam jumlah penderita gagal jantung kongestif setelah Filipina,

Myanmar, dan Laos. Prevalensi penyakit gagal jantung di Indonesia pada tahun 2018 menunjukkan angka tertinggi di Kalimantan Utara (2,2%), diikuti oleh Gorontalo dan Yogyakarta (2,0%), sementara Sulawesi Tengah berada di posisi ketiga dengan prevalensi (1,9%).

Salah satu diagnosa keperawatan yang sering dijumpai pada pasien dengan *Congestive Heart Failure* (CHF) atau gagal jantung kongestif adalah intoleransi aktivitas. Intoleransi aktivitas adalah ketidakmampuan tubuh menyelesaikan aktivitas sehari-hari yang biasa dilakukan. Pada pasien gagal jantung kongestif dengan masalah intoleransi aktivitas terjadi akibat ketidakcukupan energi yang dibutuhkan untuk melakukan aktivitas secara berkala (Herdman & Kamitsuru, 2018).

Pada pasien yang mengalami intoleransi aktivitas memiliki keterbatasan dalam melakukan aktivitas fisik, gejala yang muncul seperti kelemahan, sesak napas, atau kulit pucat. Selain itu, nadi dan tekanan darah merespon terhadap aktivitas yang seringkali tidak normal, disertai dengan dyspnea (sesak napas) yang muncul selama atau setelah beraktivitas. Pasien juga merasakan ketidaknyamanan setelah melakukan aktivitas, disertai dengan peningkatan frekuensi jantung dan tekanan darah > 20% dari kondisi istirahat. Hasil pemeriksaan EKG dapat menunjukkan adanya aritmia (gangguan irama jantung) selama atau setelah aktivitas, serta tanda-tanda iskemia dan sianosis, yang menyebabkan kesulitan dalam bergerak (Muttaqin, 2017).

Peran perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien gagal jantung yang mengalami masalah intoleransi aktivitas sebagai perawat

peran kita seperti membantu pasien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan, membantu untuk memilih aktivitas konsisten sesuai dengan kemampuan fisik, psikologi dan sosial, bantu pasien untuk membuat jadwal latihan di waktu luang, bantu pasien atau keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas, memonitor respon fisik, emosi, sosial, dan spiritual (Nurarif & Kusuma, 2016). Menurut PPNI (2018), memberikan bantuan aktivitas pada pasien dengan masalah intoleransi aktivitas bertujuan untuk memenuhi kebutuhan pasien. Salah satu intervensi yang dapat dilakukan adalah *Range of Motion* (ROM), yaitu latihan gerak sendi dimana pasien menggerakkan setiap persendiannya sesuai dengan gerakan normal baik secara aktif maupun pasif (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Menurut Akhmad (2018) setelah dilakukan terapi aktivitas ROM terbukti dapat meningkatkan kekuatan otot, fleksibilitas, dan rentang gerak sendi. Latihan ROM sangat efektif dapat dilakukan 3-4 kali oleh perawat atau keluarga pasien tanpa memerlukan ruangan khusus. Latihan rentang gerak ROM dilakukan bertujuan untuk mempertahankan dan meningkatkan kemampuan menggerakkan sendi secara bebas serta membangun masa otot dan tonus otot.

Berdasarkan latar belakang diatas penulis tertarik untuk memaparkan mengenai “penerapan program latihan ROM terhadap rentang gerak pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) dengan masalah keperawatan intoleransi aktivitas”.

B. Rumusan Masalah

Bagaimana asuhan keperawatan dengan penerapan ROM terhadap rentang gerak untuk mengatasi masalah keperawatan intoleransi aktivitas pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) di ruang Baitul Izzah 1?

C. Tujuan Studi Kasus

1. Tujuan Umum

Secara umum dari karya tulis ini menggambarkan asuhan keperawatan dengan pemberian program latihan ROM terhadap rentang gerak pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) dengan masalah keperawatan intoleransi aktivitas.

2. Tujuan Khusus

Secara khusus dari karya tulis ini sebagai berikut:

- a. Mahasiswa mampu menyusun konsep dasar teori penyakit dan konsep asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah keperawatan intoleransi aktivitas menggunakan latihan *Range of Motion* (ROM) untuk meningkatkan kekuatan otot, fleksibilitas, dan rentang gerak sendi pasien dengan *Congestive Heart Failure* (CHF).
- b. Mahasiswa mampu melakukan review kasus asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah keperawatan intoleransi aktivitas menggunakan latihan *Range of Motion* (ROM) untuk mempertahankan atau memelihara kekuatan otot, memelihara mobilitas persendian, merangsang sirkulasi darah, dan mencegah kelainan bentuk yang dialami oleh pasien dengan *Congestive Heart Failure* (CHF).

- c. Mahasiswa mampu memberikan asuhan keperawatan dengan mempelajari temuan kajian ilmiah pada pasien dengan masalah intoleransi aktivitas dan memberikan latihan *Range of Motion* (ROM) pada pasien dengan *Congestive Heart Failur* (CHF).

D. Manfaat Studi Kasus

1. Masyarakat

Menambah wawasan masyarakat diluar sana mengenai bagaimana cara penanganan masalah intoleransi aktivitas yang di sebabkan oleh CHF, serta mengetahui cara meningkatkan rentang gerak dengan cara penerapan program terapi ROM pada pasien dengan masalah intoleransi aktivitas.

2. Bagi Pengembangan Ilmu dan Teknologi Keperawatan

Menambah perkembangan ilmu dan teknologi dalam bidang keperawatan secara luas, jelas, dan inovatif. Serta dapat meningkatkan kualitas keterampilan perawat dalam bidang ilmu dan teknologi keperawatan dalam penatalaksanaan penerapan program ROM dengan masalah keperawatan intoleransi aktivitas pada pasien CHF.

3. Bagi profesi keperawatan

Mendapat dan menambah ilmu pengetahuan, pengalaman keterampilan, serta sikap seorang perawat dalam mengimplementasikan penerapan program latihan ROM dengan masalah keperawatan intoleransi aktivitas pada pasien CHF.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Penyakit/Kebutuhan Dasar

1. Pengertian

Congestive Heart Failure (CHF) merupakan kondisi dimana jantung tidak mampu mempertahankan curah jantung yang cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik dan oksigen jaringan, meskipun mempunyai aliran balik vena yang memadai (Hidayah & Wahyuningtyas, 2018; Smeltzer & Bare, 2013).

Gagal jantung kongestif terjadi ketika jantung tidak mampu memompa darah dalam jumlah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan oksigen dan nutrisi jaringan pada tubuh (Kasron, 2012). Menurut Siswanto et al., (2015) kondisi ini dapat didefinisikan sebagai gangguan fungsi jantung dalam mengalirkan darah sesuai kebutuhan jaringan atau hanya hanya mampu melakukan dengan tekanan distolik yang meningkat.

2. Etiologi

Ada beberapa penyebab terjadinya gagal jantung kongestif menurut (Kasron, 2016) sebagai berikut:

a. Kelainan otot jantung

Gagal jantung umumnya dialami oleh pasien dengan gangguan otot diakibatkan oleh penurunan kemampuan kontraktilitas jantung. Faktor penyebab utama disfungsi otot jantung meliputi aterosklerosis koroner, hipertensi, serta penyakit degenerative atau inflamasi (Kasron, 2016).

b. Aterosklerosis koroner

Aterosklerosis koroner menyebabkan gangguan fungsi miokardium akibat terhambatnya aliran darah ke otot jantung. Kondisi ini memicu hipoksia dan asidosis (akibat penumpukan asam laktat). Infark miokardium (kematian sel jantung) sering menjadi penyebab awal gagal jantung karena secara langsung merusak serat-serat jantung, sehingga menyebabkan menurunkan kontraktilitas (Kasron, 2016).

c. Hipertensi sistemik dan pulmonal

Meningkatnya beban kerja jantung dan pada saat gilirannya mengakibatkan hipertrophi serabut otot.

d. Peradangan dan penyakit miokardium degenerative

Berkaitan erat dengan gagal jantung karena kondisi ini secara langsung merusak serabut jantung, sehingga menyebabkan kontraktilitas menurun (Kasron, 2016).

e. Penyakit jantung lain

Gagal jantung dapat terjadi sebagai akibat penyakit jantung yang sebenarnya, yang secara langsung mempengaruhi jantung mekanisme biasanya terlibat mencakup gangguan aliran darah yang masuk ke jantung (stenosis katup semiluner), ketidakmampuan jantung untuk mengisi darah (tamponade, pericardium, perikarditis konstriktif, atau stenosis AV), peningkatan mendadak afterload (Kasron, 2016).

f. Faktor sistemik

Terdapat beberapa faktor yang berperan dalam perkembangan dan beratnya gagal ginjal seperti, meningkatnya laju metabolisme, hipoksia dan anemia membutuhkan peningkatan curah jantung untuk memenuhi kebutuhan oksigen sistemik. Hipoksia dan anemia juga dapat menurunkan kontraktilitas jantung (Smeltzer & Bare, 2013).

3. Klasifikasi

Klasifikasi gagal jantung (Nurkhalis & Adista, 2020):

a. Berdasarkan kapasitas fungsional menurut *New York Heart Association* (NYHA), sebagai berikut:

- 1.) Kelas 1: Tidak terdapat pembatasan dalam melakukan aktifitas fisik. Aktifitas fisik sehari-hari tidak menimbulkan kelelahan, palpitasi atau sesak nafas.
- 2.) Kelas 2: Terdapat pembatasan untuk aktifitas ringan. Tidak terdapat keluhan saat beristirahat, namun aktifitas fisik sehari-hari dapat menimbulkan kelelahan, palpitasi atau sesak nafas.
- 3.) Kelas 3: Terdapat pembatasan aktifitas yang bermakna. Tidak terdapat keluhan saat istirahat, tetapi saat aktifitas fisik ringan menyebabkan kelelahan, palpitasi atau sesak.
- 4.) Kelas 4: Tidak dapat melakukan aktifitas fisik tanpa keluhan. Terdapat gejala saat beristirahat. Keluhan meningkat saat melakukan aktifitas.

b. Berdasarkan klasifikasi kelainan struktural jantung (AHA), sebagai berikut:

- 1.) Stadium A: Memiliki risiko tinggi untuk berkembang menjadi gagal jantung. Tidak terdapat gangguan struktural atau fungsional jantung, tidak terdapat tanda atau gejala.
- 2.) Stadium B: Telah terbentuk penyakit struktur jantung yang berhubungan dengan perkembangan gagal jantung, tidak terdapat tanda atau gejala.
- 3.) Stadium C: Gagal jantung yang simptomatik berhubungan dengan penyakit struktural jantung yang mendasari.
- 4.) Stadium D: Penyakit jantung struktural lanjut serta gejala gagal jantung yang sangat bermakna saat istirahat walaupun sudah mendapat terapi medis maksimal (refrakter).

4. Patofisiologi

Menurut Purwowiyoto (2018) patogenesis gagal jantung berawal dari kerusakan struktur jantung atau miokardium yang mengakibatkan penurunan curah jantung. Ketika curah jantung tidak mampu memenuhi kebutuhan metabolik tubuh, sistem kardiovaskuler akan mengaktifkan berbagai mekanisme kompensasi untuk mempertahankan fungsi pompa jantung. Namun, ketika mekanisme adaptif ini telah mencapai kapasitas maksimalnya tanpa berhasil mengembalikan curah jantung ke tingkat normal, maka akan muncul manifestasi klinis gagal jantung.

Tubuh mengaktifkan tiga mekanisme kompensasi utama ketika menghadapi gagal jantung: peningkatan aktivitas sistem saraf simpatis adrenergik, penambahan beban awal melalui sistem Renin-Angiotensin-Aldosteron (RAAS), dan hipertrofi ventrikel. Penurunan volume sekuncup pada kondisi gagal jantung akan memicu respons simpatis sebagai bentuk kompensasi. Stimulasi ini menyebabkan pelepasan katekolamin baik dari saraf adrenergik jantung maupun medula adrenal, yang berakibat pada peningkatan denyut jantung dan kekuatan kontraksi miokard untuk meningkatkan curah jantung. Secara bersamaan, terjadi vasokonstriksi pembuluh darah perifer guna mempertahankan tekanan darah arteri disertai redistribusi aliran darah yang memprioritaskan perfusi ke organ-organ vital seperti jantung dan otak.

Mekanisme kompensasi melalui sistem renin-angiotensin-aldosteron (RAAS) mengakibatkan retensi natrium dan air di ginjal, yang berdampak pada peningkatan volume ventrikel dan peregangan serat otot Jantung. Kondisi ini meningkatkan preload jantung, sehingga memperkuat kontraktilitas miokard berdasarkan prinsip hukum Frank-Starling. Selain itu, sebagai bentuk adaptasi jangka panjang, jantung juga mengalami hipertrofi miokardium berupa penebalan massa otot jantung.

Proses hipertrofi miokardium menyebabkan penambahan jumlah sarkomer dalam sel jantung. Pola penambahan sarkomer ini dapat terjadi secara paralel maupun serial, tergantung pada karakteristik beban hemodinamik yang memicu gagal jantung. Pada fase awal, mekanisme

adaptasi sirkulasi ini memberikan efek protektif. Namun dalam perkembangan selanjutnya, respons kompensasi justru berbalik menjadi maladaptif memunculkan berbagai gejala klinis sekaligus meningkatkan beban kerja jantung. Kondisi ini menciptakan lingkaran setan dimana beban miokard yang terus meningkat justru memperberat progresivitas gagal jantung.

5. Manifestasi klinis

Pada pasien dengan gagal jantung ditemukan manifestasi klinis berdasarkan tipe gagal jantung itu sendiri, yang terdiri dari:

a. Gagal jantung kiri

Pada gagal jantung kiri terdiri sebagai berikut:

- 1.) Penurunan *cardiac output*: kelelahan, oliguria, angina, bingung dan gelisah, takikardia dan palpitasi, pucat, nadi perifer melemah, akral dingin.
- 2.) Kongesti pulmonal: batuk yang bertambah buruk saat malam hari (*paroxysmal nocturnal dyspnea*), *dyspnea*, *cracles*, *takipnea*, *orthopnea*.

b. Gagal jantung kanan

Gagal jantung kanan ditandai dengan gejala kongesti sistemik yang meliputi pembengkakan vena jugulans, hepatomegali dan splenomegali, gangguan nafsu makan disertai mual, edema persisten, asites, edema ekstremitas atas (tangan dan jari), peningkatan frekuensi berkemih, serta kenaikan berat badan. Pada kondisi ini dapat terjadi

peningkatan tekanan darah akibat volume cairan berlebih, atau sebaliknya hipotensi yang disebabkan oleh gangguan fungsi pompa jantung (Lily, dalam Tandean, 2020).

6. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan yang dilakukan pada pasien dengan gagal jantung kongestive menurut (Ramadhani, 2020) sebagai berikut:

a. Elektrokardiogram (EKG)

Pada pemeriksaan EKG bagi pasien gagal jantung, memiliki beberapa kelainan yang mungkin muncul sebagai berikut:

- 1.) Left bundle branch block: terdapat adanya disfungsi ventrikel kiri yang bersifat kronis, disertai dengan segmen ST/T.
- 2.) Gelombang Q: Menunjukkan adanya infark miokard sebelumnya, sementara pada kelainan segmen ST dapat terdapat penyakit jantung iskemik.
- 3.) Hipertrofi ventrikel kiri dan gelombang terbalik: menandakan terjadinya stenosis aorta dan hipertensi jantung.
- 4.) Aritmia
- 5.) Deviasi aksis ke kanan, right bundle branch block, dan hipertrofi ventrikel kanan: menunjukkan adanya disfungsi pada ventrikel kanan.

b. Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan laboratorium meliputi analisis elektrolit serum, yang dapat menunjukkan kadar natrium yang rendah.

c. Ekokardiografi

Secara umum yang sering ditemui pada gagal jantung mengakibatkan penyakit jantung iskemik, kardiomiopati dilatasi, dan beberapa kelainan katup seperti dilatasi ventrikel kiri yang disertai dengan hypokinesis diseluruh dinding ventrikel.

d. Analisa gas darah

Ventrikel kiri umumnya ditandai dengan alkalisasi respiratori ringan (dini) atau hipoksemia dengan peningkatan PCO₂ (akhir).

e. Blood urea nitrogen (BUN) dan kreatinin

Peningkatan kadar BUN menunjukan adanya penurunan fungsi ginjal.

f. Pemeriksaan tiroid

Adanya peningkatan aktivitas tiroid yang menunjukan hiperaktivitas tiroid sebagai salah satu pencetus gagal jantung.

7. Komplikasi

Terdapat berbagai komplikasi dari penyakit gagal jantung menurut Etha (dalam Restiani et al., 2023) sebagai berikut:

- a. Tromboli, pasien dengan Congestive Heart Failure (CHF) berat memiliki resiko yang signifikan mengalami tromboemboli, baik dalam bentuk thrombosis vena dalam (DVT), maupun emboli sistemik tinggi. Pemberian warfarin dapat mengurangi risiko komplikasi secara efektif
- b. Fibrilasi atrium merupakan komplikasi yang sering menyertai gagal jantung kongestif (CHF) dan dapat menyebabkan perburukan denyut

jantung yang signifikan. Kondisi ini memerlukan pemantauan ketat disertai terapi kombinasi digoxin atau β blocker serta antikoagulasi dengan warfarin.

- c. Peningkatan dosis terapi diuretik berpotensi menyebabkan deteriorasi fungsi pompa jantung secara progresif.
- d. Aritmia ventrikel sering dijumpai, bisa menyebabkan sinkop atau sudden cardiac death (25-50% kematian Congestive Heart Failure (CHF)). Pada pasien yang berhasil diresuitasi, amiodaron, β blocker, dan vebriator yang ditanam mungkin turut mempunyai peranan.

8. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada penderita dengan gagal jantung dibagi menjadi 2 menurut Kasron (2016), Nurkhalis & Adista (2020), sebagai berikut:

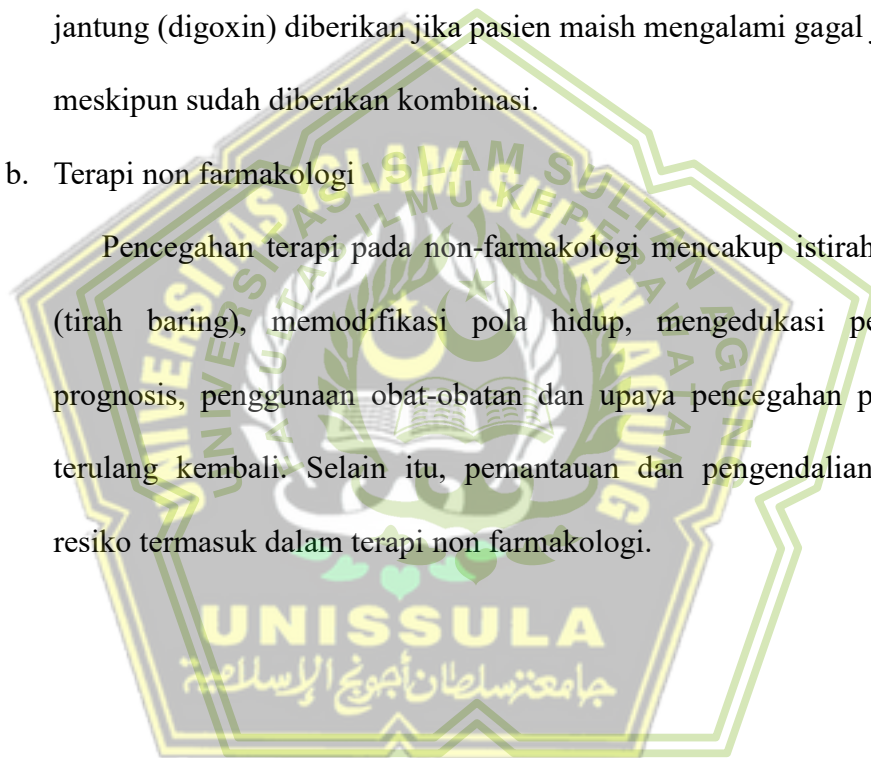
a. Terapi farmakologi

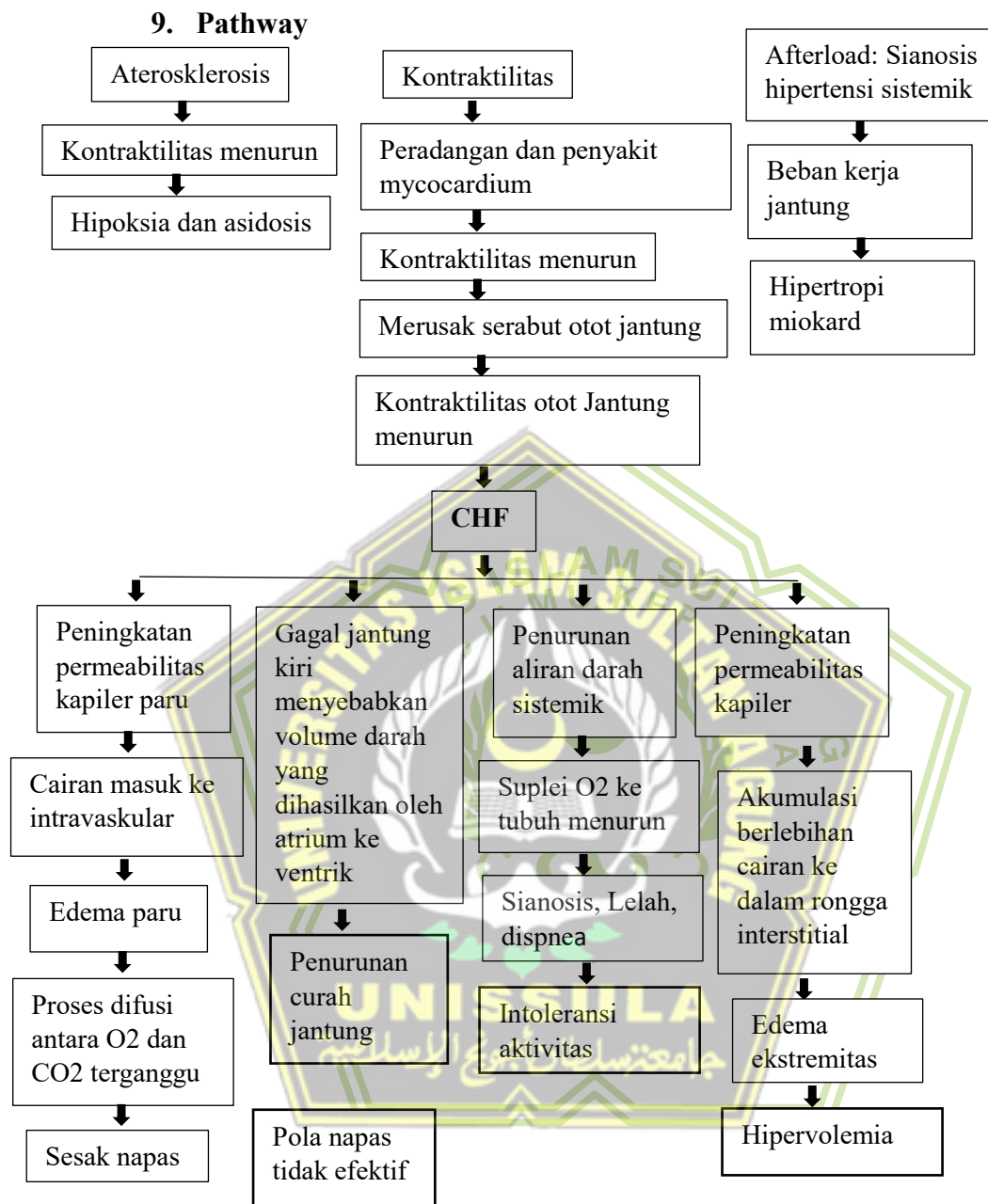
Tujuan diberikan terapi farmakologis seperti mengelola gejala gagal jantung (kongesti), menekan respons kompensasi yang maladaptive, memperlambat progresivitas penyakit, mencegah kejadian akut akibat respons kompensasi jantung. Sedangkan golongan obat yang digunakan untuk gagal jantung baik sistolik maupun diastolic seperti: diuretic, antagonis aldosterone, *ACE-inhibitor* (*Angiotensin Converting Enyme Inhibator*), *ARB* (*Angiotensin Receptor Blocker*), *Beta Blocker*, glukosida jantung, vasodilator, agonis beta, bypiridine, dan natriuretic peptide. Pada urutan pertama pengobatan pasien gagal jantung adalah diuretic yang bertujuan untuk

meredakan gejala kelebihan volume. Lalu jika ACE inhibitor tidak toleransi ditambahkan Angiotensin Receptor Blocler. Namun, penambahan ARB dilakukan hanya setelah terapi diuretic diberikan secara optimal. Dosis diatur secara bertahap sehingga menghasilkan curah jantung yang optimal. Saat pasien stabil dengan pemberian ACE-inhibitor maka akan di berikan Beta Blocker. Sedangkan glukosida jantung (digoxin) diberikan jika pasien maish mengalami gagal jantung meskipun sudah diberikan kombinasi.

b. Terapi non farmakologi

Pencegahan terapi pada non-farmakologi mencakup istirahat total (tirah baring), memodifikasi pola hidup, mengedukasi penyakit, prognosis, penggunaan obat-obatan dan upaya pencegahan penyakit terulang kembali. Selain itu, pemantauan dan pengendalian faktor resiko termasuk dalam terapi non farmakologi.





