

KARYA ILMIA NERS (KIAN)
ANALISIS PRAKTIK KEPERAWATAN PADA PASIEN
CONGESTIVE HEART FAILURE (CHF) DENGAN
INTERVENSI PEMBERIAN POSISI SEMI FOWLER 45°
TERHADAP PENURUNAN CURAH JANTUNG DI RUANG
ISTALASI GAWAT DARURAT RSUD JAYAPURA
Sebagai Salah Syarat Untuk Mencapai Gelar Profesi Ners



Diajukan oleh :

VIRGINIA MONICA OHEE, S.Tr. Kep
NIM.PO.71.20.9.20.052

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES JAYAPURA
PROGRAM STUDI PROFESI NERS
JURUSAN KEPERAWATAN
TAHUN 2021

HALAMAN PERSETUJUAN KIAN

**ANALISIS PRAKTIK KEPERAWATAN PADA PASIEN
CONGESTIVE HEART FAILURE (CHF) DENGAN
INTERVENSI PEMBERIAN POSISI SEMI FOWLER 45°
TERHADAP PENURUNAN CURAH JANTUNG**

Disusun dan Diajukan oleh :

VIRGINIA MONICA OHEE, S.Tr. Kep
NIM. PO.71.20.9.20.052

Menyetujui

Pembimbing Utama

Guruh Suprayitno , S.Kep.,NS
NIP. 197903162006041006

Mengetahui
Ketua Program Studi Profesi Ners

Blestina Maryorita, S.Kep.,NS.,SP.Msi.,MSN
NIP. 198009182001121004

HALAMAN PENGESAHAN KIAN
ANALISIS PRAKTIK KEPERAWATAN PADA PASIEN
CONGESTIVE HEART FAILURE (CHF) DENGAN
INTERVENSI PEMBERIAN POSISI SEMI FOWLER 45°
TERHADAP PENURUNAN CURAH JANTUNG

Disusun dan diajukan oleh:

VIRGINIA MONICA OHEE
NIM.PO.71.20.9.20.052

Telah dipertahankan di depan Dewan penguji sidang
Program Studi Profesi Ners Jurusan Keperawatan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura dan dinyatakan....

Jayapura, Agustus 2021

Susunan Dewan Penguji

Ketua Penguji :

Anggota Penguji :

Pembimbing Utama :

Ketua Jurusan Keperawatan

Ketua Program Profesi Ners

Korinus Suweni, S.Kep., Ns, M.Sc

NIP.19770609200003201

Blestina Maryorita, S.Kep., NS., SP.Msi., MSN

NIP. 198009182001121004

PERNYATAAN KEASLIAN KIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : VIRGINIA MONICA OHEE, S.Tr. Kep
NIM : PO.71.20.9.20.052
Program Studi : PROFESI NERS JURUSAN KEPERAWATAN
Judul Kian : ANALISIS PRAKTIK KEPERAWATAN PADA PASIEN
CONGESTIVE HEART FAILURE (CHF) DENGAN
INTERVENSI PEMBERIAN POSISI SEMI FOWLER 45°
TERHADAP PENURUNAN CURAH JANTUNG

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa kian yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan skripsi ini hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Jayapura, Agustus 2021

Yang menyatakan

Virginia Monica Ohee, S.Tr. Kep

HALAMAN PERSEMBAHAN/MOTO

" Orang hebat tidak dihasilkan dari kemudahan, kesenangan,dan kenyamanan
Mereka dibentuk melalui kesulitan, tantangan, dan air mata"
(Dahlan Iskan)

Kian ini saya persembahkan untuk :

1. Tuhan Yesus Kristus Sang Juruselamat yang telah memberikan kemudahan dan kelancaran dalam menyelesaikan kian ini.
2. Ibu Hermelina Tokoro tercinta yang telah mendukung, memotivasi, pengorbanan dan kasih sayang yang tidak pernah henti.
3. Suami tericinta Adolof Andatu yang setia mensupport
4. Keluarga besar yang selalu membantu dan memberikan dukungan kepada penulis.

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur dipanjatkan kepada Tuhan yang Maha Esa atas segala Hikmat karunia dan kehendak-Nya lah penulis dapat menyelesaikan penyusunan kian ini. Seiring Doa semoga kita selalu dalam lindungannya.

Kian dengan judul " Analisis Praktik Keperawatan Pada Pasien Congestive Heart Failure (CHF Dengan Intervensi Pemberian Posisi Semi Fowler 45° terhadap Penurunan Curah Jantung Analisis ini diajukan sebagai syarat meraih gelar profesi ners.

Penulis menyadari penulisan Kian ini tidak akan berjalan sesuai kerangka pikir apabila tidak memperoleh dukungan, bantuan, bimbingan dari berbagai pihak, Oleh karena itu di sampaikan rasa terima kasih yang sebesar - besarnya kepada. :

1. Dr. Arwam Hermanus Markus Zeth, SE., M.Kes., D.Min. selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura
2. Korinus Suweni, S.Kep.,Ns.,M.Sc selaku Ketua Jurusan Keperawatan.
3. Blestina Maryorita, S.Kep.,NS.,SP.Msi.,MSN selaku Ketua Program Studi Proefesi Ners jurusan Keperawatan.
4. Guruh Suprayitno , S.Kep.,NS selaku Pembimbing utama yang tak pernah lelah untuk mengingatkan , mensupport dan penyabar selalu mengajarkan untuk penulis menyelesaikan kian ini. Doa kami sehat selalu umur panjang dan jadiberkat buat semua orang.
5. Bapak/Ibu dosen di lingkungan Jurusan Keperawatan khususnya Dosen Program Studi Profesi Ners yang telah mendidik penulis selama perkuliahan.
6. Angkatan 2020 Prodi Ners Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura saya ucapkan trima kasih untuk suka, duka, canda, tawa selama proses perkuliahan.
7. Mama Tercinta yang selama ini sekaligus jadi ayah bagi saya yang selalu memberikan dukungan Trimakasih untuk Kesetiaan dan pengorbanan .
8. Suami tercinta yang selalu mendukung dan mensupport

9. Bapak Gembala Dominggus Pangkali yang selalu menopang dengan Doa
10. Keluarga Besar yang selalu mendukung dan memberikan motivasi dalam menyelesaikan kian ini.
11. Sahabat tersayang Lissa Korano
12. Semua Pihak yang telah membantu penulis yang tidak dapat saya sebutkan satu -persatu saya ucapkan trima kasih.

Akhir kata penulis mengucapkan terima kasih kepada seluruh pihak yang telah membantu dan memberikan dukungan. Penulis juga menyadari masih terdapat banyak kekurangan, sehingga diharapkan saran demi kesempurnaan kian ini.

ABSTRAK

VIRGINIA MONICA OHEE, Program Studi Profesi Ners Jurusan Keperawatan, Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura, membuat tugas akhir, *“Analisis Praktik Keperawatan Pada Pasien Congestive Heart Failure (CHF) Dengan Intervensi Pemberian Posisi Semi Fowler 45° Terhadap Penurunan Curah Jantung Di Ruang Instalasi Gawat Darurat RSUD Jayapura”*

Congestive Heart Failure (CHF) merupakan kelainan fungsi jantung yang tidak mampu untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh. Salah satu gejala klinis adalah sesak nafas merupakan kurangnya oksigen yang masuk keparu-paru. Posisi fowler sebagai salah satu tindakan keperawatan yang mampu mengurangi sesak nafas sehingga asupan oksigen meningkat dan sesak nafas berkurang. Tujuan penelitian ini yaitu untuk menganalisa pengaruh posisi fowler terhadap perubahan saturasi oksigen pada pasien Congestive Heart Failure (CHF) yang mengalami sesak nafas. Study kasus ini menggunakan desain studi kasus Deskriptif. Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien Congestive Heart Failure (CHF) di IGD RSUD Jayapura. Jumlah responden sebanyak 2 responden. Studi kasus ini dilakukan pada bulan juli 2021. Alat pengumpulan data dengan lembar asuhan keperawatan. Hasil studi menunjukkan bahwa pre test pasien CHF di IGD RS Roemani mengalami sesak nafas. Pasien pertama dengan RR: 26x/menit dengan SpO₂ 94%. Pasien kedua mengalamisesak nafas dengan RR: 28x/menit dan SpO₂ 95%. Hasil post test setelah memposisikan fowler selama 15 menit mendapatkan hasil pada responden pertama RR: 20x/menit, SpO₂ 99%, pada responden kedua hasil RR: 22x/menit, SpO₂ 98% Tindakan memposisikan fowler pada pasien dengan CHF berpengaruh dalam peningkatan saturasi oksigen bagi pasien.

Key Word: Congestive Heart Failure, Saturasi Oksigen, Posisi Semi Fowler

ABSTRACT

VIRGINIA MONICA OHEEThe Nursing Profession Study Program of the Department of Nursing, Health Polytechnic of the Ministry of Health Jayapura, made a final project, "*Analysis of Nursing Practices in Congestive Heart Failure (CHF) Patients With Intervention of 45° Semi Fowler Position Against Decreased Cardiac Output in the Emergency Room of Jayapura Hospital, "*

Congestive Heart Failure (CHF) is a heart function disorder that is unable to meet the body's metabolic needs. One of the clinical symptoms is shortness of breath is a lack of oxygen entering the lungs. Fowler's position as one of the nursing actions that can reduce shortness of breath so that oxygen intake increases and shortness of breath decreases. The purpose of this study was to analyze the effect of Fowler's position on changes in oxygen saturation in Congestive Heart Failure (CHF) patients who experience shortness of breath. This case study uses a descriptive case study design. The population in this study were all patients with Congestive Heart Failure (CHF) in the emergency department of RSUD Jayapura. The number of respondents as many as 2 respondents. This case study was conducted in July 2021. Data collection tool with nursing care sheets. The results of the study showed that the pre-test of CHF patients in the emergency room at Roemani Hospital experienced shortness of breath. The first patient with RR: 26x/minute with 94% SpO₂. The second patient experienced shortness of breath with RR: 28x/min and 95% SpO₂. Post test results after positioning the fowler for 15 minutes got results in the first responder RR: 20x/minute, SpO₂ 99%, in the second respondent the results RR: 22x/minute, SpO₂ 98% The act of positioning the fowler in patients with CHF has an effect on increasing oxygen saturation for patient

Key Words: *Congestive Heart Failure, Oxygen Saturation, Semi Fowler's Position*

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN JUDUL SAMPUL DEPAN	
HALAMAN JUDUL PADA HALAMAN DALAM.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
PERNYATAAN KEASLIAN KIAN.....	iv
HALAMAN PERSEMBAHAN/MOTTO.....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
ABSTRAK.....	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR GAMBAR.....	xii
ARTI LAMBANG DAN SINGKATAN.....	xiv

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang.....	
B. Tujuan penulisan.....	
C. Manfaat Penelitian.....	

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Teori Congestive Heart Failure (CHF)	
B. Teori posisi semi fowler.....	
C. Teori penurunan curah jantung.....	

BAB III TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian.....	
B. Klasifikasi data.....	
C. Analisa Data.....	
D. Rencana Asuhan Keperawatan.....	
E. Implementasi.....	

F. Evaluasi.....

G. Catatan perkembangan.....

BAB IV PEMBAHASAN

A. Analisa Kasus Terkait Teori.....

B. Analisa Kasus Sesuai
Kelolaan.....

C. Analisa salah satu intervensi sesuai konsep dan hasil
penelitian.....

D. Alternatif Pemecahan Masalah

BAB V PENUTUP

E. Kesimpulan.....

F. Saran.....

DAFTAR GAMBAR

No. Gambar	Judul	Halaman
Gambar 1	Anatomi Jantung	
Gambar 2	Kedudukan Jantung	
Gambar 3	katub-katub jantung	
Gambar 4	Posisi semi fowler	

ARTI LAMBANG DAN SINGKATAN

ISTILAH/ SINGKATAN ARTI DAN KEPANJANGAN

CHF	: congestive heart failure
AHA	: American Heart Association
ACE	: Angiotensin Converting Enzyme
ARB	: Angiotensin Receptor Blocker
WHO	: World Health Organization

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 latar belakang

Penyakit gagal jantung atau sering disebut CHF (Congestive Heart Failure) merupakan suatu kondisi fisiologis ketika jantung tidak mampu memompa darah, yang cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik. Akibat dari kondisi ini organ ini tidak mampu lagi memompa cukup darah ke seluruh tubuh. Pada tekanan yang seharusnya penyebab gagal jantung terjadi karena adanya katup jantung yang rusak, melemahnya ruang jantung atau ventrikel kiri yang bertugas memompa darah ke seluruh tubuh dan akibat kakunya ventrikel sebelah kiri, sehingga jantung sulit terisi darah gejala gagal jantung kongestif (CHF) seperti distress pernapasan dengan dispneu maupun takikardi, ortopnea, batuk, perut penuh, nokturia, ansietas, fatigue, gallop s3, crackles didaerah basal paru, kadang kadang mengi, hati membesar lunak, kardiomegali, efusi pleura kanan kiri, dan edema (wiliam, 2018).

CHF terjadi karena perubahan fungsi sistolik dan diastolik ventrikel kiri. Jantung mengalami kegagalan karena efek struktural atau penyakit intrinsik, sehingga tidak dapat menangani jumlah darah yang tidak dapat melakukan toleransi peningkatan volume darah mendadak (Black & Hawks, 2014). Penyebab gagal jantung yang paling sering ditemukan tiap individu memiliki lebih dari satu faktor risiko yang berkontribusi pada gagal jantung Hipertensi, Obesitas dan diabetes melitus yang meningkat pada populasi pada peningkatan kejadian gagal jantung. Penyakit gagal jantung termasuk dalam masalah kesehatan yang terjadi di masyarakat dan telah meliputi secara global. Angka kejadian dan prevalensi gagal ginjal terus menerus meningkat dan CHF

merupakan penyebab kematian nomor 1 di dunia menurut data *American Heart Association* terdapat 5,3 juta orang menderita gagal jantung 660.000 kasus baru terdiagnosis tiap tahunnya dengan perbandingan insiden 10/1000 populasi pada usia lebih 65 tahun Indonesia menduduki peringkat ke - 4 penderita gagal jantung kongestif terbanyak di Asia Tenggara setelah negara Filipina, Myanmar dan Laos (WHO, 2016)

Secara global angka kejadian gagal jantung meningkat setiap tahunnya Di Indonesia berdasarkan hasil dari Riset Kesehatan Dasar prevalensi gagal jantung pada umur lebih dari 15 tahun sebesar 0,13% atau diperkirakan sekitar 229.696 orang . CHF menduduki peringkat ke-4 sebagai penyebab kematian di seluruh dunia pada masalah kesehatan dengan gangguan sistem kardiovaskular termasuk CHF masih menduduki peringkat yang tinggi, CHF telah melibatkan 23 juta penduduk di dunia. Sekitar 4,7 orang menderita CHF di Amerika (1,5-2% dari total populasi) dengan tingkat insiden 550.000 kasus per tahun sekitar 400-450 kasus *infark miokard* setiap tahunnya (Irnizarifka, 2015). Dalam pengobatan gagal jantung, ada beberapa golongan obat untuk terapi farmakologik terdiri atas golongan *Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor* (ACE Inhibitor), *Angiotensin Receptor Blocker* (ARB), Diuretik, Penyekat Beta, Antagonis Aldosteron, Nitrat dan glikosida jantung. Penggunaan *ACE Inhibitor* untuk gagal jantung telah didukung berbagai uji klinik, terbukti dapat mengurangi mortalitas dan morbiditas pada semua pasien gagal jantung. *ACE Inhibitor* merupakan terapi lini pertama untuk pasien dengan fungsi sistolik ventrikel kiri yang menurun, yakni dengan fraksi ejeksi di bawah normal (<40-45%), dengan atau tanpa gejala *Angiotensin-converting enzyme* (ACE) inhibitor atau penghambat enzim pengubah angiotensin adalah kelompok obat yang digunakan untuk mengobati hipertensi, gagal jantung,

dan gagal ginjal kronis. Obat ini membuat dinding pembuluh darah rileks sehingga tekanan darah dapat menurun. ACE inhibitor bekerja dengan cara menghambat enzim dalam tubuh untuk memproduksi hormon angiotensin II, yaitu zat yang dapat menyempitkan pembuluh darah dan meningkatkan kerja jantung. Dengan begitu, dinding pembuluh darah akan melebar dan kerja jantung menjadi lebih ringan.