Gambar 2.1 pathway

(Ardiansyah, 2012)

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap pertama dalam proses keperawatan yang melibatkan pengumpulan data secara sistematis, komprehensif, dan berkesinambungan tentang status kesehatan klien. Data yang dikumpulkan mencakup aspek fisik, psikologis, sosial, spiritual, dan lingkungan untuk mengidentifikasi masalah keperawatan dan kebutuhan perawatan klien (Doenges, 2012).

a. Data umum

1.) Identitas klien

Berisikan nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, suku, alamat, diagnose medis, tanggal dan jam masuk.

2.) Identitas penanggung jawab

Berisikan nama, umur, jenis kelamin, agama, suku, Pendidikan terakhir, pekerjaan, alamat, hubungan dengan pasien.

b. Status Kesehatan saat ini

Pada pasien gagal jantung yang sering dikeluhkan atau sering muncul adalah dyspnea saat istirahat maupun beraktivitas, mudah mengalami kelelahan, dan edema tungkai (Majid, 2019).

c. Riwayat Kesehatan lalu

Untuk mengetahui riwayat penyakit dahulu tanyakan kepada pasien apakah pasien sebelumnya menderita nyeri dada khas infark miokardium, hipertensi, DM, atau hiperlipidemia. Tanyakan juga obat-

obatan yang biasanya diminum oleh pasien pada masalah, yang mungkin masih relevan. Tanyakan juga alergi yang dimiliki pasien.

d. Riwayat kesehatan keluarga

Berisikan susunan kesehatan keluarga, penyakit yang pernah diderita anggota keluarga (Dx. Medis yang berhubungan dengan penyakit pasien), penyakit yang sedang diderita keluarga (Dx. Medis yang berhubungan dengan penyakit pasien).

e. Riwayat Kesehatan lingkungan

Bagaimana kebersihan rumah pasien dan lingkungan, kemungkinan terjadinya bahaya.

f. Pola kesehatan fungsional

1.) Pola persepsi dan memelihara kesehatan

Biasanya pasien dengan penyakit gagal jantung (CHF) memiliki kebiasaan atau pola hidup yang kurang sehat atau gaya hidup merokok atau terpapar polusi udara, adanya riwayat penyakit jantung yang akan dapat mengindikasikan adanya gangguan pada fungsi pernafasan

2.) Pola eliminasi

a) Eliminasi fases

Pola BAB (frekwensi, waktu, warna, konsistensi, penggunaan pencakar/enema, adanya keluhan diare/konstipasi).

Adakah perubahan dalam kebiasaan BAB (terpasang kolostomi/ileostomy).

- b) Pola BAK (frekwensi, waktu, warna, jumlah): biasanya pada pasien gagal jantung kongestif (CHF) didapatkan pola berkemih yang menurun, urine yang berwarna gelap, berkemih malam hari (nokturia) dan bisa terjadi diare ataupun konstipasi.

3.) Pola aktivitas dan latihan

Biasanya pasien mengalami kelelahan atau keletihan terus-menerus sepanjang hari, serta sesak nafas saat melakukan aktivitas

4.) Pola istirahat dan tidur

Pada pasien gagal jantung kongestif (CHF) biasanya mengalami sulit tidur dan juga istirahat karena adanya sesak nafas yang ditandai dengan kondisi pasien yang gelisah dan sering terbangun.

5.) Pola nutrisi-metabolik

Biasanya pada pasien gagal jantung kongestif (CHF) mengalami kesulitan dan masalah dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi karena adanya sesak nafas saat makan.

6.) Pola Kognitif-Perseptual sensori

- a) Keluhan yang berkenaan dengan kemampuan sensasi (penglihatan, pendengaran).
- b) Kemampuan kognitif (kemampuan mengingat, bicara dan memahami pesan yang diterima, pengambilan keputusan yang bersifat sementara).

- c) Kesulitan yang dialami (sering pusing, menurunnya sensitifitas terhadap nyeri dan panas/dingin)
- d) Persepsi terhadap nyeri dengan menggunakan pendekatan P, Q, R, S, T

7.) Pola persepsi diri dan konsep diri

Bagaimana cara pandang terhadap diri sendiri, bagaimana perasaan pasien, bagaimana cara pandang terhadap tubuh, identitas, peran, ideal diri, dan harga diri.

8.) Pola mekanisme koping: bagaimana pasien dalam mengambil keputusan dan yang dilakukan saat menghadapi masalah.

9.) Pola seksual reproduksi

Bagaimana pengalaman tentang fungsi reproduksi dan adakah kendala.

10.) Pola peran-berhubungan dengan orang lain

Bagaimana hubungan pasien dengan orang lain, adakah keadaan penyakitnya yang mempengaruhi hubungan tersebut.

11.) Pola nilai dan kepercayaan

Bagaimana pasien menjalankan kegiatan agama dan keyakinan yang dianut pasien

g. Pemeriksaan Fisik (Head to Toe)

- 1.) Keadaan: Composmentis, somnolen, apatis, stupor, soporo koma, koma.
- 2.) Penampilan: lemah, pucat, dll.

- 3.) Vital sign: suhu tubuh, tekanan darah, respirasi, nadi
- 4.) Kepala: bentuk, rambut, warna, kebersihan, rontok, ketombe, dll
- 5.) Mata: kemampuan penglihatan, ukuran pupil, reaksi terhadap cahaya, konjungtiva anemis tidak, sklera ikterik/tidak, alat bantu, adanya sekret.
- 6.) Hidung: bagaimana kebersihannya, adakah secret, epistaksis, adakah polip, adakah nafas cuping hidung, pemakaian oksigen.
- 7.) Telinga: bentuk, hilang pendengaran, alat bantu dengar, serumen, infeksi, tinnitus.
- 8.) Mulut dan tenggorokan: kesulitan gangguan bicara, pemeriksaan gigi, warna, bau, nyeri, kesulitan mengunyah/ menelan, posisi trakea, benjolan di leher, pembesaran tonsil, bagaimana keadaan vena jugularis.
- 9.) Dada: Amati bentuk dan kesimetrisan dada, terdapat nyeri tekan atau terdapat lesi atau tidak, terdapat benjolan atau tidak, amati pola napas, terdapat retraksi dada atau tidak.
- 10.) Jantung: amati keadaan dan frekuensi jantung serta iramanya, terdapat kelainan bunyi jantung atau tidak, terdapat brakikardi atau takikardi tidak, terdapat nyeri tekan pada area dada sebelah kiri atau tidak
- 11.) Paru-paru: amati frekuensi napas, irama, kedalaman, terdapat suara napas tabahan atau tidak, terdapat napas cuping hidung atau tidak.

- 12.) Abdomen: amati bagaimana kesimetrisan perut, terdapat massa atau tidak, suara bising usus dalam batas normal atau tidak, terdapat benjolan tidak, terdapat nyeri tekan atau tidak.
 - 13.) Genetalia: kebersihan daerah genital, adanya luka, tanda infeksi, bila terpasang kateter kaji kebersihan kateter dan adanya tanda infeksi pada area pemasangan kateter, adanya hemoroid.
 - 14.) Ekstremitas atas dan bawah: terdapat edema atau tidak, bagaimana kekuatan otot, rentang Gerak pasien, adakah keterbatasan Gerak.
 - 15.) Kulit: mengkaji kebersihan, warna, kelembaban, turgor, dan adanya edema.
- h. Pengajian data terkait aktivitas menurut (Widuri, 2010)
- Data objektif
- 1.) Kaji Tingkat ketergantungan: level 0, 1, 2, 3, 4,
 - Level 0: mandiri
 - Level 1: membutuhkan penggunaan alat bantu
 - Level 2: membutuhkan supervise atau pengawasan orang lain
 - Level 3: membutuhkan bantuan dari orang lain
 - Level 4: ketergantungan atau tidak partisipasi
 - 2.) Tes ROM kekuatan sendi, tonus dan masa otot dengan melakukan pergerakan seperti fleksi dan ekstensi.
 - 3.) Tes keseimbangan.
 - 4.) Palpasi nadi: teraba atau tidak, irama dan kualitas.
 - 5.) Catat bunyi jantung adanya bunyi mur mur.

- 6.) Catat tekanan darah, catat adanya perubahan dengan posisi atau aktivitas.
- 7.) Auskultasi bunyi napas, catat adanya suara napas tambahan.
- 8.) Catat dan karakter pernapasan, adanya kesulitan atau kelalaian (retraksi, batuk, sputum, penggunaan otot aksesoris, flaring) serta penggunaan O2.
- 9.) Kaji status vascular, missal: palpasi perifer, varies, capillary refil, tanda erubahan kulit atropik, warna kulit dan kuku, edema, kulit kering atau edema.
- 10.) Observasi hygiene umum, penampilan berpakaian dan berhias.
- 11.) Hasil pemeriksaan lab, x-ray, EKG, AGD, enzim jantung, pulse oksimetri, sputum kultur.
- 12.) Observasi pola istirahat atau tidur, observasi gangguan istirahat dan tidur.
- 13.) Observasi kesadaran dan status mental

2. Diagnosa

Diagnosis gagal jantung ditentukan melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang. Hal ini sesuai dengan panduan ESC (2021) yang dikutip dalam penelitian Zakariah Zuhrah & Sri Murdiati (2022).

Dalam konteks keperawatan, diagnosis didefinisikan sebagai penilaian klinis terhadap berbagai respons dan pengalaman yang muncul dari individu, kelompok keluarga, atau masyarakat terkait kondisi kesehatan,

ancaman kesehatan, maupun proses kehidupan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

- a. Pola napas tidak efektif b.d hambatan upaya napas (SDKI, D.0005)
- b. Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regular (SDKI, D.0022)
- c. Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplei dan kebutuhan oksigen (SDKI, D.0056)
- d. Penurunan curah jantung b.d perubahan kontraktilitas (SDKI, D.0008)

3. Perencanaan

Dalam perencanaan keperawatan terdapat dua elemen utama yaitu luaran dan intervensi. Luaran (outcome) merupakan aspek-aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku, atau persepsi pasien, keluarga atau komunitas sebagai respon terhadap intervensi keperawatan. Luaran keperawatan Indonesia dibangun atas tiga komponen: label (terminology standar luaran), ekspektasi (target pencapaian), dan kriteria hasil (parameter terukur untuk menilai keberhasilan intervensi) (PPNI, 2019).

- a. Pola napas tidak efektif b.d hambatan upaya napas (SDKI, D.0005)

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x7 jam, maka pola napas membaik, dengan kriteria hasil sebagai berikut:

- 1.) Dispnea menurun
- 2.) Penggunaan otot bantu napas menurun
- 3.) Ortopnea menurun
- 4.) Frekuensi napas membaik

Intervensi:

Manajemen pola napas (I.01011)

Observasi

- a) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)
- b) Monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgiling, mengi, wheezing, ronkhi kering)

Terapeutik

- a) Pertahanan kepatenan jalan napas dengan head-tift dan chin-lift (jaw-thrust jika curiga trauma servikal)
- b) Posisikan Semi-Fowler atau Fowler
- c) Berikan Oksigen, Jika perlu

Edukasi

- a) Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, Jika tidak kontraindikasi

Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, Jika perlu
- b. Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regular (SDKI, D.0022)

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x7 jam, maka keseimbangan cairan meningkat, dengan kriteria hasil sebagai berikut:

- 1.) Edema menurun
- 2.) Intake cairan membaik
- 3.) Tekanan nadi membaik
- 4.) Tekanan darah membaik

Intervensi

Manajemen hipervolemia (I.03114)

Obsevasi

- a) Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis. ortopnea, dispnea, suara napas tambahan)
- b) Monitor status hemodinamik (tekanan darah)
- c) Monitor intake dan output cairan

Terapeutik

- a) Batasi asupan cairan dan garam
- b) Tinggikan kepala tempat tidur 30-40 derajat

Edukasi

- a) Ajarkan cara membatasi cairan

Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian diuretic
- c. Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplei dan kebutuhan oksigen (SDKI, D.0056)

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x7 jam, maka toleransi aktivitas meningkat, dengan kriteria hasil sebagai berikut:

- 1.) Kemudahan melakukan aktivitas sehari-hari meningkat
- 2.) Keluhan lelah menurun
- 3.) Dispnea saat aktivitas menurun
- 4.) Dispnea setelah beraktivitas menurun
- 5.) Saturasi oksigen membaik

6.) Frekuensi napas membaik

Intervensi

Manajemen energi (05178)

Observasi

- a) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan
- b) Monitor pola dan jam tidur

Terapeutik

- a) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan)
- b) Lakukan latihan rentang gerak pasif dan atau aktif
- c) Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan

Edukasi

- a) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap
- b) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang
- c) Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan

Kolaborasi

- a) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
- d. Penurunan curah jantung b.d perubahan kontraktilitas (SDKI, D.0008)

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x7 jam, maka curah jantung meningkat, dengan kriteria hasil sebagai berikut:

- 1.) Kekuatan nadi perifer meningkat
- 2.) Warna kulit pucat menurun
- 3.) Edema perifer menurun
- 4.) Ortopnea menurun
- 5.) Tekanan darah membaik
- 6.) Pengisian kapiler membaik

Intervensi

Perawatan jantung (1.02075)

Observasi

- a) Identifikasi tanda atau gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema, ortopnea)
- b) Monitor saturasi oksigen
- c) Monitor keluhan nyeri dada

Terapeutik

- a) Posisikan pasien semi-Fowler atau Fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman.
- b) Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress, jika perlu
- c) Berikan oksigen

Edukasi

- a) Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap

4. Penatalaksanaan

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang dilaksanakan oleh perawat guna membantu pasien dalam mengatasi

masalah kesehatan, dari kondisi yang kurang optimal menuju kondisi yang lebih baik sesuai dengan kriteria hasil yang ditargetkan. Intervensi keperawatan yang diberikan mencakup dukungan, terapi pengobatan, upaya perbaikan kondisi, serta edukasi bagi pasien dan keluarga pasien, atau langkah langkah pencegahan terhadap potensi masalah kesehatan di masa depan.

Pelaksanaan harus berfokus pada kebutuhan pasien, faktor-faktor yang mempengaruhi kebutuhan pasien, strategi implementasi, serta komunikasi antara perawat dan pasien yang terjalin efektif. Selain itu, implementasi keperawatan melibatkan koordinasi aktivitas antara pasien keluarga, dan tenaga kesehatan lainnya untuk memantau dan memantau dan mendokumentasikan respons pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah diberikan (Nettina, 2002).

5. Evaluasi

Tahapan evaluasi merupakan fase akhir dalam proses keperawatan yang melibatkan perbandingan sistematis dan terencana antara hasil observasi dengan tujuan serta kriteria hasil yang telah dilakukan ppada tahap perencanaan. Proses evaluasi dilakukan secara berkelanjutan dengan melibatkan pasien dan tenaga kesehatan yang terkait. Jika hasil evaluasi menunjukkan bahwa tujuan dan kriteria hasil telah tercapai, maka pasien dapat menyelesaikan proses keperawatan. Namun, jika sebaliknya pasien akan kembali memasuki siklus tersebut, dimulai dari tahap pengkajian ulang (Potter & Perry, 2005).

C. Tindakan Keperawatan Sesuai SDKI (pemberian ROM)

1. Pengertian

Latihan *Range of Motion* (ROM) merupakan aktivitas fisik yang dirancang untuk memelihara atau meningkatkan kelenturan dan pergerakan sendi.

Menurut Abdillah et al., (2022) *Range of Motion* (ROM) adalah latihan yang dilakukan untuk mempertahankan atau meningkatkan kemampuan untuk menggerakkan sendi secara normal dan penuh untuk meningkatkan massa dan tonus otot. Jenis latihan ini sangat diperlukan agar sendi tidak menjadi kaku dan tetap berfungsi dengan baik (Linggi, 2022).

2. Indikasi

a. Indikasi ROM aktif

Paralise ekstremitas sebagian, *bedrest* tirah baring lama. Hemiparese pada ekstremitas atas dapat menyebabkan pasien mengalami keterbatasan sehingga pasien banyak mengalami ketergantungan dalam beraktivitas. Ketergantungan ini akan berlanjut sampai pasien pulang dari rumah sakit, oleh karena itu diperlukan manajemen yang baik agar kondisi yang dialami pasien mampu diatasi dan pasien mampu beraktivitas mandiri (Bakara & Warsito, 2016).

b. Indikasi ROM Pasif

Pasien semikoma, tidak sadar, usia lanjut dengan mobilitas terbatas, *bedrest* total, *paralise* ekstremitas sebagian atau total

3. Prosedur intervensi

Hal yang harus diperhatikan selama latihan seperti berikut:

- a. Atur ketinggian bed yang sesuai agar memudahkan perawat dalam bekerja, terhindar dari masalah pada body alignment. Penggunaan selalu prinsip-prinsip body mekanik.
- b. Pada ROM aktif atau aktif asistif, Kaji saturasi oksigen, jika nilainya kurang dari 95% berikan oksigen tambahan, setelah diatas 95 dilakukan kembali ROM Aktif atau aktif asistif
- c. Posisikan pasien dalam posisi supinasi dekat perawat, dan buka bagian tubuh yang akan dilakukan gerakan.
- d. Lakukan masing-masing gerakan 3 kali, kembalikan pasien pada posisi awal setiap selesai melakukan masing-masing gerakan.
- e. Kaji rentang gerak masing-masing persendian dan kemampuan pasien untuk mentoleransi gerakan yang dilakukan.
- f. Istirahatkan pasien jika mengalami kelelahan, kaji vital sign setelah latihan. Beritahukan kepada pasien bahwa latihan dapat dihentikan sewaktu-waktu bila pasien merasa kelelahan.
- g. Catat masalah yang ditemukan misalkan, kontraktur atau kekakuan, segera laporkan pada dokter atau perawat yang bertanggung jawab.

Tahap prosedur ROM seperti berikut:

- 1.) Tahap pra interaksi
 - a) Mengecek program terapi
 - b) Mencuci tangan

- c) Mengidentifikasi pasien dengan benar
- d) Menyiapkan dan mendapatkan alat

2.) Tahap orientasi

- a) Mengucapkan salam, menyapa pasien dan memperkenalkan diri.
- b) Melakukan kontrak untuk tindakan yang akan dilakukan.
- c) Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada pasien.
- d) Menanyakan kesiapan pasien sebelum kegiatan dilakukan

3.) Tahap kerja

- a) Menjaga privasi pasien
- b) Mengajak pasien membaca basmalah dan berdoa.
- c) Lakukan pengkajian kekuatan otot. Jika kekuatan otot maksimal 2 maka latih dengan ROM pasif. Jika kekuatan otot pasien minimal 3 maka latih dengan ROM aktif atau aktif asistif.
- d) Menghangatkan sendi yang akan dilatih selama 5-10 menit.
- e) Melatih sendi-sendi secara bergantian
- f) Gerakan bahu
 - (1) Flexi dan extensikan bahu
 - (2) Abduksikan bahu
 - (3) Adduksikan bahu
 - (4) Rotasikan bahu internal dan eksternal
- g) Gerakan siku
 - (1) Flexi dan extensikan siku
 - (2) Pronasi dan supinasikan siku

h) Gerakan pergelangan tangan

- (1) Flexi pergelangan tangan
- (2) Extensi pergelangan tangan
- (3) Flexi radial/radial deviation (abduksi)
- (4) Flexi ulnar/ulnar deviation (adduksi)

i) Gerakan jari-jari tangan

- (1) Flexi
- (2) Extensi
- (3) Hiperextensi
- (4) Abduksi
- (5) Adduksi
- (6) Oposisi

j) Gerakan pinggul dan lutut

- (1) Flexi dan extensi lutut dan pinggul
- (2) Abduksi dan adduksi kaki
- (3) Rotasi pinggul internal dan eksternal

k) Gerakan telapak dan pergerakan kaki

- (1) Dorsofleksi telapak kaki
- (2) Plantar flexi telapak kaki
- (3) Flexi dan Extensi jari-jari kaki
- (4) Inversi dan eversi telapak kaki

l) Gerakan leher

- (1) Flexi dan extensikan leher

(2) lateral leher

m) Gerakan-gerakan hiperxtensi

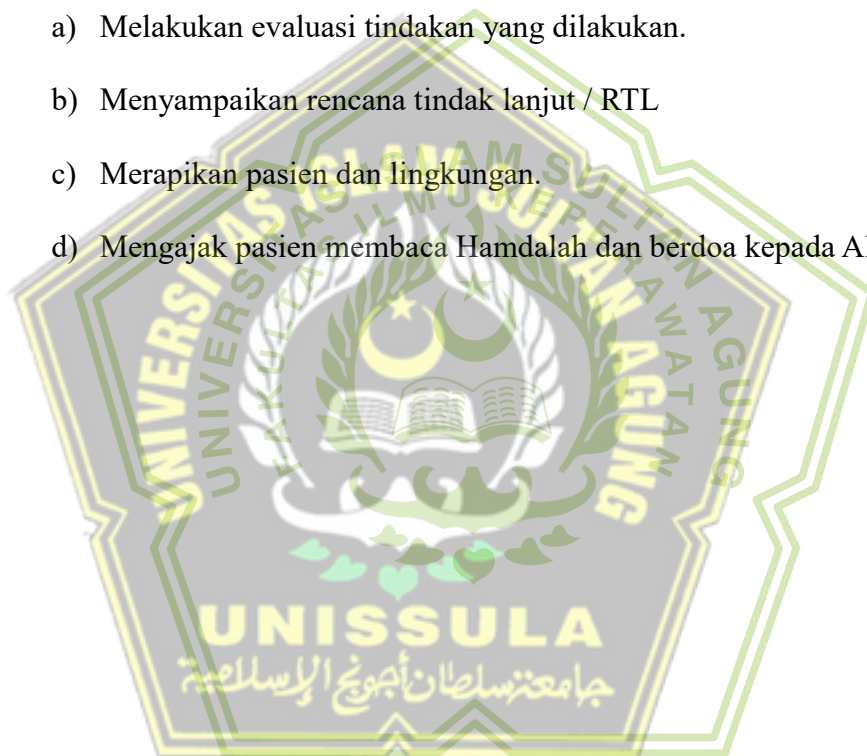
(1) Hiperextensi leher

(2) Hiperextensi bahu

(3) Hiperextensi pinggul

4.) Tahap terminasi

- a) Melakukan evaluasi tindakan yang dilakukan.
- b) Menyampaikan rencana tindak lanjut / RTL
- c) Merapikan pasien dan lingkungan.
- d) Mengajak pasien membaca Hamdalah dan berdoa kepada Allah.



BAB III

METODE STUDI KASUS

A. Desain atau Rancangan Studi kasus

Desain atau rancangan studi kasus yang digunakan dalam karya tulis ilmiah ini adalah penelitian deskriptif. Menurut Whitney (1960) metode deskriptif merupakan suatu pendekatan untuk mengumpulkan data faktual disertai dengan analisis yang akurat. Penelitian deskriptif mengkaji berbagai persoalan yang terdapat di masyarakat, termasuk norma-norma yang berlaku, kondisi-kondisi khusus, serta interaksi, aktivitas, persepsi, sikap, dan dinamika yang terjadi disertai dengan dampak dari suatu fenomena.

Menurut Purba et al., (2021) penelitian deskriptif adalah suatu metode pengumpulan data yang bertujuan untuk menguji hipotesis atau untuk mengetahui kondisi terkini dari subjek penelitian. Metode ini berfokus pada analisis fakta mengenai keadaan suatu kelompok, objek, situasi, sistem pemikiran, atau peristiwa pada masa sekarang dengan pemahaman yang lebih tepat. Sementara itu, penelitian studi kasus adalah desain penelitian yang melakukan analisis mendalam terhadap satu unit tertentu, seperti individu, keluarga, komunitas, atau lembaga.

Rancangan atau studi kasus ini menggunakan desain studi kasus deskriptif yang dilakukan dengan tujuan untuk membuat gambaran atau mendeskripsikan mengenai “penerapan program latihan ROM (pasif) terhadap rentang gerak pada pasien CHF dengan masalah keperawatan intoleransi aktivitas”.

B. Subyek Studi kasus

Subyek studi dalam kasus ini adalah dua pasien laki-laki dengan diagnosa *Congestive Heart Failure* (CHF) dan mengalami masalah keperawatan intoleransi aktivitas di ruang Baitulizzah 1 RSI Sultan Agung Semarang.

C. Fokus Studi

Fokus studi dalam kasus ini adalah penerapan program latihan ROM (pasif) terhadap rentang gerak pada pasien CHF dengan masalah keperawatan intoleransi aktivitas.

D. Definisi Operasional

1. *Congestive Heart Failure* (CHF) merupakan kondisi dimana jantung tidak mampu memompa darah secara optimal untuk memenuhi kebutuhan oksigen dan metabolisme kebutuhan oksigen dan metabolisme jaringan tubuh, meskipun aliran darah balik vena dalam keadaan normal (Hidayah & Wahyuningtyas, 2018; Smeltzer & Bare, 2013). Penyakit jantung ini menunjukkan tren peningkatan kasus yang signifikan dari tahun ke tahun. Mengakibatkan angka morbiditas dan mortalitas akibat CHF terus menunjukkan peningkatan (Ardiansyah, 2012; Hidayah & Wahyuningtyas, 2018).
2. Intoleransi aktivitas menurut (Herdman & Kamitsuru, 2018) ketidakmampuan fisik dalam memenuhi kebutuhan energi untuk melakukan aktifitas harian, baik yang bersifat sehari-hari atau aktivitas yang diinginkan.

3. Memberikan bantuan dalam aktivitas bagi pasien dengan masalah intoleransi aktivitas yang dapat dilakukan adalah penerapan *Range of Motion* (ROM), yaitu latihan menggerakkan sendi-sendi tubuh secara aktif maupun masuk sesuai rentang gerak normal. Latihan ini bermanfaat untuk mempertahankan kekuatan otot, menjaga mobilitas sendi, meningkatkan sirkulasi darah, dan mencegah deformitas (Tim Pokja SDKI PPNI, 2017). Latihan ROM sangat efektif dapat dilakukan 3-4 kali oleh perawat atau keluarga pasien tanpa memerlukan ruangan khusus.

E. Tempat dan Waktu

1. Tempat studi kasus dilakukan di ruang Baitulizzah 1 RSI Sultan Agung Semarang.
2. Waktu studi kasus dilaksanakan pada tanggal 17 Februari sampai 19 Februari 2025.

F. Instrumen Studi kasus

Instrumen dalam studi kasus ini dengan cara wawancara langsung pada pasien dengan format pengkajian asuhan keperawatan. Observasi pada pasien menggunakan alat-alat seperti tensimeter, stetoskop, dan termometer. Sebagai referensi dan panduan untuk mengolah data diambil dari rekam medis pasien, untuk merencanakan diagnosa, intervensi, implementasi, sampai evaluasi.

G. Metode Pengumpulan Data

Metode yang digunakan untuk mengumpulkan data pada studi kasus ini sebagai berikut:

1. Wawancara

Wawancara atau anamnesa yang dilakukan pada pasien maupun keluarga pasien. Sebelum melakukan wawancara dengan pasien terlebih dahulu meminta persetujuan kepada pasien maupun keluarga pasien untuk dilakukan wawancara dan pemeriksaan fisik. Wawancara berisikan pertanyaan seputar identitas, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga dan pola kesehatan fungsional.

2. Obsevasi

Observasi dan pemeriksaan fisik yang dilakukan pada pasien seperti kesadaran pasien, penampilan, vital sign, pemeriksaan head to toe, inspeksi (melihat), palpasi (meraba), perkusi (mengetuk), dan auskultasi (mendengarkan). Pemeriksaan dilakukan untuk mengetahui apakah ada kelainan pada tubuh pasien.

3. Studi dokumentasi

Studi dokumentasi sebagai hasil pengumpulan data dari hasil wawancara, observasi dan pemeriksaan fisik, maupun data dari rekam medis pasien. Hasil dari data rekam medis didapatkan hasil pemeriksaan diagnostik dan data lain yang relevan, seperti pemeriksaan radiologi, laboratorium, maupun pemeriksaan lainnya.

H. Analisis dan Penyajian Data

Informasi yang disajikan dalam kasus ini merupakan bentuk deskriptif atau narasi, yang berasal dari hasil wawancara, observasi dan pemeriksaan fisik, dan hasil dari data rekam medis pasien. Pasien dirawat di ruang Baitulizzah 1 RSI Sultan Agung Semarang.

I. Etika Studi kasus

Dalam bidang penelitian ilmu keperawatan, dimana mayoritas partisipan penelitian merupakan manusia mencapai hampir 90%, pemahaman terhadap prinsip etika studi kasus menjadi aspek krusial. Pemahaman ini diperlukan guna menjamin perlindungan hak otonomi (manusia) subjek dalam studi kasus ini dari potensi pelanggaran (Nursalam, 2020).

1. *Autonomy*

Pasien dan keluarga dalam studi kasus ini berhak menentukan keikutsertaan secara sukarela. Mereka dapat mengajukan pertanyaan, menolak memberikan data, atau mengundurkan diri kapanpun selama proses studi kasus berlangsung. Dalam studi ini, pasien dan keluarga diberikan kebebasan untuk mempertanyakan segala prosedur dan tujuan penelitian.

2. *Informed consent*

Persetujuan informed consent merupakan pernyataan kesediaan yang diberikan oleh pasien dan keluarga kepada penulis melalui lembar persetujuan tertulis. Lembar persetujuan wajib diberikan kepada calon pasien sebelum pelaksanaan studi kasus berlangsung. Tujuan dari

persetujuan ini adalah menjamin pemahaman peserta mengenai studi kasus, proses yang akan dijalani, serta konsekuensi yang mungkin timbul. Pasien yang menyetujui keterlibatannya perlu mengkonfirmasi kesediaan dengan mendatangi lembar persetujuan, sedangkan penulis harus menghargai keputusan mereka yang memilih untuk tidak berpartisipasi. Dalam lembar persetujuan harus memuat penjelasan mengenai: peran peserta dalam studi kasus, tujuan pelaksanaan studi kasus, bentuk data yang akan dihimpun, serta tahapan studi kasus dan kewajiban yang harus dipenuhi selama proses berlangsung.

3. Confidentiality

Untuk menjaga kerahasiaan identitas pasien studi kasus, diharapkan kebijakan dalam mencantumkan nama pasien secara langsung pada instrument studi kasus seperti kuesioner. Sebagai alternatif, digunakan sistem pengkodean unik atau inisial pada dukumen pengumpulan data dan laporan hasil penelitian. Mekanisme ini menjamin perlindungan identitas pasien karena hanya penulis yang mengetahui korelasi antara kode atau inisial dengan identitas asli pasien. Pendekatan tersebut secara efektif memelihara prinsip kerahasiaan selama seluruh tahapan penelitian berlangsung

4. Justice

Keadilan dalam studi kasus mewajibkan distribusi manfaat dan beban yang setara ke semua pihak. Prinsip ini menekankan pentingnya perlakuan yang adil terhadap pasien. Pada desain pra eksperimen misalnya

pemberian terapi, penulis harus menjamin konsistensi dan keadilan perlakuan bagi seluruh pasien studi kasus. Hal ini bertujuan untuk mencegah terjadinya diskriminasi atau ketimpangan dalam pemberian intervensi selama studi kasus.

5. *Beneficence*

Studi kasus wajib menghindari segala bentuk penyiksaan atau penderitaan terhadap pasien, khususnya dalam studi kasus yang melibatkan intervensi tertentu.

6. *Non malaficience*

Implementasi keperawatan harus bebas dari elemen yang beresiko, merugikan, atau menimbulkan kecemasan dan ketakutan pada pasien.



BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi kasus

Pada laporan hasil studi kasus ini penulis akan membahas mengenai hasil penerapan program ROM (pasif) dengan pasien Tn. M dan Tn. N dengan diagnosa medis *Congestive Heart Failure* (CHF) dan masalah keperawatan intoleransi aktivitas yang sedang dirawat di ruang Baitulizzah 1 RSI Sultan Agung Semarang. Asuhan keperawatan yang dikelola selama 3 hari mulai tanggal 17 Februari-19 Februari 2025. Penulis melakukan asuhan keperawatan pada pasien meliputi pengkajian, diagnosa, analisa data, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian

a. Identitas klien

1.) Pasien Tn. M

Pasien atas nama Tn. M berusia 63 tahun, berjenis kelamin laki-laki, pasien beragama islam, pendidikan terakhir pasien adalah SMA, pekerjaan pasien sebagai petani, pasien tinggal di desa kalisari sayung Demak, pasien masuk rumah sakit dengan diagnosa *Congestive Heart Failure* (CHF), pasien masuk pada tanggal 14 februari pukul 19:35 WIB.

2.) Pasien Tn. N

Pasien atas nama Tn. N berusia 42 tahun, berjenis kelamin laki-laki, pasien beragama islam, pendidikan terakhir pasien adalah

SMP, pekerjaan pasien sebagai swasta, pasien tinggal di desa Guntur Demak, pasien masuk rumah sakit dengan diagnosa *Congestive Heart Failure* (CHF), pasien masuk pada tanggal 12 februari pukul 20:55 WIB.

b. Identitas penanggungjawab

1.) Pasien Tn. M

Identitas penanggung jawab pasien adalah istri atas nama Ny. S berumur 49 tahun, berjenis kelamin perempuan, beragama islam, pendidikan terakhir SMA, pekerjaan istri pasien menjadi petani, istri pasien tinggal di desa kalisari sayung Demak.

2.) Pasien Tn. N

Identitas penanggung jawab pasien adalah istri atas nama Ny. S berumur 42 tahun, berjenis kelamin perempuan, beragama islam, pendidikan terakhir SMP, pekerjaan istri pasien menjadi ibu rumah tangga, istri pasien tinggal di desa Guntur Demak.

2. Keluhan Utama

a. Pasien Tn. M

Pasien atas nama Tn. M mengeluhkan sesak napas, sesak napas muncul dan memberat setelah melakukan aktivitas, dan merasakan nyeri pada area dada sebelah kiri.

b. Pasien Tn. N

Pasien atas nama Tn. N mengeluhkan sesak napas dan badan membengkak terutama kaki.

3. Riwayat penyakit sekarang

a. Pasien Tn. M

Pasien atas nama Tn. M pada tanggal 13 Februari 2025 bekerja di sawah dan merasakan nyeri dada sebelah kiri dan sesak napas, sebelumnya pasien pernah merasakan hal yang sama namun diabaikan. Pasien baru datang ke IGD untuk memeriksakan pada tanggal 14 Februari pukul 19:35 dan di anjurkan untuk rawat inap di ruangan Baitulizzah 1.

b. Pasien Tn. N

Pasien atas nama Tn. N mengeluhkan sesak napas, dan mengeluhkan badannya membengkak sejak kemarin sore tanggal 16 Februari, lalu keluarga pasien langsung membawa ke IGD pada tanggal 12 Februari 2025 pukul 20.56 WIB lalu dianjurkan di rawat di ruang Baitulizzah 1.

4. Riwayat masa lalu

a. Pasien Tn. M

Tn. M mengatakan pernah dirawat di Rumah Sakit sebelumnya dengan penyakit yang sama seperti yang diderita sekarang, pasien mengatakan tidak mempunyai alergi makanan atau obat-obatan, pasien mengatakan pernah mengalami hal serupa seperti nyeri dada sebelah kiri dan sesak napas saat beraktivitas maupun saat tidak beraktivitas, namun Tn. M membiarkan hal tersebut dan tidak pernah

memeriksa keadannya. Tn. M mengatakan beliau mempunyai riwayat asam urat sudah lama.

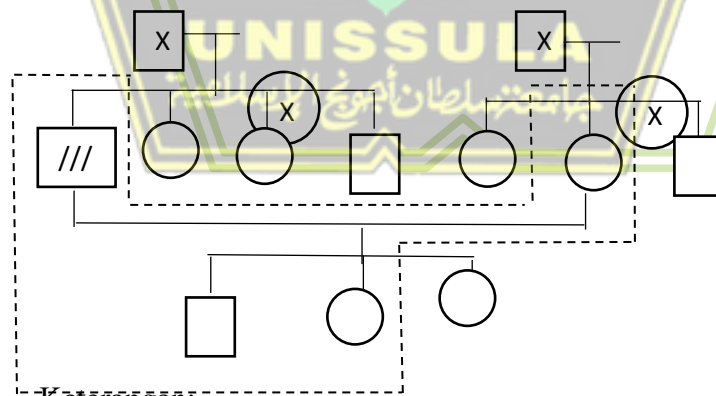
b. Pasien Tn. N

Keluarga Tn. N mengatakan pernah dirawat di Rumah Sakit Sultan Agung Semarang dengan diagnosa medis Sindrim Nefrotik pada bulan Januari 2025, pasien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi obat-obatan atau makanan, pasien mengatakan memiliki riwayat Diabetes Melitus dan Hipertensi pada bulan Januari.

5. Riwayat keluarga

a. Pasien Tn. M

Tn. M mengatakan sebelumnya pernah mengalami nyeri dada sebelah kiri dan sesak napas namun diabaikan oleh pasien, dan Tn. M mengatakan saat ini memiliki riwayat asam urat. Tn. M mengatakan keluarga tidak memiliki riwayat penyakit yang sama dengan pasien.



Keterangan:



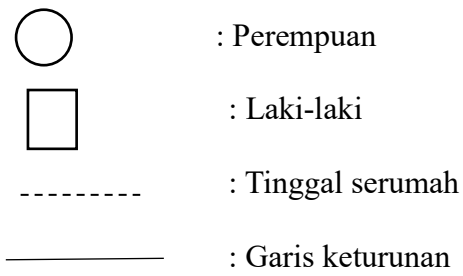
: Laki-laki meninggal



: Perempuan meninggal

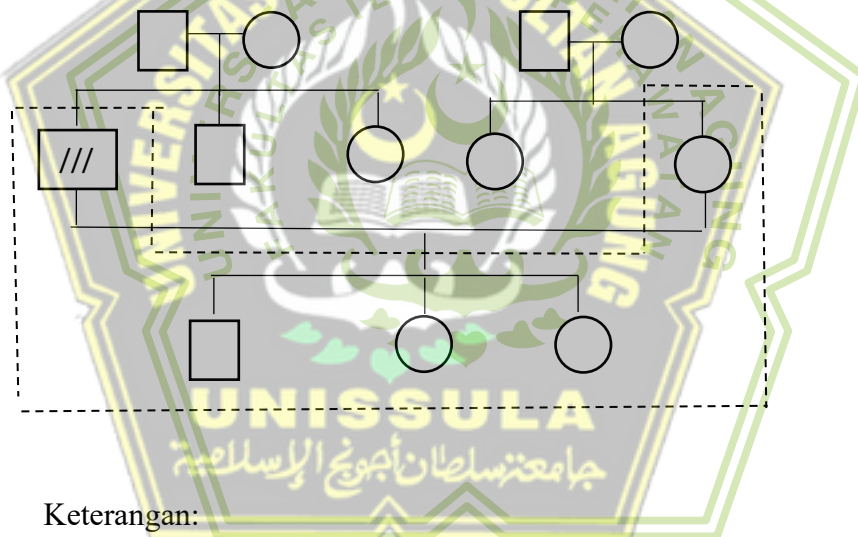


: Pasien laki-laki

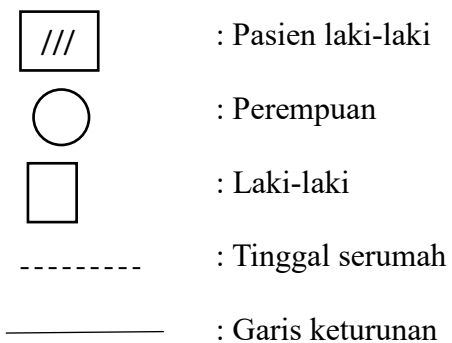


b. Pasien Tn. N

Keluarga pasien mengatakan pasien pernah dirawat di RS Islam Sultan Agung sebelumnya dengan diagnosa Sindrom Nefrotik, pada bulan Januari didiagnosa Diabetes Melitus dan Hipertensi, keluarga pasien mengatakan ibu pasien mempunyai riwayat penyakit Hipertensi.



Keterangan:



6. Riwayat Kesehatan Lingkungan

a. Pasien Tn. M

Tn. M mengatakan area lingkungan rumahnya selalu bersih, area lingkungan tempat tinggal diberbersihkan setiap hari, terdapat ventilasi di rumah pasien, rumah pasien terdapat beberapa jendela untuk keluar masuk udara dan untuk masuknya cahaya matahari ke dalam rumah. Tn. M mengatakan lingkungan rumahnya masih banyak pohon-pohon, pasien mengatakan rumahnya jauh dari area yang mungkin terjadi bahaya.

b. Pasien Tn. N

Keluarga Tn. N mengatakan rumah dan lingkungan area rumah selalu dibersihkan setiap hari. Tn. N mengatakan rumahnya terdapat beberapa ventilasi dan beberapa jendela sehingga cahaya dan udara masuk ke dalam rumah, area lingkungan tempat tinggal Tn. N masih terdapat pohon-pohon, udara yang masih bersih.

7. Pengkajian Pola Fungsional Gordon

a. Pola persepsi dan memelihara kesehatan

1.) Pasien Tn. M

Sebelum sakit: pasien mengatakan sebelum sakit sering mengkonsumsi makan-makanan yang kurang baik, pasien mengatakan seorang perokok aktif, sering mengabaikan kesehatan. Selama sakit: selama sakit pasien mengatakan menjaga makan, sudah tidak pernah merokok sejak di diagnosa CHF. Selama

dirawat pasien mengikuti arahan dokter untuk menjaga kesehatan, makan-makanan yang telah dianjurkan, dan mengikuti arahan untuk mengurangi aktivitas yang berat maupun ringan

2.) Pasien Tn. N

Sebelum sakit: keluarga pasien mengatakan sebelum sakit dan diagnosa CHF pasien sering mengkonsumsi makanan yang kurang baik seperti makanan siap saji, minum-minuman kemasan, sering begadang, dan kurang berolahraga. Saat sakit pasien langsung memeriksakan ke Rumah Sakit terdekat.

Selama sakit: selama sakit keluarga pasien mengatakan hanya bisa berbaring di tempat tidur, mengikuti anjuran dokter dan perawat untuk penyembuhan pasien

b. Pola eliminasi

1.) Pasien Tn. M

a) Eliminasi feses (frekuensi, waktu, warna, jumlah)

Sebelum sakit: pasien mengatakan sebelum sakit BAB 1 kali dalam sehari dipagi hari dengan konsistensi padat, dengan warna feses kuning kecoklatan, jumlah feses sedikit terkadang lumayan banyak, dan pasien mengatakan dapat BAB sendiri di kamar mandi.

Selama sakit: selama sakit pasien mengatakan BAB 1 kali dalam sehari dengan konsistensi padat berwarna kuning

kecoklatan, jumlah fases lumayan banyak, dan BAB selama sakit di kamar mandi dibantu oleh istri untuk berjalan.

b) Eliminasi urin-pola BAK (frekuensi, waktu, warna, jumlah)

Sebelum sakit: keluarga pasien mengatakan sebelum sakit sering BAK sehari 5-6 kali sehari dengan jumlah urine yang cukup, urine berwarna kuning terkadang bening, tidak merasakan nyeri saat BAK, waktu BAK tidak menentu, sebelum sakit pasien mengatakan BAK di kamar mandi sendiri.

Selama sakit: keluarga pasien mengatakan selama sakit BAK ditempat tidur menggunakan pispot dibantu oleh istri, frekuensi BAK sehari 5-6 kali dalam sehari, jumlah urine yang lumayan banyak, urine berwarna kuning, tidak merasakan nyeri saat BAK.

2.) Pasien Tn. N

a) Eliminasi feses (frekuensi, waktu, warna, jumlah)

Sebelum sakit: keluarga pasien mengatakan pasien sebelum sakit 1 kali dalam sehari, waktu BAB tidak menentu, fases berwarna kuning kecoklatan dengan jumlah cukup, konsistensi fases padat, sebelum sakit BAB sendiri tanpa bantuan.

Selama sakit: keluarga pasien mengatakan pasien sempat diare saat awal di rumah sakit selama 2 hari di hari pertama dan hari ke dua, saat ini BAB pasien sudah normal dari frekuensi 1 kali

dalam sehari, warna kuning kecoklaan, konsistensi padat, hingga jumlah yang cukup.

b) Eliminasi urin-pola BAK (frekuensi, waktu, warna, jumlah)

Sebelum sakit: keluarga pasien mengatakan pasien BAK 4-7 kali dalam sehari, kurun waktu yang tidak menentu, warna kecoklatan, dengan jumlah yang terbilang cukup, sebelum sakit pasien BAK mandiri tanpa dibantu orang lain.