Posisi merupakan salah satu intervensi keperawatan yang dapat memengaruhi kondisi hemodinamik, pasien yang posisi berbeda memiliki efek yang berbeda juga . Pada Pasien CHF diberikan posisi fowler atau semi fowler dengan tujuan untuk meringankan pernapasan pasien Pada pasien CHF apa bila tidak segera ditangani maka akan menurunkan cara kerja jantung menyebabkan gangguan pernafasan dan menimbulkan kematian. Tindakan pada perawat menjelaskan terapi keperawatan dengan semi-fowler untuk mengatasi sesak pada pasien gagal jantung , tindakan memberikan semi fowler adalah untuk menurunkan konsumsi oksigen dan meningkatkan ekspansi paru yang maksimal, serta untuk mengatasi kerusakan pertukaran gas yang berhubungan dengan perubahan membran kapiler alveolus. Posisi fowler yang paling umum adalah semi fowler yaitu kepala dan tubuh ditinggikan 45 derajat. Posisi fowler adalah posisi yang dipilih oleh orang yang mengalami susah bernafas dan orang dengan masalah jantung. Gravitasi menarik diafragma kebawah sehingga mempengaruhi ekspansi paru yang lebih mengembang saat klien berada pada posisi semifowler atau fowler tinggi (Kozier, 2017)

Hasil penelitian oleh Nur kasan (2020) , tentang efektifitas posisi semi fowler terhadap penurunan *respiratori rate* pasien gagal jantung kronik (CHF) menyatakan bahwa posisi semi fowler membuat oksigen didalam paru-paru semakin meningkat sehingga memperingan pernapasan posisi ini akan mengurangi kerusakan membran aveolus akibat tertimbunnya cairan. Hal tersebut dipengaruhi

oleh gaya gravitasi sehingga O₂ menjadi optimal sesak nafas akan berkurang, dan akhirnya proses perbaikan kondisi klien lebih cepat.

Hasil penelitian oleh Arum Kusuma Wati (2020), tentang perbedaan saturasi oksigen dan respirasi rate pasien *congestive heart failure* pada perubahan posisi semi fowler yang menyatakan bahwa pasien saat diberikan posisi fowler dapat memungkinkan rongga dada dapat berkembang secara luas dan pengembangan paru meningkat sehingga asupan oksigen membaik. Posisi fowler merupakan posisi setengah duduk tegak, dimana bagian tidur lebih tinggi atau dinaikkan.

hasil penelitian oleh iis wahyuni (2015) tentang pengaruh pengaturan posisi semi fowler 45° terhadap perubahan nilai saturasi oksigen pada pasien congestive heart failure yang menyatakan bahwa Ada pengaruh pengaturan posisi semi fowler 45 °terhadap perubahan nilai saturasi oksigen pada pasien congestive heart failure (CHF)

Dilanjutkan hasil penelitian oleh Dwi Nur Aini (2017) tentang pengaruh pemberian posisi semi fowler terhadap *respiratory rate* pasien tuberkulosis paru yang menyatakan, ada pengaruh pemberian posisi semifowler terhadap *respiratory rate* pada pasien tuberkulosis paru Peneliti sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Singal, 2013 yang berjudul “*A Study on the Effect Position in COPD Patients to Improve Breathing Pattern*” ditemukan bahwa 64% pasien lebih baik dalam posisi 30-45, 24% pada posisi 60°, dan 12% pasien lebih baik dalam posisi 90°.

RSUD Jayapura merupakan salah satu rumah sakit rujukan terbesar di kota Jayapura, Papua. Selain itu RSUD Jayapura mempunyai fasilitas Unit Gawat Darurat , dimana di unit Gawat darurat memiliki daya tampung sebanyak 10 bed dan 10 oksigen yang masih berfungsi di ruang UGD. Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan pada tanggal 15 dan 16 juli 2021 kepada 5 pasien yang

sedang dirawat di Ruang UGD RSUD Jayapura. Sebanyak 3 dari 5 pasien mengatakan bahwa ia tidak tahu cara untuk mengurangi rasa sesak sehingga ketika rasa sesak itu timbul tindakan yang dilakukan oleh pasien adalah ingin menambah jumlah oksigen karena tidak merasakan perubahan . Pada saat pasien mengkonsumsi oksigen dalam jumlah yang berlebihan, pasien mengatakan seluruh tubuhnya lemas, nyeri dada, sesak, jantung berdebar, batuk-batuk, produksi keringat berlebih

Berdasarkan dari hasil studi penelitian , peneliti ingin melakukan pelaksanaan asuhan keperawatan dengan intervensi pemberian Posisi Semi Fowler Terhadap Penurunan Curah Jantung di Ruang Unit Gawat Darurat RSUD Jayapura

1.2 Tujuan penulisan

1.2.1 Tujuan umum

Penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini bertujuan untuk melakukan analisa terhadap kasus kelolaan pada pasien CHF dengan intervensi pemberian posisi semi fowler 45 derajat terhadap penurunan curah jantung

1.2.1 Tujuan khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian kasus kelolaan pada pasien dengan diagnosa medis Congestive Heart Failure (CHF)
- b. Mengidentifikasi intervensi yang diterapkan pada pasien kelolaan dengan diagnosa medis Congestive Heart Failure (CHF) dengan intervensi Pemberian Posisi Semi Fowler 45 Derajat Terhadap Penurunan Curah Jantung

1.3 Manfaat penelitian

1.3.1 Manfaat keilmuan /teoritis

- a. Bagi penulis

Dapat meningkatkan kemampuan peneliti dalam melakukan analisa

pengaruh intervensi pemberian posisi semi fowler 45 derajat terhadap penurunan curah jantung

b. Rumah Sakit

Sebagai referensi dan sumber informasi yang harus dilakukan dalam melakukan pelaksanaan praktik pelayanan keperawatan, khususnya pada pasien CHF

c. Institusi

Sebagai sumber informasi dalam kegiatan belajar tentang masalah keperawatan pada pasien CHF.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