Selama sakit: selama sakit keluarga mengatakan pasien menggunakan kateter urine, dengan jumlah urine 1.000 ml/24 jam, warna kuning kecoklatan

c. Pola aktivitas dan latihan

1.) Pasien Tn. M

Sebelum sakit: pasien mengatakan jarang berolahraga, namun sering bekerja di sawah, semua aktivitas sebelum sakit dilakukan sendiri mulai dari makan, minum, mandi hingga berpakaian.

Selama sakit: pasien mengatakan selama sakit aktivitasnya dibantu oleh keluarga seperti, mandi, makan, minum, BAB dan BAK, maupun berjalan

2.) Pasien Tn. N

Sebelum sakit: keluarga pasien mengatakan pasien sering melakukan aktivitas dan bekerja setiap hari, aktivitas pasien

dilakukan mandiri tanpa dibantu orang lain seperti makan, minum, mandi, hingga berpakaian sendiri.

Selama sakit: keluarga pasien mengatakan selama sakit pasien hanya berbaring di tempat tidur rumah sakit, semua aktivitas pasien hanya di tempat tidur seperti makan, minum, mandi hingga berpakaian dibantu oleh keluarga. Dan pasien memiliki keterbatasan dalam berpindah posisi saat tiduran di tempat tidur

d. Pola istirahat dan tidur

1.) Pasien Tn. M

Sebelum sakit: pasien mengatakan sebelum sakit tidur malam mulai pukul 21.00 hingga subuh terkadang bangun di malam hari lalu kembali tidur seperti semula, terkadang pasien tidur siang selama 1 jam.

Selama sakit: pasien selama sakit tidur malam terganggu, tidur malam mulai pukul 21.00 malam namun sering terbangun di malam hari beberapa jam berikutnya, tidur malam biasanya 3-4 jam, namun sering terbangun dikarenakan nyeri pada area dada sebelah kiri dan merasakan sesak napas

2.) Pasien Tn. N

Sebelum sakit: keluarga pasien mengatakan pasien sebelum sakit dapat tidur dengan nyenyak, pasien tidur malam mulai pukul 21.00-22.00, terkadang pasien tidur siang jika mempunyai waktu luang, kurang lebih pasien tidur 8-10 jam per hari.

Selama sakit: keluarga pasien mengatakan pasien selama sakit pasien dapat tidur, namun saat pasien sering terbangun karena merasakan sesak napas, pasien merasa tidak nyaman dan gelisah. Saat siang hari pasien terkadang tidur siang, biasanya tidur siang mulai pukul 12.30-13.30 WIB.

e. Pola nutrisi dan metabolik

1.) Pasien Tn. M

Sebelum sakit: pasien mengatakan makan dengan baik 3 kali dalam sehari, makan dengan nasi, lauk, dan sayur, minum air putih 1,5 liter lebih dalam sehari, sebelum sakit pasien mengatakan tidak pernah merasakan mual muntah.

Sesudah sakit: pasien mengatakan makan sesuai yang dianjurkan, makan 3 kali dalam sehari sesuai dengan takaran yang sudah dianjurkan oleh dokter dan makan dengan habis, pasien minum air putih kurang lebih 1,5 liter dalam sehari

2.) Pasien Tn. N

Sebelum sakit: keluarga pasien mengatakan pasien kurang menjaga asupan makan, pasien sebelum sakit minum kurang lebih 1 liter lebih dalam sehari.

Selama sakit: keluarga pasien mengatakan pasien hanya makan 1-2 sendok makan, karena pasien mengeluh sariawan, pasien jarang minum air sehari hanya minum 3-4 gelas, selama

sakit pasien makan bubur, buah dan sayur sesuai dengan dianjurkan oleh dokter

f. Pola kognitif dan spiritual

1.) Pasien Tn. M

Sebelum sakit: sebelum sakit pasien mengatakan jarang merasakan hal sama yang dirasakan saat sakit.

Sesudah sakit: selama sakit pasien mengatakan nyeri dada sebelah kiri dan merasakan sesak napas.

P: nyeri dada saat beraktivitas berat maupun ringan

Q: nyeri seperti ditimpa

R: nyeri pada area dada kiri,

S: skala nyeri 5

T: nyeri hilang timbul

2.) Pasien Tn. N

Sebelum sakit: keluarga pasien mengatakan kemampuan mengingat pasien cukup bagus, dapat memahami pesan yang diterima, dan pengambilan keputusan.

Selama sakit: keluarga pasien mengatakan nyeri pada area dada dan merasakan sesak napas

P: nyeri dada saat merasakan sesak napas

Q: nyeri dada seperti ditimpa atau ditekan

R: nyeri pada area dada kiri

S: skala nyeri 5

T: hilang timbul

g. Pola persepsi diri dan konsep diri

1.) Pasien Tn. M

Sebelum sakit: pasien mengatakan sering mengabaikan masalah kesehatannya, sering merokok, sering makan-makanan tidak sehat, pasien mengatakan badannya akan selalu sehat.

Sesudah sakit: pasien mengatakan selama sakit mengikuti arahan dokter untuk beristirahat, mengurangi aktivitas yang berat, dan lebih rileks

2.) Pasien Tn. N

Sebelum sakit: keluarga pasien mengatakan pasien patuh terhadap arahan pengobatan yang diterima, dan meminum obat saat sakit.

Selama sakit: keluarga pasien mengatakan saat sakit pasien taat arahan yang dianjurkan oleh perawat dan dokter.

h. Pola mekanisme koping

1.) Pasien Tn. M

Sebelum sakit: pasien mengatakan sebagai kepala keluarga pasien sebagai pengambil keputusan, mencari nafkah, dan sebagai ayah pasien selalu diingatkan oleh keluarganya mengenai kesehatannya.

Sesudah sakit: pasien mengatakan tetap menjadi kepala keluarga, selama sakit pasien mengatakan berdiskusi dengan keluarganya

mengenai sakit yang diderita, dan pasien mengatakan lebih memperhatikan kesehatannya

2.) Pasien Tn. N

Sebelum sakit: keluarga pasien mengatakan pasien sering berdiskusi dengan keluarga setiap mengambil keputusan, jika ada masalah selalu diselesaikan bersama keluarga.

Selama sakit: selama sakit keluarga pasien mengatakan pasien jarang berbicara dikarekan lemas, lebih mendengarkan arahan keluarga, sering mendengarkan diskusi keluarga untuk kesehatannya

i. Pola seksual-Reproduksi

1.) Pasien Tn. M

Sebelum sakit: pasien mengatakan aktivitas seksualitas bagus, terjaga, tidak ada masalah atau hambatan.

Sesudah sakit: selama sakit pasien mengatakan merasa lemah, terdapat hambatan saat beraktivitas. Pasien mengatakan diumurnya yang sekarang sudah mulai berkurang aktivitas seksual.

2.) Pasien Tn. N

Sebelum sakit: keluarga pasien mengatakan selama sakit pasien aktivitas seksual baik tidak ada masalah atau hambatan.

Selama sakit: keluarga pasien mengatakan selama sakit aktivitas seksualitas mulai berkurang dikarenakan kesehatan yang mulai

menurun, merasa sesak napas saat beraktivitas yang berat dan ringan.

j. Pola Peran-Berhubungan dengan orang lain

1.) Pasien Tn. M

Sebelum sakit: pasien mengatakan sebelum sakit komunikasi dengan orang lain baik tidak ada masalah, aktivitas dengan orang lain baik tidak ada hambatan, hubungan pasien dengan keluarga baik, hubungan dengan orang lain disekitar rumah baik.

Sesudah sakit: pasien mengatakan selama sakit komunikasi dengan orang lain jauh lebih baik karena pasien membutuhkan orang lain untuk membantu aktivitasnya.

2.) Pasien Tn. N

Sebelum sakit: keluarga pasien mengatakan pasien dapat berhubungan baik dan berkomunikasi dengan orang lain, pasien lebih dekat dengan istri, anak-anaknya, dan keluarga besarnya. Hubungan pasien dengan orang lain disekitar rumahnya baik tidak ada masalah.

Selama sakit: keluarga pasien mengatakan pasien jauh lebih dekat dengan keluarga karna pasien mempunyai hambatan aktivitas

k. Pola Nilai dan kepercayaan

1.) Pasien Tn. N

Sebelum sakit: pasien mengatakan menjalankan ibadah dengan baik, mengikuti acara-acara keagamaan yang berlangsung disekitar lingkungan rumah, pasien menjalankan ibadah secara berjamaah, percaya akan budaya dan kepercayaan yang ada di sekitar.

Selama sakit: pasien mengatakan selama sakit beribadah ditempat tidur dan dibantu oleh keluarga.

2.) Pasien Tn. M

Sebelum sakit: keluarga pasien mengatakan pasien percaya akan kepercayaan budaya disekitar, pasien menjalankan ibadah dengan berjamaah di masjid, pasien ikut serta dalam acara-acara keagamaan di sekitar rumah.

Selama sakit: keluarga pasien mengatakan pasien tetap menjalankan ibadah, ibadah dilakukan ditempat tidur, dan dibantu oleh keluarga.

8. Pemeriksaan Fisik

a. Pasien Tn. M

- 1.) Kesadaran: Composmentis GCS 15 (E:4 M:6 V:5)
- 2.) Penampilan: terlihat lemah, penampilan rapi dan bersih
- 3.) Vital sign:
 - a) Suhu tubuh: 36,3° C

- b) Tekanan darah: 134/87 mmHg
 - c) Respirasi: 24x/menit
 - d) Nadi: 85x/menit
 - e) Spo^2 : 98%
- 4.) Kepala: tampak kepala pasien bersih, simetris kanan dan kiri, terdapat uban rambut, bentuk kepala mesocephal, tidak terdapat lesi atau jejas, tidak terdapat benjolan.
- 5.) Mata: tampak mata pasien simetris kanan dan kiri, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, tidak terdapat gangguan penglihatan, hanya saja sedikit kabur karena faktor usia, tidak terdapat lesi atau jejas, pasien tidak menggunakan alat bantu penglihatan.
- 6.) Hidung: tampak hidung pasien terlihat simetris kanan dan kiri, terdapat kotoran hidung, tidak terdapat sumbatan seperti polip, tidak terdapat gangguan penciuman, terdapat napas cuping hidung namun minimal, terpasang O_2 nasal kanul. Pasien tidak memiliki riwayat sinusitis.
- 7.) Telinga: telinga pasien tampak simetris kanan dan kiri, pendengaran telinga kanan dan kiri normal tidak ada gangguan, tidak menggunakan alat bantu dengar, tidak terdapat lesi atau jejas, tidak terdapat cairan yang tidak normal keluar dari telinga.
- 8.) Mulut dan Tenggorokan: tampak gigi pasien masih utuh, tidak menggunakan gigi palsu, tampak bibir pasien berwarna

kehitaman, terlihat mukosa bibir kering, terlihat tenggorokan tidak ada hambatan menelan.

9.) Dada

a) Jantung

Inspeksi: ictus cordis tidak terlihat, tidak terlihat lesi atau jejas, tidak terlihat pembengkakan.

Palpasi: palpasi ictus cordis teraba pada 2 cm, di medial linea midklavikula sinistra ICS V

Perkusi : suara redup

Auskultasi : S1-S2 normal atau regular.

b) Paru-paru

Inspeksi: dada nampak simetris antara kanan dan kiri, terlihat menggunakan otot bantu pernapasan, pergerakan dada cepat, tidak terlihat jejas atau lesi, tidak terlihat benjolan

Palpasi: lapang dada kanan dan kiri sama, tidak terdapat nyeri tekan, vocal fremitus kanan dan kiri teraba.

Perkusi: terdengar suara sonor pada lapang dada kanan dan kiri.

Auskultasi: bronkovaskuler, tidak terdapat suara tambahan ekspirasi memanjang

10.) Abdomen

Inspeksi : tidak terlihat jejas atau lesi, terlihat simetris kanan dan kiri.

Palpasi : tidak terdapat benjolan, tidak terdapat nyeri tekan

Perkusi : tympani

Auskultasi: bising usus normal, 8x/menit

11.) Genetalia: terlihat tidak terpasang kateter, terlihat bersih, tidak terdapat lesi atau jejas.

12.) Ekstremitas atas dan bawah:

a) Ekstremitas atas: ekstremitas atas bagian tangan kiri terasa nyeri, tangan kanan tidak ada hambatan gerak, simetris kanan dan kiri, tidak terdapat jejas atau lesi, tidak terlihat adanya edema, tidak terdapat pembengkakan, kekuatan otot ekstremitas atas 5/5.

b) Ekstremitas bawah: ekstremitas bawah bagian lutut kanan merasakan nyeri, sakit, pegal-pegal, terdapat keterbatasan rentang gerak, skala kekuatan ekstremitas bawah 5/5, capillary refill normal <2 detik.

13.) Kulit: turgor kulit normal, bersih, tidak terlihat jejas atau lesi, warna kulit sawo matang merata

14.) Pengkajian data terkait aktivitas menurut Widuri (2010)

a) Kaji Tingkat ketergantungan: Barthel Index

Tabel 4.1 Tabel Barthel Index pasien Tn. M

No	Kriteria	Dengan Bantuan	Mandiri	Keterangan
1.	Makan	5	10 (√)	Frekuensi: 3x dalam sehari Jumlah: satu porsi Jenis: Nasi tim, sayur, lauk, buah
2.	Minum	5	10 (√)	Frekuensi: 6-10 kali dalam sehari Jumlah: 1,5 liter dalam sehari Jenis: air putih
3.	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur, sebaliknya	5-10 (√)	15	
4.	Personal toileting (cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi)	0	5 (√)	Frekuensi: 2 kali dalam sehari
5.	Keluar masuk toilet (mencuci pakaian, menyeka tubuh, menyiram)	5 (√)	10	Frekuensi: 1 kali dalam sehari
6.	Mandi	5	15 (√)	Frekuensi: 1 kali dalam sehari
7.	Jalan di permukaan datar	0 (√)	5	
8.	Naik turun tangga	5 (√)	10	
9.	Menggunakan pakaian	5	10 (√)	
10.	Kontrol bowel (BAB)	5	10 (√)	Frekuensi: 1 kali dalam sehari Konsistensi: padat
11.	Kontrol bladder (BAK)	5	10 (√)	Frekuensi: 5-6 kali dalam sehari Konsistensi: kuning
12.	Olahraga/latihan	5	10 (√)	Frekuensi: setiap hari Jenis: bekerja di sawah
13.	Rekreasi/pemanfaatan waktu luang	5	10 (√)	Frekuensi: setiap hari Jenis: menonton tv, pergi ke sawah

Skor: 110, kesimpulan pasien Tn. M ketergantungan sebagian.

130 : mandiri

65-125 : ketergantungan sebagian

60 : ketergantungan total

- b) Tes ROM kekuatan sendi, tonus otot, dan massa otot dengan cara melakukan pergerakan seperti fleksi dan ekstensi: pasien dapat menggerakkan ekstremitas atas dan bawah normal dengan skala 5/5, terdapat hambatan karena nyeri sendi diakibatkan oleh riwayat asam urat yang di derita pasien. Gerakan fleksi atau ekstensi dan tonus otot baik.
- c) Tes keseimbangan: pasien dapat berdiri dengan seimbang, namun saat pertama kali mencoba berdiri setelah duduk terdapat kelemahan karena nyeri pada area kaki.
- d) Palpasi nadi: nadi teraba, akral hangat
- e) Catat bunyi jantung: S1 dan S2 normal
- f) Catat tekanan darah: adanya perubahan tekanan darah setelah dilakukan pengkajian aktivitas 134/87 mmHg
- g) Auskultasi bunyi napas: bronkovaskuler
- h) Catat karakter pernapasan: pasien menggunakan alat bantu pernapasan nasal kanul dengan saturasi oksigen 98%.
- i) Observasi hygiene umum, penampilan berpakaian dan berhias: Penampilan pasien terlihat lemah, penampilan rapi dan bersih.
- j) Hasil pemeriksaan lab, x-ray, EKG, AGD, enzim jantung, pulse oksimetri, sputum kultur
- k) Observasi pola istirahat atau tidur, observasi gangguan istirahat dan tidur: pasien selama sakit tidur malam terganggu, tidur malam mulai pukul 21.00 malam namun sering terbangun di

malam hari beberapa jam berikutnya, tidur malam biasanya 3-4 jam, namun sering terbangun dikarenakan nyeri pada area dada sebelah kiri dan merasakan sesak napas

- l) Observasi kesadaran dan status mental: keadaan pasien composmentis

b. Pasien Tn. N

- 1.) Kesadaran: Composmentis GCS 15 (E:4 M:6 V:5)
- 2.) Penampilan: lemah, kurang rapi dalam berpakaian
- 3.) Vital sign:
 - a) Suhu tubuh: 37,4° C
 - b) Tekanan darah: 140/90 mmHg
 - c) Respirasi: 26x/menit
 - d) Nadi: 80x/menit
 - e) SpO_2 : 96%
- 4.) Kepala: tampak kepala pasien bersih, simetris kanan dan kiri, bentuk kepala mesocephal, tidak terdapat lesi atau jejas, tidak terdapat benjolan, tidak terdapat nyeri tekan.
- 5.) Mata: tampak mata pasien simetris kanan dan kiri konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, tidak terdapat gangguan penglihatan, tidak terdapat lesi atau jejas, pasien tidak menggunakan alat bantu penglihatan.
- 6.) Hidung: tampak hidung pasien terlihat simetris kanan dan kiri, terdapat kotoran hidung, tidak terdapat sumbatan seperti polip,

tidak terdapat gangguan penciuman, terdapat napas cuping hidung namun minimal, terpasang O₂ nasal kanul. Pasien tidak memiliki riwayat sinusitis.

7.) Telinga: telinga pasien tampak simetris kanan dan kiri, pendengaran telinga kanan dan kiri normal tidak ada gangguan, tidak menggunakan alat bantu dengar, tidak terdapat lesi atau jejas, tidak terdapat cairan yang tidak normal keluar dari telinga.

8.) Mulut dan Tenggorokan: tampak gigi pasien masih utuh, tidak menggunakan gigi palsu, tampak bibir pasien berwarna kehitaman, terlihat mukosa bibir kering dan pucat, terlihat tenggorokan tidak ada hambatan menelan.

9.) Dada

a) Jantung

Inspeksi : ictus cordis tidak terlihat, tidak terlihat lesi atau jejas, tidak terlihat pembengkakan.

Palpasi : palpasi ictus cordis teraba pada 2 cm, di medial linea midklavikula sinistra ICS V

Perkusi : suara redup

Auskultasi : S1-S2 normal atau reguler

b) Paru-paru

Inspeksi : dada nampak simetris antara kanan dan kiri, terlihat menggunakan otot bantu pernapasan,

pergerakan dada cepat, tidak terlihat jejas atau lesi, tidak terlihat benjolan

Palpasi : lapang dada kanan dan kiri sama, tidak terdapat nyeri tekan, vocal fremitus kanan dan kiri teraba.

Perkusi : terdengar suara sonor pada lapang dada kanan dan kiri.

Auskultasi : bronkovaskuler, tidak terdapat suara tamban ekspirasi memanjang.

10.)Abdomen:

Inspeksi : tidak terlihat jejas atau lesi, terlihat simetris kanan dan kiri.

Palpasi : tidak terdapat benjolan, tidak terdapat nyeri tekan.

Perkusi : tympani

Auskultasi : bising usus normal, 8x/menit

11.)Genetalia: terlihat terpasang kateter, terlihat bersih, tidak terdapat lesi atau jejas

12.)Ekstremitas atas dan bawah:

Ekstremitas atas : ekstremitas atas bagian tangan kiri terdapat pembengkakan, grade edema 2 dengan kedalaman 3-4 mm akan kembali kurang dari 15 detik dikarenakan pemasangan infus, tangan kanan tidak ada hambatan

gerak, simetris kanan dan kiri, tidak terdapat jejas atau lesi, kekuatan otot ekstremitas atas 4

Ekstremitas bawah: ekstremitas bawah kaki kanan dan kiri terdapat pembengkakan, grade edema 3 kedalaman 5-6 akan kembali dalam waktu 15-60 detik, skala kekuatan ekstremitas bawah 3/5, capillary refill normal <3 detik

Kulit: turgor kulit normal, bersih, tidak terlihat jejas atau lesi, warna kulit sawo matang merata, terdapat pembengkakan pada ekstremitas atas dan bawah.

13.) Pengkajian data terkait aktivitas menurut Widuri (2010)

a) Kaji Tingkat ketergantungan: Barthel Indeks

Tabel 4.2 tabel Barthel Index pasien Tn. N

No	Kriteria	Dengan Bantuan	Mandiri	Keterangan
1.	Makan	5 (✓)	10	Frekuensi: 3x dalam sehari Jumlah: satu porsi Jenis: Nasi tim, sayur, lauk, buah
2.	Minum	5 (✓)	10	Frekuensi: 3-4 kali dalam sehari Jumlah: 700-1.000 ml Jenis: air putih
3.	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur, sebaliknya	5-10 (✓)	15	
4.	Personal toileting (cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi)	0 (✓)	5	Frekuensi: 2 kali dalam sehari
5	Keluar masuk toilet (mencuci pakaian,	5 (✓)	10	

	menyeka tubuh, menyiram)			
6.	Mandi	5 (✓)	15	Frekuensi: 1 kali dalam sehari
7.	Jalan di permukaan datar	0 (✓)	5	
8.	Naik turun tangga	5 (✓)	10	
9.	Menggunakan pakaian	5 (✓)	10	
10.	Kontrol bowel (BAB)	5 (✓)	10	Frekuensi: 1 kali dalam sehari Konsistensi: padat
11.	Kontrol bladder (BAK)	5 (✓)	10	Frekuensi: tidak menentu, pasien menggunakan kateter urine Konsistensi:
12.	Olahraga/latihan	5	10 (✓)	
13.	Rekreasi/pemanfaatan waktu luang	5	10 (✓)	Frekuensi: menonton tv Konsistensi: setiap hari

Skor: 70, kesimpulan: pasien atas nama Tn. N ketergantungan sebagian.

Keterangan:

130 : mandiri

65-125 : ketergantungan sebagian

60 : ketergantungan total

- b) Tes ROM kekuatan sendi, tonus otot, dan massa otot dengan cara melakukan pergerakan seperti fleksi dan ekstensi: pasien dapat berkontraksi tapi tidak cukup kuat untuk mengangkat bagian tubuh tertentu, skala ekstremitas atas dan bawah adalah 2/5, terdapat hambatan karena nyeri sendi diakibatkan adanya edema di kedua kaki pasien. gerakan fleksi atau ekstensi dan tonus otot kurang baik.