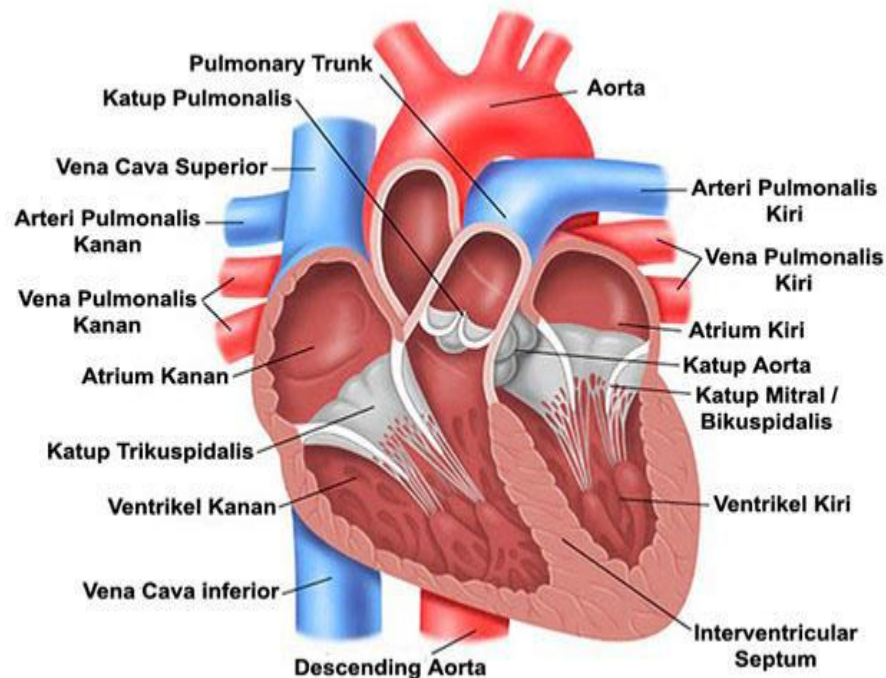
A. Congestive Heart Failure (CHF)

1) Definisi

Gagal jantung adalah suatu keadaan patofisiologi dimana jantung gagal mempertahankan sirkulasi adekuat untuk kebutuhan tubuh meskipun tekanan pengisian cukup (Ongkowijaya & Wantania, 2016).

Gagal jantung kongestif adalah keadaan ketika jantung tidak mampu lagi memompakan darah secukupnya dalam memenuhi kebutuhan sirkulasi tubuh untuk keperluan metabolisme jaringan tubuh pada kondisi tertentu, sedangkan tekanan pengisian kedalam jantung masih cukup tinggi (Aspani, 2016).

2) Anatomi fisiologi jantung



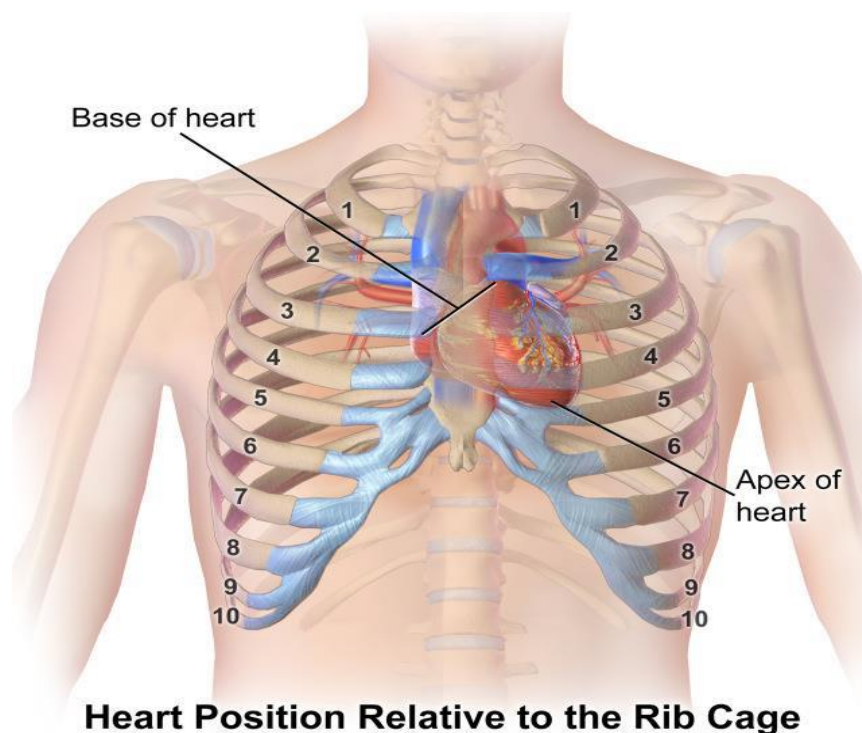
Gambar 2.1 anatomi jantung

(Sumber : <https://id.sribd.com>)

Sistem peredaran darah terdiri atas jantung, pembuluh darah, dan saluran limfe. Jantung merupakan organ pemompa besar yang memelihara peredaran melalui seluruh tubuh. Arteri membawa darah dari jantung. Vena membawa darah ke jantung. kapiler menggabungkan arteri dan vena, terentang diantaranya dan

merupakan jalan lalu lintas antara makanan dan bahan buangan. Disini juga terjadi pertukaran gas dalam cairan ekstraseluler dan interstisial. Jantung adalah organ berupa otot, berbentuk kerucut, berongga, basisnya diatas, dan puncaknya dibawah. Apeksnya (puncaknya) miring kesebelah kiri. Berat jantung kira-kira 300 gram.

Kedudukan jantung: jantung berada didalam toraks, antara kedua paru-paru dan dibelakang sternum, dan lebih menghadap ke kiri daripada ke kanan.



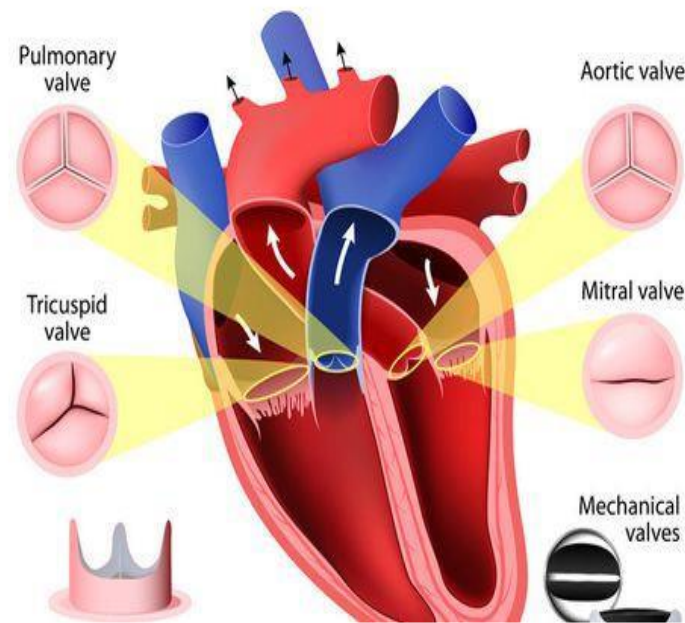
Gambar 2.2 kedudukan jantung dalam perbandingan terhadap sternum, iga-iga, dan tulang rawan konstal

(Sumber : <https://id.sribd.com>)

Lapisan Jantung terdiri atas 3 lapisan yaitu :

1. Epikardium merupakan lapisan terluar, memiliki struktur yang samma dengan perikardium viseral
2. Miokardium, merupakan lapisan tengah yang terdiri atas otot yang berperan dalam menentukan kekuatan kontraksi
3. Endokardium, merupakan lapisan terdalam terdiri atas jaringan endotel yang melapisi bagian dalam jantung dan menutupi katung jantung.

Katup jantung : berfungsi untuk mempertahankan aliran darah searah melalui bilik jantung. ada dua jenis katup, yaitu katup atrioventrikular dan katup semilunar.