- c) Tes keseimbangan: pasien tidak dapat berdiri dengan seimbang, mencoba untuk duduk ditempat tidur namun tidak bisa karena badan pasien lemah.
- d)
- e) Palpasi nadi: nadi teraba, akral hangat
- f) Catat bunyi jantung: S1 dan S2 normal
- g) Catat tekanan darah: adanya perubahan tekanan darah setelah dilakukan pengkajian aktivitas 140/90 mmHg
- h) Auskultasi bunyi napas: bronkovaskuler
- i) Catat karakter pernapasan: pasien menggunakan alat bantu pernapasan nasal kanul dengan saturasi oksigen 96%
- j) Observasi hygiene umum, penampilan berpakaian dan berhias: lemah, kurang rapi dalam berpakaian.
- k) Hasil pemeriksaan lab, x-ray, EKG, AGD, enzim jantung, pulse oksimetri, sputum kultur
- l) Observasi pola istirahat atau tidur, observasi gangguan istirahat dan tidur: keluarga pasien mengatakan pasien selama sakit pasien dapat tidur, namun saat pasien sering terbangun karena merasakan sesak napas, pasien merasa tidak nyaman dan gelisah. Saat siang hari pasien terkadang tidur siang, biasanya tidur siang mulai pukul 12.30-13.30 WIB.
- m) Observasi kesadaran dan status mental: keadaan pasien composmentis

9. Data Penunjang

a. Hasil pemeriksaan penunjang

1.) Pasien Tn. M

a) Pemeriksaan laborat

Tabel 4.3 Pemeriksaan laboratorium patologi klinik tanggal 14 Februari 2025, pukul 20:35.

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Keterangan
KIMIA KLINIK				
Triponin 1	H 62.3	20.0-60.0	Ng/L	Metode CLIA

Tabel 4.4 Pemeriksaan laboratorium patologi klinik tanggal 15 Februari 2025, pukul 01:25.

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Keterangan
HEMATOLOGI				
Darah rutin 1				
Hemoglobin	L 13.0	13.2-17.3	g/dl	
Hematokrit	39.7	33.0-45.0	%	
Leukosit	9.47	3.80-10.60	ribu/uL	
Trombosit	188	150-440	ribu/uL	
KIMIA KLINIK				
Kolesterol total	H 306	<200	mg/dl	Duplo
HDL kolesterol	51	28-63	mg/dl	
LDL kolesterol	H 233	60-130	mg/dl	Duplo
Trigliserida	135	<160	mg/dl	

b) Pemeriksaan Radiologi: -

c) Pemeriksaan lainnya: Ekokardiorafi tanggal 15 Februari 2025.

Echo Summary

Dimensi ruang jantung: Membesar di LA+LV

Dinding LV : Tidak menebal

Wall Motion : Global Hipoksinetik

Katup jantung : TR Moderat PH Moderat MR Moderat
 Fungsi LV Sistolik menurun EF 24 % Fungsi RV Sistolik
 menurun TAPSE 12 mm

Kesan:

Global Hipoksinetik

Fungsi LV dan RV Sistolik menurun

Dilatasi LA-LV, LVH Eksentrik

TR Moderat PH Moderat MR Moderat

2.) Pasien Tn. N

a) Pemeriksaan laborat

**Tabel 4.5 Pemeriksaan labiratorium patologi klinik
 tanggal 13 Februari 2025**

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Keterangan
HEMATOLOGI				
Darah rutin 1				
Hemoglobin	L 10.1	13.2-17.3	g/dl	
Hematokrit	L 29.9	33.0-45.0	%	
Leukosit	H 26.73	3.80-10.60	ribu/uL	Sesuai SADT
Trombosit	371	150-440	ribu/uL	
KIMIA KLINIK				
Glukosa darah sewaktu	H 242	<200	mg/dl	
Ureum	H 147	10-50	mg/dl	
Creatinin	H 1.49	0.70-1.30	mg/dl	
ELEKTROLIT (Na,K, Cl)				
Natrium (Na)	L 125.0	135-147	mmol/L	Duplo
Kalium (K)	H 590	3,5-5.0	mmol/L	Duplo
Klorida (CL)	97.0	95-105	mmol/L	

Tabel 4.6 Pemeriksaan laboratorium patologi klinik tanggal 13 Februari 2025

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Keterangan
URINALUSA				
Urine lengkap				
Warna	Kuning			
Kejernihan	Agak keruh	Jernih		
Protein	3+	Negatif	mg/dl	
Reduksi	Neg	Negatif	mg/dl	
Bilirubin	Neg	Negatif	mg/dl	
Reaksi/pH	5.0	4.8-7.4		
Urobilinogen	Normal	Negatif	mg/dl	
Benda keton	Negatif	Negatif	mg/dl	
Nitrit	Negatif	Negatif		
Berat jenis	1.025	1.015-1.025		
Darah (blood)	3+	Negatif	Eri/uL	
Leukosit	Neg	Negatif	Leu/uL	
Mikroskopis				
Sel epitel	1-2	5-15	/LPK	
Eritrosit	25-27	<1/LBP	/LPK	
Leukosit	6-8	3-5	/LPK	
Silinder	Granula 0-1			
Parasit	Negatif	Negatif		
Bakteri	Positif 1 (+)	Negatif		
Jamur	Yeast +	Negatif		
Kristal	Negatif			
Benang Mukus	Negatif			

Tabel 4.7 Pemeriksaan laboratorium patologi klinik tanggal 13 Februari 2025

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Keterangan
KIMIA KLINIK				
Albumin-Globulin				
Albumin	L 2.02	3.40-4.80	gr/dl	Duplo

Tabel 4.8 Pemeriksaan Mikrobiologi tanggal 13 Februari 2025.

Pemeriksaan	Hasil
MIKROBIOLOGI	
Pengecatan gram	
Bahan pemeriksaan	Sputum
Bakteri	Coccus gram positif (3+)
	Batang gram positif (1+)
	Batang gram negatif (2+)
Jamur	Tidak ditemukan
Lain-kain	Negatif
Leukosit	1-3/LP

b) Pemeriksaan radigrafi: tanggal 12 Februari 2025

X FOTO THORAX AP

Cor: Apeks bergeser ke laterokaudal. Batas kanan jantung bergeser ke lateral.

Pulmo: Corakan bronchovaskuler meningkat disertai blurring vasculer. Tampak bercak pada perihiler kanan kiri dan parakardial kanan.

Hemidiafragma kanan setinggi costa 10 posterior Sinus costophrenicus kanan kiri suram.

Kesan:

Cor: Kardiomegali (LV, RA)

Pulmo: Edem Pulmo, masih mungkin disertai bronkopneumonia.

Suspek efusi pleura dupleks.

c) Pemeriksaan lainnya: Ekokardiografi tanggal 15 Februari 2025.

Echo Summary

Heart Chamber: normal cardiac size

Hypokinetic mid-apicoanterior, mid anteroseptal, mid-apico inferior LVH (+) concentric

Reduced LV systolic function with LVEF 31% (biplane)

Reduced RV systolic funtion TAPSE 15 mm

LV diastolic Functions E/A 1.6

Aortic 3 cusps, calcification (-) AR (-), AS (-)

Mitral: MS (-), MR (+) mild

Pulmonic: PS (-) PR (-)

Tricuspid: TS (-) TR (+) moderate

No pericardial effusion

Intracardial thrombus (-)

Conclusions:

Concentric LVH

RWMA

Reduced LV and RV systolic function Moderate TR, mild MR

Intermediate probability for PH

b. Diit yang diperoleh

1.) Pasien Tn. M: Pasien mendapatkan diit nasi tim, sayur-sayuran, buah-buahan, dan lauk.

2.) Pasien Tn. N: Pasien mendapatkan diit bubur, dengan sayur-sayuran, buah-buahan, dan lauk.

c. Therapy

1.) Pasien Tn. M

a) Infus RL 20 Tpm

b) O2 kanul

c) Obat injeksi

Fondaparinux 1x1 sc

Furosemide 2x1 iv

Omeprazole 2x1 iv

d) Obat oral

Uperio 50 mg 2x1

Dapagliflozin 25 mg 1x1

Spironolactone 25 mg 1x1

Loop 1,25 mg

Sucralfat syr 3x1

Alopurinol 300 mg 2x1

Nitrokaf 2,5 mg 1x1

Isosorbide dinitrate 5 mg 1x1

Atorvastatin 40 mg 1x1

Lansoprazole 30 mg 2x1

Furosemid 40 mg 1x1

2.) Pasien Tn. N

ECG/thorax/B.ps1 +

P. albumin 25 % 2 fless/ P.D40 % 3 fles/ echo 31 %

Cedocard 5 mg/jam (sp)

Furosemid 12A/24 jam (sp)

10. Analisis Data

a. Pasien Tn. M

Hasil pengkajian pada tanggal 17 Februaari 2025 pukul 15.05 WIB didapatkan analisa data dari diagnosa pertama **pola napas tidak efektif b.d hambatan upaya napas** seperti, subjektif pasien atas nama Tn. M mengatakan sesak napas, sesak napas muncul dan memberat

setelah melakukan aktivitas. Selanjutnya data objektif didapatkan terlihat kesadaran composmentis GCS 15 E4 V5 M6, dyspnea, pasien tampak lemah dan pucat, retraksi dada minimal, respirasi: 24x/menit, Spo2: 98%, pasien terlihat menggunakan otot bantu napas tambahan minimal, pasien terpasang O₂ nasal kanul dengan 3 L/menit. Diagnosa kedua yaitu **intoleransi aktifitas b.d ketidakseimbangan antara suplei dan kebutuhan oksigen** seperti, data subjektif pasien mengatakan sering merasa kelelahan dan sesak napas saat beraktifitas terutama saat aktivitas ringan, selanjutnya data objektif didapatkan pasien tampak lemas, mengkaji tingkat ketergantungan yaitu 110 yang artinya ketergantungan sebagian, tes ROM kekuatan sendi, tonus otot, dan massa otot pasien gerakan fleksi dan ekstensi: pasien dapat menggerakkan ekstremitas atas dan bawah normal dengan skala 5/5. Diagnosa ketiga yaitu **penurunan curah jantung b.d perubahan kontraktilitas** seperti, data subjektif merasakan nyeri pada area dada sebelah kiri, selanjutnya data objektif seperti TD: 134/87 mmHg, suhu: 36° C, nadi: 85x/ menit, respirasi: 24x/menit, Spo2: 98%.

Hasil pengkajian pada tanggal 18 Februari 2025 pukul 07.30 WIB, didapatkan analisa data dari diagnosa pertama **pola napas tidak efektif b.d hambatan upaya napas** seperti, subjektif pasien atas nama Tn. M mengatakan sesak napas sudah mulai berkurang, selanjutnya data objektif seperti, didapatkan pasien tampak dengan kesadaran composmentis GCS 15 E4 V5 M6, pucat mulai berkurang dan terlihat

pasien tidak lagi menggunakan O2 nasal kanul. Diagnosa kedua yaitu **intoleransi aktifitas b.d ketidakseimbangan antara suplei dan kebutuhan oksigen** seperti, data subjektif pasien mengatakan setelah kemarin di ajarkan melakukan gerakan ROM pasif beberapa area badannya terasa lebih baik daripada kemarin, area kaki terasa lebih ringan dari hari sebelumnya, setelah diajarkan gerakan ROM pasif pasien mengatakan mulai mencoba sendiri, selanjutnya data objektif seperti, pergerakan pasien masih terlihat kaku, beberapa aktivitas masih dibantu oleh keluarga pasien seperti jalan ke kamar mandi, kekuatan otot pasien sebelum dan sesudah melakukan ROM 5/5, pasien terlihat duduk ditepi tempat tidur mandiri tanpa bantuan keluarga. Diagnosa ketiga yaitu **penurunan curah jantung b.d perubahan kontraktilitas** seperti pasien mengatakan dada kirinya sudah tidak merasakan nyeri, saat berbaring sudah tidak merasakan sesak napas, selanjutnya data objektif seperti, pasien terlihat sesak napas sudah berkurang, otot bantu napas tidak terlihat, pasien terlihat lebih nyaman saat posisi semi fowler dengan kaki posisi nyaman diatas bantal, saat diberikan teknik relaksasi napas dalam pasien terlihat lebih nyaman secara pernapasan, TD: 130/80, nadi: 84x/menit, suhu: 36,0° C, respirasi: 22x/menit, Spo2: 98%.

Hasil pengkajian pada tanggal 19 Februari 2025 pukul 16.08 WIB, didapatkan analisa data dari diagnosa pertama **pola napas tidak efektif b.d hambatan upaya napas** seperti pasien mengatakan sudah

tidak merasakan sesak, selanjutnya data objektif yang didapatkan seperti, didapatkan pasien tampak dengan kesadaran composmentis GCS 15 E4 V5 M6, pasien sudah tidak menggunakan O₂ nasal kanul. **intoleransi aktifitas b.d ketidakseimbangan antara suplei dan kebutuhan oksigen** seperti, pasien mengatakan masih merasakan lemas saat beraktivitas, dan nyeri dibagian lutut mulai berkurang setelah diajarkan gerakan ROM, selanjutnya data objektif seperti, sebagian aktivitas masih dibantu oleh keluarga. Diagnosa ketiga yaitu **penurunan curah jantung b.d perubahan kontraktilitas** seperti pasien mengatakan dada kirinya sudah tidak merasakan nyeri, selanjutnya data objektif yang didapatkan seperti TD: 135/85, nadi: 84x/menit, suhu: 36,2° C, respirasi: 20x/menit, Spo₂: 99%.

b. Pasien Tn. N

Hasil pengkajian pada tanggal 17 Februaari 2025 pukul 15.05 WIB didapatkan analisa data dari diagnosa pertama **pola napas tidak efektif b.d hambatan upaya napas** seperti pasien mengatakan mengeluh sesak napas dan napas terasa engap atau ngos-ngosan, selanjutnya data objektif yang didapat seperti, terpasang O₂ nasal kanul 4-6L/ menit. Diagnosa kedua **hipervolemia b.d gangguan mekanisme regular** seperti pasien mengatakan badan membengkak terutama area kaki, selanjutnya data objektif yang didapatkan seperti, terlihat ada pembengkakan di area tangan dikarenakan pemasangan infus pasien grade edema 2 dengan kedalaman 3-4 mm akan kembali

kurang dari 15 detik, terlihat ada pembengkakan di kedua kaki pasien dengan grade edema 3 kedalaman 5-6 akan kembali dalam waktu 15-60 detik, ureum H.147 creatinin H 1.49. Diagnosa ketiga **intoleransi aktifitas b.d ketidakseimbangan antara suplei dan kebutuhan oksigen** seperti pasien mengatakan sesak saat beraktivitas dan mengeluh cepat lelah, selanjutnya data objektif seperti terlihat pasien melakukan semua aktivitas ditempat tidur, aktivitas dibantu oleh keluarga dan mengkaji tingkat ketergantungan yaitu 60 yang artinya ketergantungan sebagian, tes ROM kekuatan sendi, tonus otot, dan massa otot pasien gerakan fleksi dan ekstensi: pasien dapat menggerakkan ekstremitas atas dan bawah normal dengan skala 4/5. Diagnosa keempat **penurunan curah jantung b.d perubahan kontraktilitas** seperti pasien mengatakan dada terasa tertekan, selanjutnya data objektif yang didapatkan seperti, TD: 140/90 mmHg, nadi: 80x/menit, respirasi: 26x/menit, suhu: 37,4° C, Spo2: 96%.

Hasil pengkajian pada tanggal 18 Februari 2025 pukul 07.30 WIB didapatkan analisa data diagnosa pertama **pola napas tidak efektif b.d hambatan upaya napas** seperti pasien mengatakan masih merasakan sesak napas, selanjutnya data objektif seperti, kesadaran composmentis GCS 15 E4 V5 M6, napas terasa engap atau ngos-ngosan, selanjutnya data objektif yang didapat seperti, terpasang O₂ nasal kanul 4-6L/ menit, Spo2: 96%. Diagnosa kedua **hipervolemia b.d gangguan mekanisme regular** seperti pasien mengatakan badan

pasien masih membengkak terutama area kaki, selanjutnya data objektif seperti, terlihat masih ada pembengkakan di area tangan dengan grade edema 2 dengan kedalaman 3-4 mm akan kembali kurang dari 15 detik, masih terlihat ada pembengkakan di kedua kaki pasien dengan grade edema 3 kedalaman 5-6 akan kembali dalam waktu 15-60 detik. Diagnosa ketiga **intoleransi aktifitas b.d ketidakseimbangan antara suplei dan kebutuhan oksigen** seperti pasien mengatakan sesak saat beraktivitas dan mengeluh cepat lelah, selanjutnya data objektif seperti terlihat pasien melakukan semua aktivitas ditempat tidur, aktivitas dibantu oleh keluarga dan mengkaji tingkat ketergantungan yaitu 60 yang artinya ketergantungan sebagian, tes ROM kekuatan sendi, tonus otot, dan massa otot pasien gerakan fleksi dan ekstensi: pasien dapat menggerakkan ekstremitas atas dan bawah normal dengan skala 4/5. Diagnosa keempat **penurunan curah jantung b.d perubahan kontraktilitas** seperti pasien mengatakan pasien mengatakan dada terasa tertekan dan napas terasa engap atau ngos-ngosan, selanjutnya data objektif yang didapat seperti TD: 140/90 mmHg, nadi: 80x/menit, suhu: 36,3° C, respirasi: 26x/menit.

Hasil pengkajian pada tanggal 19 Februari 2025 pukul 16.08 WIB didapatkan analisa data diagnosa pertama **pola napas tidak efektif b.d hambatan upaya napas** seperti pasien mengatakan masih merasakan sesak napas, selanjutnya data objektif seperti, pasien terlihat pucat, lemas, terlihat banyak berkeringat, terlihat lelah, napas

masih masih berat dan Spo2: 96%. %. Diagnosa kedua **hipervolemia b.d gangguan mekanisme regular** seperti pasien mengatakan badan masih membengkak terutama area kaki, selanjutnya data objektif yang didapat seperti, terlihat masih ada pembengkakan di area tangan dengan grade edema 2 dengan kedalaman 3-4 mm akan kembali kurang dari 15 detik, masih terlihat ada pembengkakan di kedua kaki pasien dengan grade edema 3 kedalaman 5-6 akan kembali dalam waktu 15-60 detik. Diagnosa ketiga **intoleransi aktifitas b.d ketidakseimbangan antara suplei dan kebutuhan oksigen** seperti pasien mengatakan seperti pasien mengatakan sesak saat beraktivitas dan mengeluh cepat lelah, selanjutnya data objektif seperti terlihat pasien melakukan semua aktivitas ditempat tidur, aktivitas dibantu oleh keluarga dan mengkaji tingkat ketergantungan yaitu 60 yang artinya ketergantungan sebagian, tes ROM kekuatan sendi, tonus otot, dan massa otot pasien gerakan fleksi dan ekstensi: pasien dapat menggerakkan ekstremitas atas dan bawah normal dengan skala 4/5. Diagnosa keempat **penurunan curah jantung b.d perubahan kontraktilitas** seperti pasien mengatakan pasien mengatakan pasien mengatakan dada terasa tertekan dan napas terasa engap atau ngos-ngosan, selanjutnya data objektif yang didapat seperti TD: 140/90 mmHg, suhu: 36, 2° C, respirasi: 24x/menit.

11. Diagnosa Keperawatan

a. Tn. M

- 1.) Pola napas tidak efektif b.d hambatan upaya napas (SDKI, D.0005)
- 2.) Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplei dan kebutuhan oksigen (SDKI, D.0056)
- 3.) Penurunan curah jantung b.d perubahan kontraktilitas (SDKI, D.0008)

b. Tn. N

- 1.) Pola napas tidak efektif b.d hambatan upaya napas (SDKI, D.0005)
- 2.) Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regular (SDKI, D.0022)
- 3.) Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplei dan kebutuhan oksigen (SDKI, D.0056)
- 4.) Penurunan curah jantung b.d perubahan kontraktilitas (SDKI, D.0008)

12. Intervensi Keperawatan

a. Pasien Tn. M

Intervensi diagnosa pertama yang akan dilakukan pada pasien Tn. M yaitu pola napas tidak efektif b.d hambatan upaya napas dengan tujuan dilakukan asuhan keperawatan selama 3x7 jam, maka diharapkan pola napas membaik, dengan kriteria hasil dispnea dapat menurun, penggunaan otot bantu napas menurun, ortopnea menurun, frekuensi napas membaik. Tindakan yang akan di berikan kepada pasien atas nama Tn. M adalah monitor pola napas (frekuensi,

kedalaman, usaha napas), monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgiling, mengi, wheezing, ronkhi kering, kemudian posisikan Semi-Fowler atau Fowler, kemudian kolaborasi pemberian berikan oksigen pada pasien.

Intervensi diagnosa kedua yang akan dilakukan pasien Tn. M dengan diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplei dan kebutuhan oksigen dengan tujuan dilakukan asuhan keperawatan selama 3x7 jam, maka toleransi aktivitas meningkat, dengan kriteria hasil sebagai kemudahan melakukan aktivitas sehari-hari meningkat, keluhan lelah menurun, dispnea saat aktivitas menurun, dispnea setelah beraktivitas menurun, saturasi oksigen membaik, frekuensi napas membaik. Kemudian tindakan keperawatan yang dapat diberikan kepada pasien Tn. M seperti identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, monitor pola dan jam tidur, sediakan lingkungan nyaman, lakukan latihan rentang gerak pasif dan atau aktif, fasilitasi duduk di sisi tempat tidur dan anjurkan pasien melakukan aktivitas secara bertahap.

Intervensi diagnosa ketiga yang akan dilakukan pasien Tn. M dengan diagnosa penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas dengan tujuan dilakukan asuhan keperawatan selama 3x7 jam maka curah jantung meningkat, dengan kriteria hasil sebagai, kekuatan nadi perifer meningkat, warna kulit pucat menurun,

edema perifer menurun, ortopnea menurun, tekanan darah membaik, pengisian kapiler membaik. Kemudian tindakan keperawatan yang dapat diberikan kepada pasien Tn. M seperti identifikasi tanda atau gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema, ortopnea), monitor saturasi oksigen, monitor keluhan nyeri dada, posisikan pasien semi-Fowler atau Fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman, berikan oksigen, dan anjurkan pasien beraktivitas fisik secara bertahap.

b. Pasien Tn. N

Intervensi diagnosa pertama yang akan dilakukan pada pasien Tn. N yaitu pola napas tidak efektif b.d hambatan upaya napas dengan tujuan dilakukan asuhan keperawatan selama 3x6 jam, maka diharapkan pola napas membaik, dengan kriteria hasil dispnea dapat menurun, penggunaan otot bantu napas menurun, ortopnea menurun, frekuensi napas membaik. Tindakan yang akan di berikan kepada pasien atas nama Tn. N adalah monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas), monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgiling, mengi, wheezing, ronchi kering, kemudian posisikan Semi-Fowler atau Fowler, kemudian kolaborasi pemberian berikan oksigen pada pasien.

Intervensi diagnosa kedua yang akan dilakukan pasien Tn, N dengan diagnosa hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regular, dengan tujuan setelah dilakukan asuhan

keperawatan selama 3x6 jam, maka keseimbangan cairan meningkat, dengan kriteria hasil sebagai, edema dapat menurun, intake cairan dapat membaik, tekanan nadi dapat membaik, tekanan darah dapat membaik. Kemudian tindakan keperawatan yang dapat diberikan kepada pasien Tn. N seperti periksa tanda dan gejala hipervolemia pada pasien, monitor status hemodinamik seperti tekanan darah, monitor intake dan output cairan pasien. Kemudian berikan posisi dengan cara tinggikan kepala tempat tidur 30-40 derajat.

Intervensi diagnosa ketiga yang akan dilakukan pasien Tn. N dengan diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen dengan tujuan dilakukan asuhan keperawatan selama 3x6 jam, maka toleransi aktivitas meningkat, dengan kriteria hasil sebagai kemudahan melakukan aktivitas sehari-hari meningkat, keluhan lelah menurun, dispnea saat aktivitas menurun, dispnea setelah beraktivitas menurun, saturasi oksigen membaik, frekuensi napas membaik. Kemudian tindakan keperawatan yang dapat diberikan kepada pasien Tn. N seperti identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, monitor pola dan jam tidur, sediakan lingkungan nyaman, lakukan latihan rentang gerak pasif dan atau aktif, fasilitasi duduk di sisi tempat tidur dan anjurkan pasien melakukan aktivitas secara bertahap.

Intervensi diagnosa keempat yang akan dilakukan pasien Tn. N dengan diagnosa penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas dengan tujuan dilakukan asuhan keperawatan selama 3x6 jam maka curah jantung meningkat, dengan kriteria hasil sebagai, kekuatan nadi perifer meningkat, warna kulit pucat menurun, edema perifer menurun, ortopnea menurun, tekanan darah membaik, pengisian kapiler membaik. Kemudian tindakan keperawatan yang dapat diberikan kepada pasien Tn. N seperti identifikasi tanda atau gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema, ortopnea), monitor saturasi oksigen, monitor keluhan nyeri dada, posisikan pasien semi-Fowler atau Fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman, berikan oksigen, dan anjurkan pasien beraktivitas fisik secara bertahap.

13. Implementasi Keperawatan

a. Pasien Tn. M

Hari Senin, 17 Februari 2024 pukul 15.05 WIB, melakukan implementasi diagnosa pertama **pola napas tidak efektif**. Implementasi pertama dilakukan pukul 15.05 dengan melakukan memonitor bunyi pola napas pasien, memonitor bunyi napas tambahan, memposisikan semi fowler atau fowler, dan mengkolaborasi pemberian terapi oksigen. Setelah dilakukan implementasi dari intervensi tersebut didapatkan hasil data subjektif seperti pasien mengatakan merasa sesak napas, dan nyeri dada sebelah kiri. Hasil data objektif yang didapatkan

pola napas pasien terlihat dyspnea, pasien tampak lemah dan pucat, retraksi dada minimal, respirasi: 24x/menit, Spo2: 98%, pasien terlihat menggunakan otot bantu napas tambahan minimal, pasien terlihat sesak napas saat terlentang atau tiduran, memposisikan pasien semi fowler dengan kolaborasi pemberian O2 nasal kanul 3L/ment.

Hari senin 17 Februari 2024 pukul 15.23 WIB, melakukan implementasi diagnosa kedua **intoleransi aktivitas** berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplei dan kebutuhan oksigen. Implementasi ketiga dilakukan mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, memonitor pola dan jam tidur, menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan), melakukan latihan rentang gerak pasif dan atau aktif, memfasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan, menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap. Setelah dilakukan implementasi dari intervensi tersebut didapatkan hasil data subjektif seperti pasien mengatakan sering merasa kelelahan dan sesak napas saat beraktivitas terutama aktivitas ringan, pasien mengatakan dokter memberitahu untuk mengurangi aktivitas yang menyebabkan kelelahan, pasien tidur pukul 21.00 sampai pagi namun terkadang terbangun di malam hari, pasien mengatakan bersedia saat akan diajarkan gerak ROM pasif. Selanjutnya data objektif yang didapatkan pada pasien terlihat tirah baring saat berada di rumah sakit, terlihat saat pasien beraktivitas dibantu oleh keluarga, sebelum

melakukan ROM ekstremitas atas dan bawah normal dengan skala kekuatan otot 5/5, pasien terlihat melakukan ROM pasif, setelah mengajarkan ROM pasif didapatkan pasien mampu melakukan ROM dengan mandiri, setelah diajarkan melakukan aktivitas secara bertahap seperti duduk di tempat tidur sampai berjalan ke kamar mandi pasien terlihat lemah dan perlu bantuan untuk duduk dan berjalan.

Hari senin 17 Februari 2024 pukul 15.31 WIB, melakukan implementasi diagnosa ketiga **penurunan curah jantung** berhubungan dengan perubahan kontraktilitas. Implementasi keempat dilakukan mengidentifikasi tanda atau gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, ortopnea), memonitor keluhan nyeri dada, memposisikan pasien semi-Fowler atau Fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman, memberikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress. Setelah dilakukan implementasi dari intervensi tersebut didapatkan hasil data subjektif seperti pasien mengatakan sesak napas saat beraktivitas ringan atau berat, pasien mengatakan dada kiri nyeri, saat berbaring sesak napas dirasakan semakin berat. Selanjutnya data objektif yang didapatkan pada pasien terlihat sesak napas, otot bantu napas terlihat minimal, pasien terlihat lebih nyaman saat posisi semi fowler dengan kaki posisi nyaman diatas bantal, saat diberikan teknik relaksasi napas dalam pasien terlihat lebih nyaman secara pernapasan.

Hari selasa 18 Februari 2025 pukul 07.30 WIB, melakukan implementasi diagnosa pertama **pola napas tidak efektif**. Implementasi pertama dilakukan pukul 07.30 WIB dengan melakukan memonitor bunyi dan pola napas pasien, memonitor bunyi napas tambahan. Selanjutnya data subjektif yang didapatkan pada pasien mengatakan sesak napas sudah mulai berkurang. Selanjutnya data objektif yang didapatkan pasien terlihat masih lemas, pucat mulai berkurang, terlihat nyaman saat berbaring tidak lagi sesak napas, terlihat pasien tidak lagi menggunakan O2 nasal kanul, respirasi: 22x/menit, Spo2: 98%.

Hari selasa 18 Februari 2024 pukul 07.48 WIB, melakukan implementasi diagnosa kedua **intoleransi aktivitas** berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplei dan kebutuhan oksigen. Implementasi ketiga dilakukan memonitor pola dan jam tidur, menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan), melakukan latihan rentang gerak pasif dan atau aktif, memfasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan, menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap. Setelah dilakukan implementasi dari intervensi tersebut didapatkan hasil data subjektif seperti pasien mengatakan semalam tidur pukul 20.00 WIB, semalam tidur dengan nyaman tanpa terbangun di malam hari karena badannya mulai lebih enak dan area tempat tidur yang nyaman, pasien mengatakan setelah kemarin di ajarkan

melakukan gerakan ROM pasif beberapa area badannya terasa lebih baik daripada kemarin, area kaki terasa lebih ringan dari hari sebelumnya, setelah diajarkan gerakan ROM pasif pasien mengatakan mulai mencoba sendiri. Selanjutnya data objektif yang didapat seperti pasien terlihat lebih baik dalam penampilan seperti sudah tidak terlalu pucat dan lemah, pergerakan pasien masih terlihat kaku, beberapa aktivitas masih dibantu oleh keluarga pasien seperti jalan ke kamar mandi, kekuatan otot pasien sebelum dan sesudah melakukan ROM 5/5, pasien terlihat duduk ditepi tempat tidur mandiri tanpa bantuan keluarga.

Hari selasa 18 Februari 2024 pukul 07.55 WIB, melakukan implementasi diagnosa ketiga **penurunan curah jantung** berhubungan dengan perubahan kontraktilitas, implementasi keempat dilakukan dengan mengidentifikasi tanda atau gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, ortopnea), memonitor keluhan nyeri dada. Setelah dilakukan implementasi dari intervensi tersebut didapatkan hasil data subjektif seperti pasien mengatakan saat beraktivitas ringan seperti jalan ke kamar mandi masih merasakan kelelahan dan merasakan lemah saat berjalan atau berdiri ditempat, pasien mengatakan dada kirinya sudah tidak merasakan nyeri, saat berbaring sudah tidak merasakan sesak napas. Data objektif seperti pasien terlihat sesak napas sudah berkurang, otot bantu napas tidak terlihat, pasien terlihat lebih nyaman saat posisi semi fowler dengan

kaki posisi nyaman diatas bantal, saat diberikan teknik relaksasi napas dalam pasien terlihat lebih nyaman secara pernapasan.

Hari rabu 19 Februari 2025 pukul 16.08 WIB, melakukan implementasi diagnosa **pertama pola napas tidak efektif**. Implementasi pertama dilakukan pukul 07.30 WIB dengan melakukan memonitor bunyi dan pola napas pasien, memonitor bunyi napas tambahan. Selanjutnya data subjektif yang didapatkan pada pasien mengatakan sudah tidak merasakan sesak napas, nyeri di dada kiri perlahan sudah hilang. Selanjutnya data objektif didapatkan pasien terlihat tidak menggunakan alat bantu napas, pola napas membaik, suara napas tambahan tidak terdengar, respirasi: 20x/menit, Spo2: 99%.

Hari rabu 19 Februari 2024 pukul 16.20 WIB, melakukan implementasi diagnosa kedua **intoleransi aktivitas** berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplei dan kebutuhan oksigen, Implementasi ketiga dilakukan memonitor pola dan jam tidur, melakukan latihan rentang gerak pasif dan atau aktif, menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap. Setelah dilakukan implementasi dari intervensi tersebut didapatkan hasil data subjektif seperti pasien mengatakan semalam tidur pukul 20.30 WIB sampai pagi tanpa terbangun di malam hari, pasien mengatakan setelah beberapa kali melakukan gerakan ROM pasif badannya terasa ringan. Dan didapatkan data objektif pasien terlihat mencoba melakukan gerakan

ROM sendiri, terlihat mengulang kembali gerakan ROM yang sudah diajarkan, skala kekuatan otot pasien sebelum dan sesudah dilakukan ROM 5/5, kaki yang awalnya nyeri karena asam urat mulai mendingan, aktivitas mulai dilakukan mandiri, terkadang masih dibantu oleh keluarga,

Hari rabu 19 Februari 2024 pukul 16.29 WIB, melakukan implementasi diagnosa ketiga **penurunan curah jantung** berhubungan dengan perubahan kontraktilitas, implementasi keempat dilakukan dengan mengidentifikasi tanda atau gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, ortopnea), memonitor keluhan nyeri dada. Setelah dilakukan implementasi dari intervensi tersebut didapatkan hasil data subjektif seperti pasien mengatakan sudah tidak merasakan sesak napas dan nyeri dada kiri, saat beraktivitas kelelahan yang dirasakan mulai berkurang. Data objektif pasien terlihat lebih baik dari hari sebelumnya, tidak terlihat sesak napas, otot bantu napas, atau suara napas tambahan.

b. Pasien Tn. N

Hari senin 17 Februari 2024 pukul 15.35 WIB, melakukan implementasi diagnosa pertama **pola napas tidak efektif**. Implementasi pertama dilakukan pukul 15.35 dengan melakukan memonitor bunyi pola napas pasien, memonitor bunyi napas tambahan, memposisikan semi fowler atau fowler, dan mengkolaborasi pemberian terapi oksigen. Setelah dilakukan implementasi dari intervensi tersebut

didapatkan hasil data subjektif seperti keluarga pasien mengatakan merasa sesak napas dan napas terasa berat, napas terasa engap atau ngos-ngosan. Selanjutnya data objektif yang diperoleh seperti pasien terlihat lemah, pucat, berkeringat berlebih, respirasi: 26x/menit, Spo2: 96% menggunakan O2 nasal kanul 4-6 Lpm. Pola napas dyspnea, terdapat otot bantu pernapasan, TD: 140/90 mmHg, nadi: 80x/menit.

Hari senin 17 Februari 2024 pukul 15.42 WIB, melakukan implementasi diagnosa kedua **hipervolemia**. Implementasi kedua dilakukan pukul 15.42 WIB, dengan melakukan memeriksa tanda dan gejala hipervolemia pada pasien, memonitor status hemodinamik seperti tekanan darah, memonitor intake dan output cairan pasien dan memberikan posisi dengan cara tinggikan kepala tempat tidur 30-40 derajat, mengolaborasi pemberian diuretic. Setelah dilakukan implementasi dari intervensi tersebut didapatkan hasil data subjektif seperti keluarga pasien mengatakan pasien mengalami sesak napas dan kaki bengkak. Dan selanjutnya data objektif yang didapatkan pada pasien seperti, terlihat edema anasarca dibagian kedua kaki pasien, hasil foto thorax: Cardiomegali, edema pulmo, masih mungkin disertai bronkopneumonia, suspek efusi pleura dupleks, terdengar ronkhi minimal, intake cairan pukul 11.00-16.00 WIB sekitar 400 ml dan output cairan sekitar 300 ml sehingga balance cairan -100 ml, pasien terlihat di posisikan semi fowler, diberikan diuretic furosemide 12A/24 jam sesuai advis dokter.

Hari senin 17 Februari 2024 pukul 15.47 WIB, melakukan implementasi diagnosa ketiga **intoleransi aktivitas** berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplei dan kebutuhan oksigen. Implementasi ketiga dilakukan mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, memonitor pola dan jam tidur, menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan), melakukan latihan rentang gerak pasif dan atau aktif, memfasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan, menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap. Setelah dilakukan implementasi didapatkan data subjektif dari pasien seperti, pasien mengatakan sesak napas, sesak saat beraktivitas, mengeluh cepat lelah, selama sakit pasien dapat tidur, namun saat pasien sering terbangun karena merasakan sesak napas, pasien merasa tidak nyaman dan gelisah. Selanjutnya data objektif yang didapatkan terlihat pasien sesak napas menggunakan otot bantu napas, pasien terlihat di posisi semi fowler, terlihat sepanjang hari pasien hanya tiduran, pasien setuju dilakukan ROM pasif, sebelum dan sesudah dilakukan ROM skala kekuatan otot pasien 2/5 ekstremitas atas bawah dan skala ketergantungan 70 yang artinya ketergantungan sebagian dan mengikuti sesuai dengan yang diajarkan, saat melakukan ROM terlihat ada beberapa bagian kaki yang pasien lumayan kesusahan untuk melakukan ROM seperti di tekuk, pasien terlihat tidak mampu untuk melakukan aktivitas sederhana seperti duduk di

tepi tempat tidur, saat berpindah posisi miring kanan kiri perlu bantuan keluarga.

Hari senin 17 Februari 2024 pukul 15.52 WIB, melakukan implementasi diagnosa keempat **penurunan curah jantung** berhubungan dengan perubahan kontraktilitas. Implementasi keempat dilakukan mengidentifikasi tanda atau gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, ortopnea), memonitor keluhan nyeri dada, memposisikan pasien semi-Fowler atau Fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman, memberikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress. Setelah dilakukan implementasi dari intervensi tersebut didapatkan hasil data subjektif seperti pasien mengatakan sesak napas, pasien mengatakan dada terasa tertekan, terlihat pasien diposisikan femi fowler. Dan data objektif yang didapatkan dari pasien seperti, pasien terlihat berkeringat berlebih, pandangan melemah, terlihat pucat, dikolaborasi dengan pemberian obad cedocard 5 mg/jam.

Hari selasa 18 Februari 2025 pukul 08.00 WIB, melakukan implementasi diagnosa pertama **pola napas tidak efektif**. Implementasi pertama dilakukan pukul 08.00 WIB dengan melakukan memonitor bunyi dan pola napas pasien, memonitor bunyi napas tambahan, memposisikan Semi-Fowler atau Fowler, dan kolaborasi pemberian oksigen. Selanjutnya didapatkan data subjektif dari pasien seperti, pasien mengatakan, masih merasakan sesak napas seperti

sebelumnya, napas terasa engap atau ngos-ngosan. Selanjutnya data objektif yang didapatkan pada pasien, respirasi: 26x/menit, Spo2: 96%., pasien diberikan O2 nasal kanul 4-6 L/menit, Pola napas dyspnea, terdapat otot bantu pernapasan, TD: 140/90 mmHg, nadi: 80x/menit.

Hari Selasa 18 Februari 2024 pukul 08.08 WIB, melakukan implementasi diagnosa kedua **hipervolemia**. Implementasi kedua dilakukan pukul 08.08 WIB, dengan melakukan memeriksa tanda dan gejala hipervolemia pada pasien, memonitor status hemodinamik seperti tekanan darah, memonitor intake dan output cairan pasien dan memberikan posisi dengan cara meninggikan kepala tempat tidur 30-40 derajat, mengolaborasi pemberian diuretic. Setelah dilakukan implementasi dari intervensi tersebut didapatkan hasil data subjektif seperti pasien mengatakan masih mengalami sesak napas dan kaki kanan kiri masih bengkak. Dan selanjutnya data objektif yang didapatkan pada pasien terlihat masih sesak napas, seperti terlihat edema anasarka dibagian kedua kaki pasien, intake cairan pukul 04.00-07.00 WIB sekitar 250 ml dan output cairan sekitar 120 ml sehingga balance cairan -130 ml, pasien terlihat di posisikan semi fowler, diberikan diuretic furosemide sesuai advis dokter.

Hari Selasa 18 Februari 2024 pukul 08.15 WIB, melakukan implementasi diagnosa ketiga **intoleransi aktivitas** berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

Implementasi ketiga dilakukan, memonitor pola dan jam tidur, menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan), melakukan latihan rentang gerak pasif dan atau aktif, memfasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan, menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap. Setelah dilakukan implementasi didapatkan data subjektif dari pasien seperti, pasien mengatakan saat beristirahat maupun sedang melakukan ROM merasakan sesak napas, mengeluh cepat lelah, semalam pasien dapat tidur mulai pukul 20.30 WIB, namun saat pasien masih sering terbangun karena merasakan sesak napas, pasien merasa tidak nyaman dan gelisah. Selanjutnya data objektif yang didapatkan terlihat pasien saat dilakukan ROM area ekstremitas bawah yaitu kaki kanan dan kiri kaku dan berat, sebelum dan sesudah dilakukan implementasi ROM skala kekuatan otot pasien 2/5 ekstremitas atas bawah dan skala ketergantungan 70 yang artinya ketergantungan sebagian masih sama seperti hari kemarin saat mencoba di ajarkan pada gerakan ROM yang lebih spesifik didaerah jari-jari kaki terasa kaku dan sulit digerakan, pasien terlihat berbaring ditempat tidur seharian, saat akan mencoba untuk mengubah posisi ke duduk pasien terlihat kesusahan, saat diajarkan untuk melakukan aktivitas secara bertahap seperti miring kanan kiri pasien terlihat kesusahan dan kesakitan, saat berpindah posisi miring kanan kiri terlihat butuh

bantuan keluarga, terlihat semua aktivitas pasien dibantu oleh keluarga seperti makan, minum, BAB, mengganti baju, dll.

Hari Selasa 18 Februari 2024 pukul 15.31 WIB, melakukan implementasi diagnosa keempat **penurunan curah jantung** berhubungan dengan perubahan kontraktilitas. Implementasi keempat dilakukan mengidentifikasi tanda atau gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, ortopnea), memonitor keluhan nyeri dada, memposisikan pasien semi-Fowler atau Fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman, memberikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress. Setelah dilakukan implementasi dari intervensi tersebut didapatkan hasil data subjektif seperti pasien mengatakan masih merasakan sesak napas seperti kemarin, pasien mengatakan dada terasa seperti tertekan. Dan data objektif yang didapatkan dari pasien seperti, pandangan melemah, terlihat pucat, napas terlihat berat, pasien terlihat diajarkan teknik napas dalam untuk mengurangi stress,

Hari Rabu 19 Februari 2025 pukul 17.05 WIB, melakukan implementasi diagnosa pertama **pola napas tidak efektif**. Implementasi pertama dilakukan pukul 17.05 WIB dengan melakukan memonitor bunyi dan pola napas pasien, memonitor bunyi napas tambahan, memposisikan Semi-Fowler atau Fowler, dan kolaborasi pemberian oksigen. Selanjutnya didapatkan data subjektif dari pasien seperti, pasien mengatakan masih merasakan sesak napas seperti sebelumnya, napas terasa engap atau ngos-ngosan. Selanjutnya data

objektif yang didapatkan pada pasien, respirasi: 24x/menit, Spo2: 95%, pasien diberikan O2 nasal kanul 4-6 L/menit, pola napas dyspnea, terdapat otot bantu pernapasan, TD: 142/90 mmHg, nadi: 80x/menit.

Hari rabu 19 Februari 2024 pukul 17.12 WIB, melakukan implementasi diagnosa kedua **hipervolemia**. Implementasi kedua dilakukan pukul 17.12 WIB, dengan melakukan memeriksa tanda dan gejala hipervolemia pada pasien, memonitor status hemodinamik seperti tekanan darah, memonitor intake dan output cairan pasien dan memberikan posisi dengan cara meninggikan kepala tempat tidur 30-40 derajat, mengolaborasi pemberian diuretic. Setelah dilakukan implementasi dari intervensi tersebut didapatkan hasil data subjektif seperti pasien mengatakan masih mengalami sesak napas dan kaki kanan kiri masih bengkak belum ada perubahan. Dan selanjutnya data objektif yang didapatkan pada pasien terlihat masih sesak napas, terlihat edema anasarka dibagian kedua kaki pasien, intake cairan pukul 11.00-16.00 WIB sekitar 300 ml dan output cairan sekitar 190 ml sehingga balance cairan -110 ml, pasien terlihat di posisikan semi fowler, diberikan diuretic furosemide sesai advis dokter.

Hari rabu 19 Februari 2024 pukul 15.23 WIB, melakukan implementasi diagnosa ketiga **intoleransi aktivitas** berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplei dan kebutuhan oksigen. Implementasi ketiga dilakukan, memonitor pola dan jam tidur, menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya,

suara, kunjungan), melakukan latihan rentang gerak pasif dan atau aktif, memfasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan, menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap. Setelah dilakukan implementasi didapatkan data subjektif dari pasien seperti, pasien mengatakan saat beristirahat atau berbaring maupun sedang melakukan ROM merasakan sesak napas, mengeluh cepat lelah, semalam pasien dapat tidur mulai pukul 20.00 WIB, namun pasien masih sering terbangun karena merasakan sesak napas, pasien merasa tidak nyaman karena badannya dan gelisah. Selanjutnya data objektif yang didapatkan terlihat pasien saat dilakukan ROM area ekstremitas bawah yaitu kaki kanan dan kiri kaku dan berat, sebelum dan sesudah melakukan implementasi ROM skala kekuatan otot pasien 2/5 ekstremitas atas bawah dan skala ketergantungan 70 yang artinya ketergantungan sebagian saat mencoba mengulang gerakan ROM yang telah diajarkan kemarin pada gerakan ROM yang lebih spesifik didaerah jari-jari kaki terasa kaku dan sulit digerakan namun digerakan lain pasien mulai terbiasa seperti abduksi dan aduksi, pasien terlihat berbaring ditempat tidur seharian tanpa mengubah posisi seperti duduk, saat akan mencoba untuk mengubah posisi ke duduk pasien terlihat kesusahan dan tetap tidak bisa karena kelemahan dan rasa yang kurang nyaman pada area kaki, saat diajarkan untuk melakukan aktivitas secara bertahap seperti miring kanan kiri pasien terlihat kesusahan dan kesakitan, saat mencoba merubah posisi pasien sekuat

tenaga mencoba namun napas pasien terlihat lebih ngos-ngosan, saat berpindah posisi miring kanan kiri terlihat butuh bantuan keluarga, terlihat semua aktivitas pasien masih dibantu oleh keluarga seperti makan, minum, BAB, mengganti baju, dll.

Hari rabu 19 Februari 2024 pukul 15.35 WIB, melakukan implementasi diagnosa keempat **penurunan curah jantung** berhubungan dengan perubahan kontraktilitas. Implementasi keempat dilakukan mengidentifikasi tanda atau gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, ortopnea), memonitor keluhan nyeri dada, memposisikan pasien semi-Fowler atau Fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman, memberikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress. Setelah dilakukan implementasi dari intervensi tersebut didapatkan hasil data subjektif seperti pasien mengatakan masih merasakan sesak napas seperti kemarin, pasien masih menggunakan O2 nasal kanul 4-6L/menit, pasien mengatakan dada terasa seperti tertekan namun sudah sedikit berkurang dari hari kemarin. Dan data objektif yang didapatkan dari pasien seperti, pandangan melemah, terlihat pucat, napas terlihat berat.