Gambar 2.3 katup-katup jantung
(Sumber : <https://id.sribed.com>)

1. Katup atrioventrikular, memisahkan antara atrium dan ventrikel. Katup ini memungkinkan darah mengalir dari masing –masing atrium ke ventrikel saat diastole ventrikel dan mencegah aliran balik ke atrium saat sistole ventrikel.
2. Katup atrioventrikuler ada dua, yaitu katup triskupidalis dan katup biskuspidalis. Katup triskupidalis memiliki 3 buah daun katup yang terletak antara atrium
3. kanan dan ventrikel kanan. Katup biskuspidalis atau katup mitral memiliki 2 buah dauh katup dan terletak antara atrium kiri dan ventrikel kiri
4. Katup semilunar, memisahkan antara arteri pulmonalis dan aorta dari ventrikel. Katup semilunar yang membatasi ventrikel kanan dan arteri pulmonaris disebut katup semilunar pulmonal. Katup yang membatasi ventikel kiri dan aorta disebut katup semilunar aorta. Adanya katup ini memungkinkan darah mengalir dari masing-masing ventrikel ke arteri pulmonalis atau aorta selama sistole ventrikel dan mencegah aliran balik ke ventrikel sewaktu diastole ventrikel.

Ruang jantung : jantung memiliki 4 ruang, yaitu atrium kanan, atrium kiri, ventrikel kiri, dan ventrikel kanan. Atrium terletak diatas ventrikel dan saling berdampingan. Atrium dan ventrikel dipisahkan oleh katup satu arah. Antara organ rongga kanan dan kiri dipisahkan oleh septum.

a. Fisiologi jantung

Siklus jantung adalah rangkaian kejadian dalam satu irama jantung. Dalam bentuk yang paling sederhana, siklus jantung adalah kontraksi bersamaan kedua atrium, yang mengikuti suatu fraksi pada detik berikutnya karena kontraksi bersamaan kedua ventrikel. Sisklus jantung merupakan periode ketika jantung kontraksi dan relaksasi. Satu kali siklus jantung sama dengan satu periode sistole (saat ventrikel kontraksi) dan satu periode diastole (saat ventrikel relaksasi). Normalnya, siklus jantung dimulai dengan depolarisasi spontan sel pacemaker dari SA node dan berakhir dengan keadaan relaksasi ventrikel. Pada siklus jantung, sistole(kontraksi) atrium diikuti sistole ventrikel sehingga ada perbedaan yang berarti antara pergerakan darah dari ventrikel ke arteri. Kontraksi atrium akan diikuti relaksasi atrium dan ventrikel mulai ber kontraksi. Kontraksi ventrikel menekan darah melawan daun katup atrioventrikuler kanan dan kiri dan menutupnya. Tekanan darah juga membuka katup semilunar aorta dan pulmonalis. Kedua ventrikel melanjutkan kontraksi, memompa darah ke arteri. Ventrikel kemudian relaksasi bersamaan dengan pengaliran kembali darah ke atrium dan siklus kembali. Curah jantung merupakan volume darah yang dipompakan selama satu menit. Curah jantung ditentukan oleh jumlah denyut jantung permenit dan stroke volume. Isi sekuncup ditentukan oleh :

1. Beban awal (pre-load)

- a) Pre-load adalah keadaan ketika serat otot ventrikel kiri jantung memanjang atau meregang sampai akhir diastole. Pre-load adalah jumlah darah yang berada dalam ventrikel pada akhir diastole.
- b) Volume darah yang berada dalam ventrikel saat diastole ini tergantung pada pengambilan darah dari pembuluh vena dan pengembalian darah dari pembuluh vena ini juga tergantung pada jumlah darah yang beredar serta tonus otot.

- c) Isi ventrikel ini menyebabkan peregangan pada serabut miokardium.
- d) Dalam keadaan normal sarkomer (unit kontraksi dari sel miokardium) akan teregang 2,0 μm dan bila isi ventrikel makin banyak maka peregangan ini makin panjang
- e) Hukum Frank-Starling : semakin besar regangan otot jantung semakin besar pula kekuatan kontraksinya dan semakin
- f) besar pula curah jantung. pada keadaan pre-load terjadi pengisian besar pula volume darah yang masuk dalam ventrikel
- g) Peregangan sarkomer yang paling optimal adalah 2,2 μm . Dalam keadaan tertentu apabila peregangan sarkomer melebihi 2,2 μm , kekuatan kontraksi berkurang sehingga akan menurunkan isi sekuncup.

2. Daya kontraksi

- a) Kekuatan kontraksi otot jantung sangat berpengaruh terhadap curah jantung, makin kuat kontraksi otot jantung dan tekanan ventrikel.
- b) Daya kontraksi dipengaruhi oleh keadaan miokardium, keseimbangan elektrolit terutama kalium, natrium, kalsium, dan keadaan konduksi jantung.

3. Beban akhir

- 1) After load adalah jumlah tegangan yang harus dikeluarkan ventrikel selama kontraksi untuk mengeluarkan darah dari ventrikel melalui katup semilunar aorta
- 2) Hal ini terutama ditentukan oleh tahanan pembuluh darah perifer dan ukuran pembuluh darah. Meningkatnya tahanan perifer misalnya akibat hipertensi atau vasokonstriksi akan menyebabkan beban akhir
- 3) Kondisi yang menyebabkan beban akhir meningkat akan mengakibatkan penurunan isi sekuncup
- 4) Dalam keadaan normal isi sekuncup ini akan berjumlah $\pm 70\text{ml}$ sehingga curah jantung diperkirakan ± 5 liter. Jumlah

ini tidak cukup tetapi dipengaruhi oleh aktivitas tubuh mengakibatkan penurunan isi sekuncup

- 5) Curah jantung meningkat pada waktu melakukan kerja otot, stress, peningkatan suhu lingkungan, kehamilan, setelah makan, sedang kan saat tidur curah jantung akan menurun

3) Kalsifikasi gagal jantung

Klasifikasi Fungsional gagal jantung menurut New York Heart Association (NYHA), sebagai berikut :

Tabel 2.1 : Klasifikasi Fungsional gagal jantung

Kelas 1	Tidak ada batasan : aktivitas fisik yang biasa tidak menyebabkan dyspnea napas, palpitasi atau kelelahan berlebihan
Kelas 2	Gangguan aktivitas ringan : merasa nyaman ketika beristirahat, tetapi aktivitas biasa menimbulkan kelelahan dan palpitasi
Kelas 3	Keterbatasan aktifitas fisik yang nyata : merasa nyaman ketika beristirahat, tetapi aktivitas yang kurang dari biasa dapat menimbulkan gejala.
Kelas 4	Tidak dapat melakukan aktifitas fisik apapun tanpa merasa tidak nyaman : gejala gagal jantung kongestif ditemukan bahkan pada saat istirahat dan ketidaknyamanan semakin bertambah ketika melakukan aktifitas fisik apapun.

Sumber : (Aspiani,2016)

4) Etiologi

Secara umum penyebab gagal jantung dikelompokkan sebagai berikut :
(Aspani, 2016)

a. Disfungsi miokard

b. Beban tekanan berlebihan-pembebanan sistolik

1) Volume : dekek septum atrial, dekek septim ventrikel, dan duktus arteriosus paten

2) Tekanan : stenosis Aorta , stenosis pulmonal, koartktasi aorta

3) Disaritmia

c. Beban volume berlebihan – pembebanan diastolik

d. Peningkatan kebutuhan metabolik (demand overload)

4) Manifestasi Klinis

- Kongesti pulmonal : dispnea (sesak),
- Batuk
- krekels paru
- kadar saturasi oksigen yang rendah
- adanya bunyi jantung tambahan bunyi jantung S3 atau “gallop ventrikel” bisa di deteksi melalui auskultasi
- Dipsnea
- Sakit kepala
- Ansietas
- Takikardia
- Lemah
- Oliguria (penurunan urin)
- Nokturia (sering berkemih di malam hari)
- Edema ekstremitas bawah
- Anorexia mual muntah
- Hepatomegali nyeri kuadran kanan atas abdomen

5) Patofisiologi

Kekuatan jantung untuk merespon stress tidak mencukupi dalam memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh. Jantung akan gagal melakukan tugasnya sebagai organ pemompa, sehingga terjadi yang namanya gagal jantung. Pada tingkat awal disfungsi komponen pompa dapat mengakibatkan kegagalan jika cadangan jantung normal mengalami payah dan kegagalan

respon fisiologis tertentu pada penurunan curah jantung. Semua respon ini menunjukkan upaya tubuh untuk mempertahankan perfusi organ vital normal. Sebagai respon terhadap gagal jantung ada tiga mekanisme respon primer yaitu meningkatnya aktivitas adrenergik simpatis, meningkatnya beban awal akibat aktifitas neurohormon, dan hipertrofi ventrikel. Ketiga respon ini mencerminkan usaha untuk mempertahankan curah jantung. Mekanisme-mekanisme ini mungkin memadai untuk mempertahankan curah jantung pada tingkat normal atau hampir normal pada gagal jantung dini pada keadaan normal.