14. Evaluasi Keperawatan

a. Pasien Tn. M

Hari Senin, 17 Februari 2024 pukul 15.05 WIB, diagnosa pertama **pola napas tidak efektif** berhubungan dengan hambatan upaya napas. Data subjektif seperti pasien mengatakan merasa sesak

napas, dan nyeri dada sebelah kiri, data objektif seperti pola napas pasien terlihat dyspnea, pasien tampak lemah dan pucat, retraksi dada minimal, respirasi: 24x/menit, Spo2: 98%, pasien terlihat menggunakan otot bantu napas tambahan minimal, pasien terlihat sesak napas saat terlentang atau tiduran, memposisikan pasien semi fowler dengan kolaborasi pemberian O2 nasal kanul 3L/menit. Analisa data masalah belum teratasi lanjutkan planning memonitor bunyi pola napas pasien, memonitor bunyi napas tambahan, memposisikan semi fowler atau fowler, dan mengkolaborasi pemberian terapi oksigen.

Hari senin 17 Februari 2024 pukul 15.05 WIB, diagnosa kedua **hipervolemia** berhubungan dengan gangguan mekanisme regular. Data subjektif seperti pasien mengatakan sesak napas, pasien mengatakan minum sehari 1,5 L, data objektif seperti tidak terlihat adanya pembengkakan pada bagian ekstremitas atas maupun bawah, TD: 134/87 mmHg, intake cairan mulai pukul 12.00-15.00: kurang lebih 1 gelas kecil setara 200-300 ml, output cairan: 150 ml, balance cairan: kurang lebih 100 ml, pasien terlihat di posisi semi fowler, pasien terlihat lebih nyaman dengan posisi semi fowler saat sesak napas, diberikan obat sesuai anjuran dokter diuretic yaitu furosemid. Analisa data masalah belum teratasi lanjutkan planning memonitor intake dan output cairan pasien dan memberikan posisi dengan cara meninggikan kepala tempat tidur 30-40 derajat, mengkolaborasi pemberian diuretic.

Hari senin 17 Februari 2024 pukul 15.23 WIB, diagnosa ketiga **intoleransi aktivitas** berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplei dan kebutuhan oksigen. Data subjektif seperti pasien mengatakan sering merasa kelelahan dan sesak napas saat beraktifitas terutama aktivitas ringan, pasien mengatakan dokter memberitahu untuk mengurangi aktivitas yang menyebabkan kelelahan. Data objektif seperti pasien terlihat tirah baring saat berada di rumah sakit, terlihat saat pasien beraktivitas dibantu oleh keluarga, sebelum melakukan ROM ekstremitas atas dan bawah normal dengan skala kekuatan otot 5/5, pasien terlihat melakukan ROM pasif, setelah mengajarkan ROM pasif didapatkan pasien mampu melakukan ROM dengan mandiri, setelah diajarkan melakukan aktivitas secara bertahap seperti duduk di tempat tidur sampai berjalan ke kamar mandi pasien terlihat lemah dan perlu bantuan untuk duduk dan berjalan. Analisa data masalah belum teratasi lanjutkan planning mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, melakukan latihan rentang gerak pasif dan atau aktif, memfasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan, menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap.

Hari senin 17 Februari 2024 pukul 15.31 WIB, diagnosa keempat **penurunan curah jantung** berhubungan dengan perubahan kontraktilitas. Data subjektif seperti pasien mengatakan sesak napas saat beraktivitas ringan atau berat, pasien mengatakan dada kiri nyeri,

saat berbaring sesak napas dirasakan semakin berat, data objektif seperti pasien terlihat sesak napas, otot bantu napas terlihat minimal, pasien terlihat lebih nyaman saat posisi semi fowler dengan kaki posisi nyaman diatas bantal, saat diberikan teknik relaksasi napas dalam pasien terlihat lebih nyaman secara pernapasan. Analisa data masalah belum teratasi lanjutkan planning mengidentifikasi tanda atau gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, ortopnea), memonitor keluhan nyeri dada, memposisikan pasien semi-Fowler atau Fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman, memberikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress.

Hari Selasa 18 Februari 2025 pukul 07.30 WIB, diagnosa pertama **pola napas tidak efektif** berhubungan dengan hambatan upaya napas. Data subjektif seperti pasien mengatakan sesak napas sudah mulai berkurang, data objektif seperti pasien terlihat masih lemas, pucat mulai berkurang, terlihat nyaman saat berbaring tidak lagi sesak napas, terlihat pasien tidak lagi menggunakan O2 nasal kanul, respirasi: 22x/menit, Spo2: 98%. Analisa data masalah teratasi sebagian lanjutkan planning memonitor bunyi dan pola napas pasien, memonitor bunyi napas tambahan.

Hari Selasa 18 Februari 2024 pukul 07. 37 WIB, diagnosa kedua **hipervolemia** berhubungan dengan gangguan mekanisme regular. Data subjektif seperti pasien mengatakan pasien pasien minum mulai pukul 04.00-07.00 sekitar 250 ml sama dengan 1 gelas kecil dan

buang air kecil sekitar 140 ml. Data objektif seperti TD: 130/80 mmHg, intake cairan 200 dan output cairan sekitar 120, dari hasil tersebut didapatkan balance cairan sekitar 80 ml. Analisa data masalah teratasi intervensi dihentikan.

Hari Selasa 18 Februari 2024 pukul 07.48 WIB, diagnosa ketiga **intoleransi aktivitas** berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplei dan kebutuhan oksigen. Data subjektif pasien mengatakan setelah kemarin di ajarkan melakukan gerakan ROM pasif beberapa area badannya terasa lebih baik daripada kemarin, area kaki terasa lebih ringan dari hari sebelumnya, setelah diajarkan gerakan ROM pasif pasien mengatakan mulai mencoba sendiri. Data objektif seperti pasien terlihat pucat dan lemah, pergerakan pasien masih terlihat kaku, beberapa aktivitas masih dibantu oleh keluarga pasien seperti jalan ke kamar mandi, kekuatan otot pasien sebelum dan sesudah melakukan ROM 5/5, pasien terlihat duduk ditepi tempat tidur mandiri tanpa bantuan keluarga. melakukan latihan rentang gerak pasif dan atau aktif, memfasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan, menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap. Analisa data masalah teratasi sebagian lanjutkan planning melakukan latihan rentang gerak pasif dan atau aktif, memfasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan, menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap.

Hari Selasa 18 Februari 2024 pukul 07.55 WIB, diagnosa keempat **penurunan curah jantung** berhubungan dengan perubahan kontraktilitas. Data subjektif seperti pasien mengatakan dada kirinya sudah tidak merasakan nyeri, saat berbaring sudah tidak merasakan sesak napas. Data objektif seperti pasien terlihat sesak napas sudah berkurang, otot bantu napas tidak terlihat. Analisa data masalah teratasi sebagian lanjutkan planning memonitor keluhan nyeri dada.

Hari Rabu 19 Februari 2025 pukul 16.08 WIB, melakukan implementasi diagnosa **pertama pola napas tidak efektif** berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Data subjektif seperti pasien mengatakan sudah tidak merasakan sesak napas, nyeri di dada kiri perlahan sudah hilang, data objektif seperti pasien terlihat tidak menggunakan alat bantu napas, pola napas membaik, suara napas tambahan tidak terdengar, respirasi: 20x/menit, Spo2: 99%. Analisa data masalah teratasi intervensi dihentikan.

Hari Rabu 19 Februari 2024 pukul 16.20 WIB, diagnosa ketiga **intoleransi aktivitas** berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Data subjektif pasien mengatakan setelah beberapa kali melakukan gerakan ROM pasif badannya terasa ringan, mencoba melakukan gerakan ROM sendiri, terlihat mengulang kembali gerakan ROM yang sudah diajarkan, skala kekuatan otot pasien sebelum dan sesudah dilakukan ROM 5/5, kaki yang awalnya

nyeri karena asam urat mulai mendingan, aktivitas mulai dilakukam mandiri, terkadang masih dibantu oleh keluarga. Data objektif seperti pasien terlihat mencoba melakukan gerakan ROM sendiri, terlihat mengulang kembali gerakan ROM yang sudah diajarkan, skala kekuatan otot pasien sebelum dan sesudah dlakukan ROM 5/5, kaki yang awalnya nyeri karena asam urat mulai mendingan, aktivitas mulai dilakukam mandiri, terkadang masih dibantu oleh keluarga. Analisa data masalah teratasi intervensi dihentikan.

Hari rabu 19 Februari 2024 pukul 16.29 WIB, diagnosa keempat **penurunan curah jantung** berhubungan dengan perubahan kontraktilitas. Data subjektif seperti pasien mengatakan sudah tidak merasakan sesak napas dan nyeri dada kiri, saat beraktivitas kelelahan yang dirasakan mulai berkurang. Data objektif seperti pasien terlihat lebih baik dari hari sebelumnya, tidak terlihat sesak napas, otot bantu napas, atau suara napas tambahan.

b. Pasien Tn. N

Hari senin 17 Februari 2024 pukul 15.35 WIB, diagnosa pertama **pola napas tidak efektif** berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplei dan kebutuhan oksigen. Data subjektif seperti pasien mengatakan mengatakan merasa sesak napas dan napas terasa berat, napas terasa engap atau ngos-ngosan. Data objektif seperti pasien terlihat lemah, pucat, berkeringat berlebih, respirasi: 26x/menit, Spo2: 96% menggunakan O2 nasal kanul 4-6

Lpm. Pola napas dyspnea, terdapat otot bantu pernapasan, TD: 140/90 mmHg, nadi: 80x/menit. Analisa data masalah belum teratasi lanjutkan planning memonitor bunyi pola napas pasien, memonitor bunyi napas tambahan, memposisikan semi fowler atau fowler, dan mengkolaborasi pemberian terapi oksigen.

Hari senin 17 Februari 2024 pukul 15.42 WIB, diagnosa kedua **hipervolemia** berhubungan dengan gangguan mekanisme regular. Data subjektif seperti pasien mengatakan pasien mengalami sesak napas dan kaki bengkak. Data objektif seperti pasien seperti, terlihat edema anasarca dibagian kedua kaki pasien, hasil foto thorax: Cardiomegali, edema pulmo, masih mungkin disertai bronkopneumonia, suspek efusi pleura dupleks, terdengar ronkhi minimal, intake cairan pukul 11.00-16.00 WIB sekitar 400 ml dan output cairan sekitar 300 ml sehingga balance cairan -100 ml, pasien terlihat di posisikan semi fowler, diberikan diuretic furosemide 12A/24 jam sesuai advis dokter. Analisa data masalah belum teratasi lanjutkan planning melakukan memeriksa tanda dan gejala hipervolemia pada pasien, memonitor status hemodinamik seperti tekanan darah, memonitor intake dan output cairan, mengkolaborasi pemberian diuretic.

Hari senin 17 Februari 2024 pukul 15.47 WIB, diagnosa ketiga **intoleransi aktivitas** berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplei dan kebutuhan oksigen. Data subjektif seperti pasien mengatakan sesak napas, sesak saat beraktivitas, dan mengeluh cepat lelah. Data

objektif seperti, terlihat sepanjang hari pasien hanya tiduran, pasien setuju dilakukan ROM pasif, sebelum dan sesudah dilakukan ROM skala kekuatan otot pasien 2/5 ekstremitas atas bawah dan skala ketergantungan 70 yang artinya ketergantungan sebagian dan mengikuti sesuai dengan yang diajarkan, saat melakukan ROM terlihat ada beberapa bagian kaki yang pasien lumayan kesusahan untuk melakukan ROM seperti di tekuk, pasien terlihat tidak mampu untuk melakukan aktivitas sederhana seperti duduk di tepi tempat tidur, saat berpindah posisi miring kanan kiri perlu bantuan keluarga. Analisa data masalah belum teratasi lanjutkan planning mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, melakukan latihan rentang gerak pasif dan atau aktif, memfasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan, menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap.

Hari senin 17 Februari 2024 pukul 15.52 WIB, diagnosa keempat **penurunan curah jantung** berhubungan dengan perubahan kontraktilitas. Data subjektif seperti pasien mengatakan sesak napas, pasien mengatakan dada terasa tertekan, terlihat pasien diposisikan femi fowler. Data objektif seperti pasien terlihat berkeringat berlebih, pandangan melemah, terlihat pucat, dikolaborasi dengan pemberian obat cedocard 5 mg/jam. Analisa data masalah belum teratasi lanjutkan planning mengidentifikasi tanda atau gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, ortopnea),

memonitor keluhan nyeri dada, memposisikan pasien semi-Fowler atau Fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman, memberikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress.

Hari Selasa 18 Februari 2025 pukul 08.00 WIB, diagnosa pertama **pola napas tidak efektif** berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplei dan kebutuhan oksigen. Data subjektif pasien mengatakan masih merasakan sesak napas seperti sebelumnya, napas terasa engap atau ngos-ngosan. Data objektif seperti respirasi: 26x/menit, Spo2: 96%., pasien diberikan O2 nasal kanul 4-6 L/menit, Pola napas dyspnea, terdapat otot bantu pernapasan, TD: 140/90 mmHg, nadi: 80x/menit. Analisa data masalah belum teratasi lanjutkan planning memonitor bunyi dan pola napas pasien, memonitor bunyi napas tambahan, memposisikan Semi-Fowler atau Fowler, dan kolaborasi pemberian oksigen.

Hari Selasa 18 Februari 2024 pukul 08.08 WIB, diagnosa kedua **hipervolemia** berhubungan dengan gangguan mekanisme regular. Data subjektif seperti pasien mengatakan masih mengalami sesak napas dan kaki kanan kiri masih bengkak. Data objektif seperti pasien terlihat masih sesak napas, seperti terlihat edema anasarka dibagian kedua kaki pasien, intake cairan pukul 04.00-07.00 WIB sekitar 250 ml dan output cairan sekitar 120 ml sehingga balance cairan -130 ml, pasien terlihat di posisikan semi fowler, diberikan diuretic furosemide sesuai advis dokter. Analisa data masalah belum teratasi lanjutkan

planning melakukan memeriksa tanda dan gejala hipervolemia pada pasien, memonitor status hemodinamik seperti tekanan darah, memonitor intake dan output cairan pasien dan memberikan posisi dengan cara meninggikan kepala tempat tidur 30-40 derajat, mengolaborasi pemberian diuretic.

Hari Selasa 18 Februari 2024 pukul 08.15 WIB, diagnosa ketiga **intoleransi aktivitas** berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplei dan kebutuhan oksigen. Data subjektif seperti pasien mengatakan saat beristirahat maupun sedang melakukan ROM merasakan sesak napas, mengeluh cepat lelah. Data objektif seperti terlihat pasien saat dilakukan ROM area ekstremitas bawah yaitu kaki kanan dan kiri kaku dan berat, sebelum dan sesudah dilakukan implementasi ROM skala kekuatan otot pasien 2/5 ekstremitas atas bawah dan skala ketergantungan 70 yang artinya ketergantungan sebagian masih sama seperti hari kemarin saat mencoba di ajarkan pada gerakan ROM yang lebih spesifik didaerah jari-jari kaki terasa kaku dan sulit digerakan, pasien terlihat berbaring ditempat tidur seharian, saat akan mencoba untuk mengubah posisi ke duduk pasien terlihat kesusahan, saat diajarkan untuk melakukan aktivitas secara bertahap seperti miring kanan kiri pasien terlihat kesusahan dan kesakitan, saat berpindah posisi miring kanan kiri terlihat butuh bantuan keluarga, terlihat semua aktivitas pasien dibantu oleh keluarga seperti makan, minum, BAB, mengganti baju, dll. Analisa data

masalah belum teratasi lanjutkan planning melakukan latihan rentang gerak pasif dan atau aktif, memfasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan, menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap.

Hari Selasa 18 Februari 2024 pukul 15.31 WIB diagnosa keempat **penurunan curah jantung** berhubungan dengan perubahan kontraktilitas. Data subjektif seperti pasien mengatakan masih merasakan sesak napas seperti kemarin, pasien mengatakan dada terasa seperti tertekan. Data objektif seperti pandangan melemah, terlihat pucat, napas terlihat berat, pasien terlihat diajarkan teknik napas dalam untuk mengurangi stress. Analisa data masalah belum teratasi lanjutkan planning mengidentifikasi tanda atau gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, ortopnea), memonitor keluhan nyeri dada, memberikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress.

Hari Rabu 19 Februari 2025 pukul 17.05 WIB, diagnosa pertama **pola napas tidak efektif** berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplei dan kebutuhan oksigen. Data subjektif pasien mengatakan masih merasakan sesak napas seperti sebelumnya, napas terasa engap atau ngos-ngosan. Data objektif seperti respirasi: 24x/menit, Spo2: 95%, pasien diberikan O2 nasal kanul 4-6 L/menit, pola napas dyspnea, terdapat otot bantu pernapasan, TD: 142/90 mmHg, nadi: 80x/menit. Analisa data masalah belum

teratasi lanjutkan planning memonitor bunyi dan pola napas pasien, memonitor bunyi napas tambahan, memposisikan Semi-Fowler atau Fowler, dan kolaborasi pemberian oksigen.

Hari rabu 18 Februari 2024 pukul 17.12 WIB, diagnosa kedua **hipervolemia** berhubungan dengan gangguan mekanisme regular. Data subjektif seperti pasien mengatakan masih mengalami sesak napas dan kaki kanan kiri masih bengkak belum ada perubahan. Data objektif seperti pasien terlihat masih sesak napas, terlihat edema anasarka dibagian kedua kaki pasien, intake cairan pukul 11.00-16.00 WIB sekitar 300 ml dan output cairan sekitar 190 ml sehingga balance cairan -110 ml, pasien terlihat di posisikan semi fowler, diberikan diuretic furosemide sesuai advis dokter. Analisa data masalah belum teratasi lanjutkan planning, memeriksa tanda dan gejala hipervolemia pada pasien, memonitor status hemodinamik seperti tekanan darah, memonitor intake dan output cairan pasien, mengolaborasi pemberian diuretic.

Hari rabu 19 Februari 2024 pukul 15.23 WIB, diagnosa ketiga **intoleransi aktivitas** berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplei dan kebutuhan oksigen. Data subjektif seperti pasien mengatakan saat beristirahat atau berbaring maupun sedang melakukan ROM merasakan sesak napas dan mengeluh cepat lelah. Data objektif seperti terlihat pasien saat dilakukan ROM area ekstremitas bawah yaitu kaki kanan dan kiri kaku dan berat, sebelum dan sesudah melakukan

implementasi ROM skala kekuatan otot pasien 2/5 ekstremitas atas bawah dan skala ketergantungan 70 yang artinya ketergantungan sebagian saat mencoba mengulang gerakan ROM yang telah diajarkan kemarin pada gerakan ROM yang lebih spesifik didaerah jari-jari kaki terasa kaku dan sulit digerakan namun digerakan lain pasien mulai terbiasa seperti abduksi dan aduksi, pasien terlihat berbaring ditempat tidur seharian tanpa mengubah posisi seperti duduk, saat akan mencoba untuk mengubah posisi ke duduk pasien terlihat kesusahan dan tetap tidak bisa karena kelemahan dan rasa yang kurang nyaman pada area kaki, saat diajarkan untuk melakukan aktivitas secara bertahap seperti miring kanan kiri pasien terlihat kesusahan dan kesakitan, saat mencoba merubah posisi pasien sekuat tenaga mencoba namun napas pasien terlihat lebih ngos-ngosan, saat berpindah posisi miring kanan kiri terlihat butuh bantuan keluarga, terlihat semua aktivitas pasien masih dibantu oleh keluarga seperti makan, minum, BAB, mengganti baju, dll. Analisa data masalah belum teratasi lanjutkan planning melakukan latihan rentang gerak pasif dan atau aktif, memfasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan, menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap.

Hari rabu 19 Februari 2024 pukul 15.35 WIB, diagnosa keempat **penurunan curah jantung** berhubungan dengan perubahan kontraktilitas. Data subjektif seperti pasien mengatakan masih

merasakan sesak napas seperti kemarin, pasien masih menggunakan O2 nasal kanul 4-6L/menit, pasien mengatakan dada terasa seperti tertekan namun sudah sedikit berkurang dari hari kemarin. Data objektif seperti pandangan melemah, terlihat pucat, napas terlihat berat. Analisa data masalah sebagian teratasi lanjutkan planning mengidentifikasi tanda atau gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, ortopnea), dan memberikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress.

B. Pembahasan

Pada pembahasan penulis akan membahas mengenai asuhan keperawatan pada Tn. M dan Tn. N dengan implementasi penerapan ROM (pasif) terhadap rentang gerak pasien pada pasien dengan masalah keperawatan intoleransi aktivitas di ruang Baitulizzah 1 di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang pada tanggal 17-19 Februari 2025. Pembahasan ini akan dibahas sesuai dengan teori dan kejadian langsung dengan keadaan pasien. Pembahasan ini dimulai dari pengkajian, diagnosa intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan. menurut Herdman (2015), intoleransi aktivitas ialah ketidakmampuan fisik dalam memenuhi kebutuhan energi untuk melakukan aktifitas harian, baik yang bersifat sehari-hari atau aktivitas yang diinginkan.

1. Pengkajian

Pengkajian dilakukan oleh penulis menggunakan metode wawancara dan observasi langsung pada pasien. Dalam hasil pengkajian studi kasus yang dilakukan pada pasien Tn. M mengalami sesak napas,

sesak napas muncul dan memberat setelah melakukan aktivitas, dan merasakan nyeri pada area dada sebelah kiri. Sedangkan Tn. N mengalami sesak napas dan badan membengkak terutama kaki. Penyebabnya CHF adalah adanya gangguan pada jantung baik secara fungsional maupun struktural, yang menghambat pengisian ventrikel atau aliran darah ke sirkulasi sistemik.

2. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan dari data pengkajian pasien diatas didapatkan 3 diagnosa berikut:

- a. Pola napas tidak efektif b.d hambatan upaya napas (SDKI, D.0005)

Diagnosa pertama yang ditegakan oleh penulis adalah pola napas tidak efektif karena pasien atas nama Tn. M dan Tn. N mengalami hambatan upaya dalam napas, dibuktikan dengan Tn. M mengalami sesak napas, sesak napas muncul dan memberat setelah melakukan aktivitas dengan, Respirasi: 24x/menit Nadi: 85x/menit, SpO_2 : 98%. Sedangkan Tn. N mengalami sesak napas dengan Respirasi: 26x/menit, Nadi: 80x/menit, SpO_2 : 96%.

Menurut tim pokja SDKI (2016), pola napas tidak efektif adalah inspirasi dan atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat.