Mekanisme dasar dari gagal jantung adalah gangguan kontraktilitas jantung yang menyebabkan curah jantung lebih rendah dari curah jantung normal. Bila curah jantung berkurang, sistem saraf simpatis akan mempercepat frekuensi jantung untuk mempertahankan curah jantung. Bila mekanisme ini gagal, maka volume sekuncup yang harus menyesuaikan. Volume sekuncup adalah jumlah darah yang dipompa pada setiap kontraksi, yang dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu preload (jumlah darah yang mengisi jantung), kontraktilitas (perubahan kekuatan kontraksi yang terjadi pada tingkat sel yang berhubungan dengan perubahan panjang serabut jantung dan kadar kalsium), dan afterload (besarnya tekanan ventrikel yang harus dihasilkan untuk memompa darah melawan perbedaan tekanan yang ditimbulkan oleh tekanan arteriol). Apabila salah satu komponen itu terganggu maka curah jantung akan menurun. Kelainan fungsi otot jantung disebabkan karena aterosklerosis koroner, hipertensi arterial dan penyakit otot degeneratif atau inflamasi. Aterosklerosis koroner mengakibatkan disfungsi miokardium karena terganggu alirannya darah ke otot jantung.

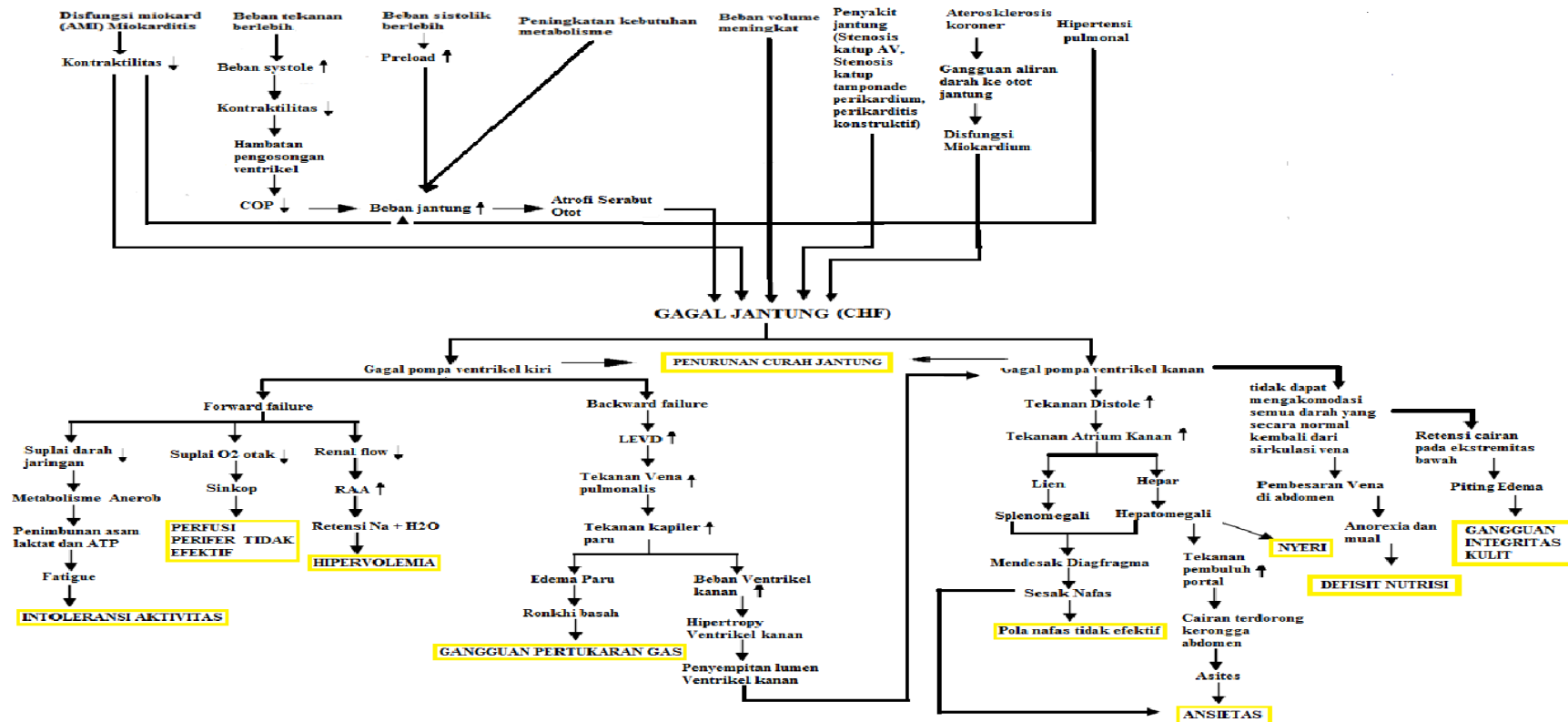
Terjadi hipoksia dan asidosis (akibat penumpukan asam laktat). Infark miokardium biasanya mendahului terjadinya gagal jantung. Hipertensi sistemik atau pulmonal (peningkatan afterload) meningkatkan beban kerja jantung pada gilirannya mengakibatkan hipertrofi serabut otot jantung. Efek (hipertrofi miokard) dapat dianggap sebagai mekanisme kompensasi karena akan meningkatkan kontraktilitas jantung. Peradangan dan penyakit miokardium degeneratif berhubungan dengan gagal jantung karena kondisi ini secara langsung merusak serabut jantung, menyebabkan kontraktilitas

menurun. Ventrikel kanan dan kiri dapat mengalami kegagalan secara terpisah. Gagal ventrikel kiri paling sering mendahului gagal jantung ventrikel kanan. Gagal ventrikel kiri murni sinonim dengan edema paru akut. Karena curah ventrikel berpasangan atau sinkron, maka kegagalan salah satu ventrikel dapat mengakibatkan penurunan perfusi jaringan .

6) Faktor – faktor yang mempengaruhi Gagal Jantung

Faktor sebagai penyebab tersering kegagalan pompa jantung pada gagal jantung kongestif adalah penyakit hipertensi, penyakit jantung bawaan, diabetes mellitus dan kardiomiopati. Lebih lanjut dijelaskan bahwa diantara faktor tersebut, risiko tinggi bermula pada hipertensi sebanyak 75%. Berdasarkan studi dari Framingham, gagal jantung rata-rata terjadi pada laki-laki dan perempuan yang rasio setiap tahunnya 10 per 1000 populasi dengan usia diatas 65 tahun (Hurst's, Walsh, Fuster, & Fang, 2013). Faktor pencetus terjadinya penyakit gagal jantung yaitu peningkatan asupan garam, ketidakpatuhan menjalani pengobatan anti gagal jantung, serangan hipertensi, aritmia akut, infeksi atau demam, anemia, emboli paru, tirotoksikosis, kehamilan dan endokarditis infeksi (Aspiani, 2015).