Oleh karena itu penulis menegaskan diagnosa keperawatan pola napas tidak efektif karena menjadi diagnosa yang paling penting karena bersifat mendesak, mudah diidentifikasi, dan memiliki dampak

sistematik pada pasien. Penanganan harus segera dilakukan untuk mencegah komplikasi seperti gagal napas atau kerusakan organ.

b. Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regular (SDKI, D.0022)

Diagnosa kedua yang ditegakkan dalam studi kasus ini adalah hipervolemia. Penulis menegakkan diagnosa hipervolemia karena pasien atas nama Tn. N mengalami pembengkakan dikaki kanan dan kiri. Menurut tim pokja SDKI (2016), Hipervolemia adalah peningkatan volume cairan intravaskuler, interstisial, dan atau intraseluler. Penanganan cepat perlu dilakukan untuk mencegah kematian seluler, gagal organ multiple, dan kematian.

c. Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplei dan kebutuhan oksigen (SDKI, D.0056)

Diagnosa ketiga yang diteggakkan penulis adalah intoleransi aktivitas. Penulis menegakkan diagnosa intoleransi aktivitas disebabkan pasien Tn. M mengalami pembatasan aktivitas yang diakibatkan oleh sesak napas, saat beraktivitas ringan maupun berat mengalami sesak napas. Sedangkan pasien Tn. N mengalami keterbatasan aktivitas dikarenakan adanya edema anasarka di bagian tangan yang diakibatkan oleh pemasangan infus dan edema di bagian kaki kanan dan kiri, dan pasien saat beraktivitas mengalami sesak napas. Menurut tim pokja SDKI (2016), intoleransi aktivitas adalah ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Karena itu intoleransi aktivitas harus

segera ditangani karena dapat menyebabkan kemunduran fisik, dan ketergantungan total pada orang lain.

d. Penurunan curah jantung b.d perubahan kontraktilitas (SDKI, D.0008)

Diagnosa keempat yang ditegakkan pasien dalam studi kasus ini adalah penurunan curah jantung. Penulis menegakkan diagnosa ini karena adanya tekanan darah pasien tidak stabil, oliguria. Lelah, pusing, atau penurunan kesadaran, dan takikardia. Menurut tim pokja SDKI (2016), penurunan curah jantung adalah ketidakmampuan jantung memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh. Oleh karena itu penanganan pada diagnosa penurunan curah jantung harus dilakukan karena dapat mencegah keusakan organ vital seperti otak, ginjal, paru-paru, menghindari syok & kematian mendadak, dan dapat meningkatkan kualitas hidup pasien.

3. Intervensi Keperawatan

Pada tahap ini penulis menyusun rencana intervensi keperawatan sesuai dengan kondisi pasien, sehingga dapat memenuhi kriteria hasil dan tujuan yang diharapkan pada asuhan keperawatan ini.

Intervensi diagnosa pertama yaitu pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas. Penulis melakukan beberapa intervensi bagi pasien selama 3x7 jam, maka diharapkan pola napas membaik, dengan kriteria hasil dispnea dapat menurun, penggunaan otot bantu napas menurun, ortopnea menurun, frekuensi napas membaik. Tindakan yang akan di berikan kepada pasien atas nama pasien Tn. M dan Tn. N adalah

memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas), memonitor bunyi napas tambahan (mis. gurgiling, mengi, wheezing, ronkhi kering), kemudian memposisikan Semi-Fowler atau Fowler, dan mengkolaborasi pemberian berikan oksigen pada pasien. Pada tahap ini pasien atas nama Tn. M mengalami peningkatan keadaan seperti dalam hari kedua implementasi sesak napas mulai berkurang, menjadikan penulis sedikit kesulitan untuk menerapkan beberapa intervensi yang telah ditentukan sesuai dengan kondisi pasien. Sedangkan pada pasien Tn. N tidak menunjukkan adanya kemajuan kondisi, sebaliknya kondisi pasien dari hari ke hari tidak ada perubahan justru semakin memburuk.

Intervensi diagnosa kedua yaitu hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regular, penulis melakukan beberapa intervensi bagi pasien selama 3x7 jam, maka keseimbangan cairan meningkat, dengan kriteria hasil sebagai, edema dapat menurun, intake cairan dapat membaik, tekanan nadi dapat membaik, tekanan darah dapat membaik. Tindakan yang akan di berikan kepada pasien atas nama pasien Tn. N seperti memeriksa tanda dan gejala hipervolemia pada pasien, memonitor status hemodinamik seperti tekanan darah, memonitor intake dan output cairan pasien, dan memberikan posisi dengan cara meninggikan kepala tempat tidur 30-40 derajat. Pada tahap ini pasien Tn. M mengalami edema anasarka dibagian tangan karena pemasanga infus dann edema pada kedua kaki pasien, dalam beberapa hari penulis menjadwalkan intervensi hipervolemi mengalami kesusahan dalam menganalisi input dan output pasien, karena

keluarga pasien tidak mengontrol output pasien, sehingga penulis kesulitan dalam mengevaluasi balance cairan pasien.

Intervensi diagnosa ketiga yaitu intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplei dan kebutuhan oksigen, penulis melakukan beberapa intervensi bagi pasien selama 3x7 jam, maka toleransi aktivitas meningkat, dengan kriteria hasil sebagai kemudahan melakukan aktivitas sehari-hari meningkat, keluhan lelah menurun, dispnea saat aktivitas menurun, dispnea setelah beraktivitas menurun, saturasi oksigen membaik, frekuensi napas membaik. Tindakan yang akan di berikan kepada pasien atas nama pasien Tn. M dan Tn. N adalah seperti mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, memonitor pola dan jam tidur, menyediakan lingkungan nyaman, melakukan latihan rentang gerak pasif dan atau aktif, memfasilitasi duduk di sisi tempat tidur dan menganjurkan pasien melakukan aktivitas secara bertahap. Pada tahap ini pasien atas nama Tn. M mengalami pembatasan aktivitas seperti berjalan ke kamar mandi dan dianjurkan dokter untuk bed rest, namun pasien terkadang melanggar anjuran dokter dan tetap ke kamar mandi. Pada saat implementasi ROM (pasif) pasien dapat melakukan sesuai yang diajarkan oleh penulis, dan skala kekuatan pasien semakin baik dan ketergantungan pasien semakin berkurang yang artinya pasien mulai mandiri. Sedangkan pasien Tn, N mengalami hambatan rentang gerak, pasien dalam keadaan bed rest total tidak bisa leluasa dalam beraktivitas terutama rentang gerak pasien yang sangat minim karena

adanya edema anasarka dan sesak napas. Saat mengimplementasikan ROM pasien sangat kesulitan, dan tubuh pasien mengalami kaku terutama dibagian kaki, dalam beberapa hari intervensi sangat sulit untuk penulis melakukan implementasi pasien karena minim kemajuan dalam rentang gerak. Dan didapatkan skala kekuatan

Intervensi keempat yaitu penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas penulis melakukan beberapa intervensi bagi pasien selama 3x7 jam, maka curah jantung meningkat, dengan kriteria hasil sebagai, kekuatan nadi perifer meningkat, warna kulit pucat menurun, edema perifer menurun, ortopnea menurun, tekanan darah membaik, pengisian kapiler membaik. Tindakan yang akan di berikan kepada pasien atas nama pasien Tn. M dan Tn. N adalah seperti mengidentifikasi tanda atau gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema, ortopnea), memonitor saturasi oksigen, memonitor keluhan nyeri dada, memposisikan pasien semi-Fowler atau Fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman, memberikan oksigen, dan menganjurkan pasien beraktivitas fisik secara bertahap. Pada tahap ini pasien atas nama Tn. M dan Tn. N mengalami tekanan darah yang tidak stabil, nyeri dada sebelah kiri, dan mengalami kelelahan. Namun pasien Tn. N butuh beberapa hari untuk sedikit mengurangi keluhan nyeri di dada.

4. Implementasi Keperawatan

Penulis melakukan implementasi selama 3 hari mulai dari 17-19 Februari 2025 sesuai dengan diagnosa dan intervensi yang telah di tegakkan.

Pada diagnosa petama yaitu pola napas tidak efektif, penulis fokus mengimplementasikan pada pasien Tn. M dan Tn. N denga memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas), memonitor bunyi napas tambahan (mis. gurgiling, mengi, wheezing, ronkhi kering), kemudian memposisikan Semi-Fowler atau Fowler, dan mengkolaborasi pemberian berikan oksigen pada pasien.

Pada diagnosa kedua yaitu hipervolemia, penulis focus mengimplementasikan pada pasien Tn. M dan pasien Tn. N dengan memeriksa tanda dan gejala hipervolemia pada pasien, memonitor status hemodinamik seperti tekanan darah, memonitor intake dan output cairan pasien.

Pada diagnosa ketiga yaitu intoleransi aktivitas, penulis focus mengimplentasikan pada pasien Tn. N dan Tn. N dengan melatih rentang gerak pasif dan atau aktif, memfasilitasi duduk di sisi tempat tidur dan menganjurkan pasien melakukan aktivitas secara bertahap.

Pada diagnosa keempat yaitu penurunan curah jantung, penulis focus mengimplementasikan pada pasien Tn. M dan Tn. M dengan mengidentifikasi tanda atau gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema, ortopnea), memonitor keluhan nyeri

dada, memposisikan pasien semi-Fowler atau Fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman.

5. Evaluasi Keperawatan

Pada evaluasi diagnosa pola napas tidak efektif selama 3 hari data subjektif didapat dari pasien Tn. M mengatakan pola napas pasien semakin membaik, data objektif terlihat tidak ada otot bantu napas, saturasi oksigen 98%. Sedangkan data subjektif yang didapatkan dari Tn. N seperti pasien mengatakan masih merasakan sesak napas, lalu data objektif terlihat pasien masih menggunakan O2 nasal kanul, menggunakan otot bantu pernapasan, dan saturasi oksigen pasien belum stabil.

Pada evaluasi diagnosa hipervolemia selama 3 hari data subjektif yang didapat dari pasien Tn. N mengatakan kaki kanan dan kiri masih bengkak, data objektif yang didapat terlihat kaki pasien masih bengkak belum ada perubahan.

Pada diagnosa ketiga intoleransi aktivitas selama 3 hari data subjektif didapat dari pasien Tn. M mengatakan mulai melakukan aktivitas mandiri dan masih didampingi oleh keluarga, lalu data objektif yang didapat seperti skala ketergantungan dengan orang lain mulai berkurang. Sedangkan pasien Tn. N mengatakan masih lemas, Lelah, badannya terasa kaku, lalu data objektif seperti mulai dari hari pertama hingga hari ketiga tidak ada perubahan yang signifikan dalam rentak gerak pasien, pasien masih bed rest total, masih ketergantungan dengan keluarga.

Pada diagnosa keempat penurunan curah jantung selama 3 hari data subjektif didapat dari pasien Tn. M mengatakan nyeri dada mulai berkurang, lalu data ojektif yang didapat seperti keadaan pasien mulai membaik. Sedangkan Tn. N mengatakan masih merasakan nyeri dada, lalu data objektif terlihat pasien diberi obat cedocard 5mg/jam.

C. Keterbatasan studi

Dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien dan terutama melakukan program penerapan ROM (pasif) pada pasien, penulis memiliki keterbatasan dalam studi kasus ini sebagai berikut:

1. Selama proses pengkajian pasien Tn. M dan Tn. N kooperatif kepada penulis dan terbuka dalam semua informasi yang terkait dengan kondisi pasien, namun saat melakukan implementasi pasien Tn. N memiliki keterbatasan karena hambatan rentang gerak yang mengakibatkan kurang maksimal dalam mengimplementasikan ROM pada pasien.
2. Pada saat melakukan implementasi pada pasien Tn. N mengalami sedikit hambatan dikareakan saat pasien beraktivitas lebih menyebabkan sesak napas.
3. Penulis harus berhati-hati dalam melakukan ROM pada pasien Tn. N karena ekstremitas bagian kaki pasien terdapat edema dan terasa kaku saat digerakan.

- 4.
5. Pada saat melakukan penerapan ROM pada pasien penulis kurang teliti akan perubahan TTV pasien setelah dilakukan ROM, sehingga hasil dari implementasi ROM pasien hanya terdapat TTV sebelum pasien di implementasi dengan ROM



BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Gagal jantung adalah kondisi dimana jantung tidak mampu memompa darah secara optimal ke seluruh tubuh. Resiko gagal jantung kongestif (CHF) meningkat pada lansia akibat penurunan fungsi ventrikel yang terjadi akibat proses penuaan. Gagal jantung (CHF) yang tidak ditangani dengan tepat menimbulkan komplikasi yang serius, seperti edema paru, infark miokard akut, syok kardiogenik, emboli limpa, gangguan fungsi motorik, hingga gangguan penglihatan (Stilwell, 2011). Biasanya pasien yang mengalami CHF akan mengalami intoleransi aktivitas karena adanya hambatan gerak, intoleransi aktivitas adalah ketidakmampuan tubuh menyelesaikan aktivitas sehari-sehari yang biasa dilakukan. Pada pasien gagal jantung kongestif dengan masalah intoleransi aktivitas terjadi akibat ketidakcukupan energi yang dibutuhkan untuk melakukan aktivitas secara berkala (Herdman & Kamissuru, 2018). Sehingga pasien yang mengalami intoleransi aktivitas membutuhkan implementasi *Range of Motion* (ROM), yaitu latihan gerak sendi dimana pasien menggerakkan setiap persendiannya sesuai dengan gerakan normal baik secara aktif maupun pasif (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Berdasarkan dari asuhan keperawatan yang telah dilakukan, dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Pengkajian

Tahap pengkajian pasien Tn M mengeluhkan sesak napas, sesak napas muncul dan memberat setelah melakukan aktivitas, dan merasakan nyeri pada area dada sebelah kiri. Sedangkan pasien Tn. N mengeluhkan sesak napas dan badan membengkak terutama kaki.

2. Diagnosa

Diagnosa yang ditegakkan yang sesuai dengan kondisi pasien dan dilakukan dengan metode wawancara dan observasi. Penulis menegakkan 4 diagnosa yaitu pola napas tidak efektif, hipervolemia, intoleransi aktivitas, dan penurunan curah jantung.

3. Intervensi

Perencanaan keperawatan yang telah disusun sesuai dengan kondisi pasien dan mengikuti arahan sesuai SIKI, didapatkan pertama pola napas tidak efektif dengan memonitor pola napas, monitor bunyi napas tambahan, memberikan oksigen dan posisi semiFowler. Diagnosa kedua hipervolemia dengan memeriksa tanda dan gejala hipervolemi, monitor intake dan output cairan. Diagnosa ketiga intoleransi aktivitas melakukan latihan rentang gerak pasif dan aktif, memfasilitasi duduk di sisi tempat tidur, dan melakukan aktivitas secara bertahap. Diagnosa keempat penurunan curah jantung dengan mengidentifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung, monitor keluhan nyeri dada, dan memberikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress.

4. Implementasi

Implementasi dilakukan selama 3 hari mulai dari tanggal 17-19 Februari 2025, implementasi dilakukan sesuai dengan intervensi yang sudah di susun dan disesuaikan dengan kondisi pasien.

5. Evaluasi

Hasil dari implementasi penerapan ROM (pasif) terhadap rentang gerak pada pasien Tn. M diagnosa pola napas tidak efektif masalah teratasi, diagnosa intoleransi aktivitas masalah teratasi, dan diagnosa penurunan curah jantung masalah teratasi. Sedangkan pada pasien Tn. N dengan diagnosa pola napas tidak efektif masalah belum teratasi, diagnosa hipervolemia masalah belum teratasi, diagnosa intoleransi aktivitas masalah belum teratasi, dan diagnosa penurunan curah jantung masalah teratasi sebagian.

B. Saran

1. Bagi pasien

Bagi pasien kedepannya lebih menjaga kesehatan, rutin minum obat sesuai yang dianjurkan, jangan lupa berolahraga, dan lebih memperhatikan atau menjaga pola hidup.

2. Bagi penulis

Bagi penulis diharapkan dapat lebih teliti lagi dalam melakukan asuhan keperawatan terutama pada implementasi ROM sebelum dan sesudah melakukan ROM dan aktivitas yang di terapkan.

3. Bagi profesi keperawatan

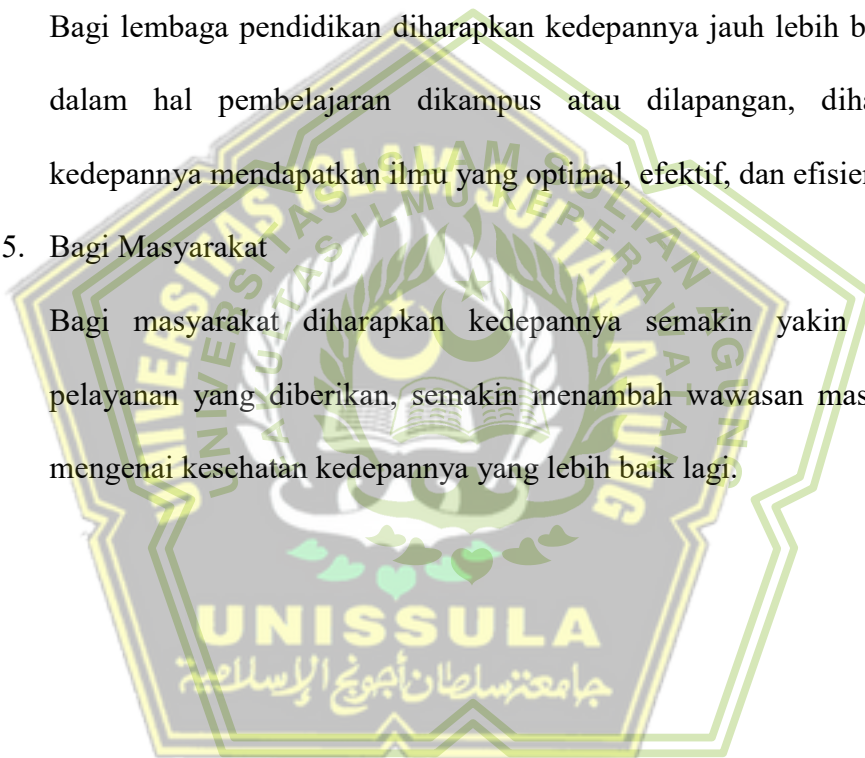
Bagi profesi keperawatan kedepannya lebih baik lagi dalam pelayanan dan komunikasi sehingga pasien kedepannya jauh lebih nyaman dalam pelayanan dan antara pasien dengan profesi keperawatan saling percaya.

4. Bagi institute Pendidikan

Bagi lembaga pendidikan diharapkan kedepannya jauh lebih baik lagi dalam hal pembelajaran di kampus atau dilapangan, diharapkan kedepannya mendapatkan ilmu yang optimal, efektif, dan efisien.

5. Bagi Masyarakat

Bagi masyarakat diharapkan kedepannya semakin yakin dengan pelayanan yang diberikan, semakin menambah wawasan masyarakat mengenai kesehatan kedepannya yang lebih baik lagi.



DAFTAR PUSTAKA

- Abdillah, A., Istiqomah, I. N., Kurnianto, S., & Khovifah, N. (2022). The Effectiveness of Range of Motion (ROM) on Increasing Muscle Strength in Stroke Patients: Literature Review. *Nursing and Health Sciences Journal (NHSJ)*, 2(2), 137–142. <https://doi.org/10.53713/nhs.v2i2.118>
- Akhmad, A. N. (2018). Kualitas hidup pasien Gagal Jantung Kongestif (GJK) Berdasarkan karakteristik Demografi. *Jurnal Keperawatan Soedirman*, 11(1), 27. <https://doi.org/10.20884/1.jks.2016.11.1.629>
- Ardiansyah, M. (2012). *Keperawatan medikal bedah*. DIVA Press.
- Bakara, D. M., & Warsito, S. (2016). Latihan Range Of Motion (ROM) pasif terhadap rentang sendi pasien pasca stroke. *Idea Nursing Journal*, 7(2), 12–18.
- Doenges, M. E. (2012). *Rencana Asuhan Keperawatan: Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*. EGC.
- Herdman, T. H., & Kamitsuru. (2018). *Diagnosis Keperawatan Definisi dan Klasifikasi*. EGC.
- Hidayah, N., & Wahyuningsy, E. S. (2018). The Relationship Between Compliance Use of Drugs and Readmission Case on Congestive Heart Failure (CHF) Patients at ICCU Tidar Magelang Hospital. *Jurnal Kesehatan Vokasional*, 3(1), 1–10. <https://doi.org/10.33023/jikep.v4i1.128>
- Kasron. (2012). *Kelainan dan Penyakit Jantung*. Nuha Medika.
- Kasron. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Sistem Kardiovaskuler*. Trans Info Media.
- Majid, A. (2019). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Kardiovaskular*. Pustaka Baru.
- Muttaqin, A. (2017). *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Salemba Medika.
- Nettina. (2002). *Pedoman Praktek Keperawatan*. EGC.
- Nurarif, A. ., & Kusuma, H. (2016). *Asuhan Keperawatan Praktis*. Mediacion.
- Nurkhalis, & Adista, R. J. (2020). Manifestasi Klinis dan Tatalaksana Gagal Jantung. *Jurnal Kedokteran Nanggroe Medika*, 3(3), 36–46. <https://jknamed.com/jknamed/article/view/106>
- Nursalam. (2020). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis*. Salemba Medika.
- Potter, P. ., & Perry, A. . (2005). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik*. EGC.

- Purba, R. A., Mawati, A. T., Ardiana, D. P. Y., Pramusita, S. M., Bermuli, J. E., Purba, S. R. F., Sinaga, K., Mardiana, N., Rofiki, I., & Recard, M. (2021). *Media dan Teknologi Pembelajaran*. Yayasan Kita Menulis.
- Purwowiyoto, S. L. (2018). Gagal Jantung Akut. *Cermin Dunia Kedokteran*, 45(4), 310. <https://cdkjournal.com/index.php/cdk/article/download/806/720/1051>
- Ramadhani, F. N. (2020). *Asuhan Keperawatan Pasien dengan Gagal Jantung Kongestif yang dirawat di Rumah Sakit*. Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
- Restiani, D., Jundapri, K., & Susyanti, D. (2023). Kegawatdaruratan Primary dan Secondary Survey pada Pasien Congestive Heart Failure (CHF) di Rumah Sakit Tk II Putri Hijau Medan. *PubHealth Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 2(1), 30–47. <https://doi.org/10.56211/pubhealth.v2i1.322>
- Siswanto, B. B., Hersunarti, N., Erwinanto, Barack, R., Pratikto, R. S., Nauli, S. E., & Lubis, A. C. (2015). *Pedoman Tatalaksana Gagal Jantung Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia 2015*. Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia.
- Smeltzer, & Bare. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. EGC.
- Tandean, F. A. (2020). *Peranan Global Longitudinal Strain Dan Global Circumferential Strain Pada Echo Heart Failure Score Sebagai Prediktor Readmisi Dalam 60 Hari Pada Penderita Gagal Jantung Kongestif Dengan Disfungsi Sistolik Ventrikel Kiri Di Kota Makassar* [Universitas Makassar]. https://repository.unhas.ac.id/id/eprint/22564/2/C116216106_tesis_bab_1-2.pdf
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik* (1st ed.). DPP PPNI.
- Whitney, F. (1960). *The Element Of Research*. Prentic-Hall.
- Widuri, H. (2010). *Kebutuhan Dasar Manusia Aspek Mobilitas Rehat Tidur*. Gosyen Publishing.
- Yunita, A., Nurcahyati, S., & Utami, S. (2020). Gambaran Tingkat Pengetahuan Pasien Tentang Pencegahan Komplikasi Congestive Heart Failure (Chf). *Jurnal Ners Indonesia*, 11(1), 98. <https://doi.org/10.31258/jni.11.1.98-107>