6) Pathway



Gambar 2.4 Pathway

Sumber : (WOC) dengan menggunakan Standar Diganosa Keperawatan Indonesia dalam (PPNI,2017)

7) Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan Penunjang yang dapat dilakukan pada pasien dengan kasus gagal jantung kongestive di antaranya :

- Elektrokardiogram
- Uji stress
- Ekorkardiografi model M
- Ekokardiografi dua dimensi (CT Scan)
- Ekokardiografi dopler
- Katerisasi jantung
- Radiografi dada
- Elektrolit
- Oksimetri nadi
- Analisa gas darah
- Blood ureum nitrogen dan kreatin
- Pemeriksaan tiroid

8) Penatalaksanaan

Penatalaksanaan gagal jantung dibagi menjadi 2 terapi yaitu sebagai berikut :

a. Terapi non farmakologis

Terapi non farmakologi yaitu antara lain tirah baring, perubahan gaya hidup, pendidikan kesehatan mengenai penyakit, prognosis, obat-obatan serta pencegahan kekambuhan, monitoring dan kontrol faktor

b. Terapi farmakologis

Terapi yang dapat diberikan antara lain golongan diuretik, angiotensin converting enzim inhibitor (ACEI), beta bloker, angiotensin receptor blocker (ARB), glikosida jantung , antagonis aldosteron, serta pemberian laksarasia pada pasien dengan keluhan konstipasi

B. Definisi Posisi Semi fowler

Posisi semi fowler (setengah duduk) adalah posisi tidur pasien dengan kepala dan dada lebih tinggi dari pada posisi panggul dan kaki. dimana kepala dan dada dinaikkan dengan sudut 30-45° (Suparmi, 2008). Posisi semi fowler atau posisi setengah duduk adalah posisi tempat tidur yang meninggikan batang tubuh dan kepala dinaikkan 15 sampai 45 derajat. Apabila klien berada dalam posisi ini, gravitasi menarik diafragma ke bawah, memungkinkan ekspansi dada

dan ventilasi paru yang lebih besar (Kozier, 2010). Bahwa posisi semi fowler membuat oksigen di dalam paru-paru semakin meningkat sehingga memperingan kesukaran napas. Posisi ini akan mengurangi kerusakan membran alveolus akibat tertimbunnya cairan. Hal tersebut dipengaruhi oleh gaya gravitasi sehingga O₂ delivery menjadi optimal. Tujuan pemberian posisi semi fowler adalah : Membantu mengatasi masalah kesulitan pernapasan dan pasien dengan gangguan sesak napas (Suparmi, 2015).

C. Penurunan Curah Jantung

1. Definisi Penurunan Curah Jantung

Penurunan curah jantung merupakan suatu keadaan dimana ketidakadekuatan jantung memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

2. Etiologi

- a. Perubahan irama jantung
- b. Perubahan frekuensi jantung
- c. Perubahan kontraktilitas
- d. Perubahan preload
- e. Perubahan afterload

3. Faktor-faktor yang mempengaruhi penurunan curah jantung pada gagal jantung kongestif

- a. Hipertensi
- b. penyakit jantung bawaan
- c. diabetes mellitus dan kardiomiopati.

D. Konsep Asuhan Keperawatan Gagal Jantung

1. Identitas

- a) Identitas pasien Nama, umur, tempat tanggal lahir, jenis kelamin, alamat, pekerjaan, suku/bangsa, agama, status perkawinan, tanggal masuk rumah sakit (MRS), nomor register, dan diagnosa medik.
- b) Identitas penanggung jawab
Meliputi : Nama, umur, jenis kelamin, alamat, pekerjaan, serta status hubungan dengan pasien.

2. Keluhan utama

- Sesak saat bekerja, dispnea nokturnal paroksimal, ortopnea
- Lelah, pusing
- Nyeri dada
- Edema ekstremitas bawah
- Nafsu makan menurun, mual, distensi abdomen
- Urine menurun

3. Riwayat penyakit sekarang

Pengkajian yang mendukung keluhan utama dengan memberikan pertanyaan tentang kronologi keluhan utama. Pengkajian yang didapat dengan gejala-gejala kongesti vaskuler pulmonal, yakni munculnya dispnea, ortopnea, batuk, dan edema pulmonal akut. Tanyakan juga gejala-gejala lain yang mengganggu pasien.

4. Riwayat penyakit dulu

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 masa lalu, yang mungkin masih relevan. Tanyakan juga alergi yang dimiliki pasien

5. Riwayat penyakit keluarga

Apakah ada keluarga pasien yang menderita penyakit jantung, dan penyakit keturunan lain seperti DM, Hipertensi

6. Pengkajian data

- a) Aktivitas dan istirahat : adanya kelelahan, insomnia, letargi, kurang istirahat, sakit dada, dispnea pada saat istirahat atau saat beraktivitas.
- b) Sirkulasi : riwayat hipertensi, anemia, syok septik, asites, disaritmia, fibrilasi atrial, kontraksi ventrikel prematur, peningkatan JVP, sianosis, pucat
- c) Respirasi : dispnea pada waktu aktivitas, takipnea, riwayat penyakit paru
- d) Pola makan dan cairan : hilang nafsu makan, mual dan muntah.
- e) Eliminasi : penurunan volume urine, urin yang pekat, nokturia, diare atau konstipasi
- f) Neurologi : pusing, penurunan kesadaran, disorientasi
- g) Interaksi sosial : aktivitas sosial berkurang
- h) Rasa aman : perubahan status mental, gangguan pada kulit/dermatitis

7. Pemeriksaan fisik

a) Keadaan Umum : Kesadaran dan keadaan emosi, kenyamanan, distress, sikap dan tingkah laku pasien

b) Tanda-tanda Vital :

- Tekanan Darah Nilai normalnya :

Nilai rata-rata sistolik : 110-140 mmHg

Nilai rata-rata diastolik : 80-90 mmHg

- Nadi : nilai normal 60-100x/menit (bradikardi atau takikardi)

- Pernapasan : Nilai normalnya : Frekuensi : 16-20 x/menit

Pada pasien : respirasi meningkat, dyspnea pada saat istirahat / aktivitas

- Suhu Badan : Metabolisme menurun, suhu menurun

8. Head to toe

a) Kepala : bentuk , kesimetrisan

b) Mata: konjungtiva: anemis, ikterik atau tidak ?

c) Mulut: apakah ada tanda infeksi?

d) Telinga : kotor atau tidak, ada serumen atau tidak, kesimetrisan

e) Muka; ekspresi, pucat

f) Leher: apakah ada pembesaran kelenjar tiroid dan limfe

g) Dada: gerakan dada, deformitas

h) Abdomen : Terdapat asites, hati teraba dibawah arkus kosta kanan

i) Ekstremitas: lengan-tangan:reflex, warna dan tekstur kulit, edema, clubbing, bandingkan arteri radialis kiri dan kanan

j) Pemeriksaan khusus jantung :

(1) Inspeksi : vena leher dengan JVP meningkat, letak ictus cordis (normal : ICS ke5)

(2) Palpasi : PMI bergeser kekiri, inferior karena dilatasi atau hipertrofi ventrikel

(3) Perkusi : batas jantung normal pada orang dewasa

Kanan atas : SIC II Linea Para Sternalis Dextra

Kanan bawah : SIC IV Linea Para Sternalis Dextra

Kiri atas : SIC II Linea Para Sternalis sinistra

Kiri bawah : SIC IV Linea Medio Clavicularis Sinistra

(4) Auskultasi : bunyi jantung I dan II

BJ I : terjadi karena getaran menutupnya katup atrioventrikular, yang terjadi pada saat kontraksi isometris dari bilik pada permulaan systole

BJ II : terjadi akibat getaran menutupnya katup aorta dan arteri pulmonalis pada dinding toraks. Ini terjadi kira-kira pada permulaan diastole.

(BJ II normal selalu lebih lemah daripada BJ I)

k) Pemeriksaan penunjang

1. Foto thorax dapat mengungkapkan adanya pembesaran jantung, edema atau efusi pleura yang menegaskan diagnosa CHF
2. EKG dapat mengungkapkan adanya tachicardi, hipertrofi bilik jantung dan iskemi (jika disebabkan AMI), ekokardiogram
3. Pemeriksaan laboratorium : Hiponatremia, hiperkalemia pada tahap lanjut dari gagal jantung, Blood Urea Nitrogen (BUN) dan kreatinin meningkat, peningkatan bilirubin dan enzim hati.

9. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Diagnosa berdasarkan SDKI

a. Gangguan pertukaran gas

Definisi : kelebihan atau kekurangan oksigenasi dan atau eliminasi karbondioksida pada membran alveolus kapiler

Penyebab : Perubahan membran alveolus-kapiler

Batasan karakteristik :

Kriteria mayor :

- 1) Subjektif : Dispnea
- 2) Objektif :PCO₂ meningkat/menurun, PO₂ menurun, takikardia, pH arteri meningkat/menurun, bunyi nafas tambahan

Kriteria minor :

- 1) Subjektif : Pusing, penglihatan kabur
- 2) Objektif : Sianosis, diaforesis, gelisah,nafas cuping hidung, pola nafas abnormal, warna kulit abnormal, kesadaran menurun.

Kondisi klinis terkait : Gagal Jantung Kongestif

b. Penurunan curah jantung

Definisi : ketidakadekuatan jantung memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh

Penyebab : perubahan preload, perubahan afterload dan/atau perubahan kontraktilitas

Batasan karakteristik :

Kriteria mayor :

- 1) Subjektif : Lelah
- 2) Objektif : Edema, distensi vena jugularis, central venous pressure (CVP) meningkat/,menurun

Kriteria minor :

- 1) Subjektif : -
- 2) Objektif : Murmur jantung, berat badan bertambah, pulmonary artery wedge pressure (PAWP) menurun

Kondisi klinis terkait : Gagal Jantung Kongestif

c. Nyeri akut

Definisi : pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

Penyebab : agen pencedera fisiologis (mis: iskemia)

Batasan karakteristik :

Kriteria mayor :

- 1) Subjektif : Mengeluh nyeri
- 2) Objektif : Tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur

Kriteria minor :

- 1) Subjektif -
- 2) Objektif : Tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis.

Kondisi klinis terkait : Cedera Traumatis

d. Hipervolemia

Definisi : peningkatan volume cairan intravaskuler, interstisiel, dan/atau intraseluler.

Penyebab : gangguan mekanisme regulasi

Batasan karakteristik :

Kriteria mayor :

- 1) Subjektif : Ortopnea, dispnea, paroxymal nocturnal dyspnea (PND)
- 2) Objektif : Edema anasarka dan/atau edema perifer, berat badan meningkat dalam waktu singkat, JVP dan/atau CVP meningkat , refleks hepatojugular (+)

Kriteria minor :

1) Subjektif : -

2) Objektif : Distensi vena jugularis, suara nafas tambahan, hepatomegali, kadar Hb/Ht turun, oliguria, intake lebih banyak dari output, kongesti paru.

Kondisi klinis terkait : Gagal Jantung Kongestif

e. Intoleransi aktivitas

Definisi : ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari

Penyebab : kelemahan

Batasan karakteristik :

Kriteria mayor :

1) Subjektif : Mengeluh lelah

2) Objektif : Frekuensi jantung meningkat $>20\%$ dari kondisi istirahat

Kriteria minor :

1) Subjektif : Dispnea saat/setelah beraktifitas, merasa tidak nyaman setelah beraktifitas, merasa lemah

2) Objektif : Tekanan darah berubah $>20\%$ dari kondisi istirahat, gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktifitas, gambaran EKG menunjukkan iskemia, sianosis

Kondisi klinis terkait : Gagal Jantung Kongestif

10. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala bentuk treatment yang dikerjakan oleh perawat didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai tujuan yang diharapkan. Diagnosa berdasarkan SIKI adalah :

Sumber : Standar Intervensi Keperawatan Indonesia dalam (PPNI, 2018)

Dx. keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi
Gangguan pertukaran gas b.d perubahan membran alveolus-kapiler	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pertukaran gas meningkat dengan Kriterian hasil : 1. Dipsnea menurun 2. Bunyi nafas tambahan menurun 3. Pola nafas membaik 4. PCO2 dan O2 membaik	(Pemantauan Respirasi I.01014) 1.1 Monitor frekuensi irama, kedalaman dan upaya nafas 1.2 Monitor pola nafas 1.3 Monitor kemampuan batuk efektif 1.4 Monitor nilai AGD 1.5 Monitor saturasi oksigen 1.6 Auskultasi bunyi nafas 1.7 Dokumentasikan hasil pemantauan 1.8 Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 1.9 Informasikan hasil pemantauan, <i>jika perlu</i> 1.10 Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktifitas dan/atau tidur
Penurunan curah jantung b.d perubahan preload / perubahan afterload / perubahan kontraktilitas	Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan curah jantung meningkat dengan . Kriteria hasil : 1. Tanda vital dalam rentang normal 2. Kekuatan nadi perifer meningkat 3. Tidak ada edema	(Perawatan jantung I.02075) 3.1 Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung 3.2 Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung 3.3 Monitor intake dan output cairan 3.4 Monitor keluhan nyeri dada

		3.5 Berikan terapi terapi relaksasi untuk mengurangi stres, jika perlu 3.6 Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi 3.7 Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap 3.8 Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu
Nyeri akut b.d agen cedera fisiologis (Mis: Iskemia)	Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan Kriteria hasil : 1. Pasien mengatakan nyeri berkurang dari skala 7 menjadi 2 2. Pasien menunjukkan ekspresi wajah tenang 3. Pasien dapat beristirahat dengan nyaman	(Manajemen nyeri I.08238) 4.1 Identifikasi lokasi, karakteristik nyeri, durasi, frekuensi, intensitas nyeri 4.2 Identifikasi skala nyeri 4.3 Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4.4 Berikan terapi non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 4.5 Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 4.6 Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4.7 Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri 4.8 Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi	Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil : 1. Terbebas dari edema 2. Haluaran urin meningkat 3. Mampu mengontrol asupan cairan	(Manajemen hipervolemia I.03114) 5.1 Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis: ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat, suara nafas tambahan) 5.2 Monitor intake dan output cairan 5.3 Monitor efek samping diuretik (mis : hipotensi ortostatik, hipovolemia, hipokalemia, hiponatremia) 5.4 Batasi asupan cairan dan garam 5.5 Anjurkan melapor haluaran urin <0,5 mL/kg/jam dalam 6 jam 5.6 Ajarkan cara membatasi cairan 5.7 Kolaborasi pemberian diuretik
Intoleransi aktifitas b.d kelemahan	Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan toleransi aktifitas meningkat dengan Kriteria hasil : 1. kemampuan melakukan aktifitas sehari-hari meningkat 2. Pasien Mampu berpindah dengan atau tanpa bantuan 3. Pasien mengatakan dispnea saat dan/atau setelah aktifitas menurun	(Manajemen energi I.050178) 7.1 Monitor kelelahan fisik dan emosional 7.2 Monitor pola dan jam tidur 7.3 Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan) 7.4 Berikan aktifitas distraksi yang menenangkan 7.5 Anjurkan tirah baring 7.6 Anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap

		7.7 Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
--	--	--

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian

1. Identitas pasien

- a) Nama : Tn. M
- b) Umur : 64 Tahun
- c) Jenis kelamin : Laki – laki
- d) Alamat : Argapura
- e) Status : Menikah
- f) Pendidikan : S1 Hukum
- g) Tgl pengkajian : 27 Juli 2021
- h) Diagnosa : CHF
- i) No Registrasi : -

2. Identitas penanggung jawab

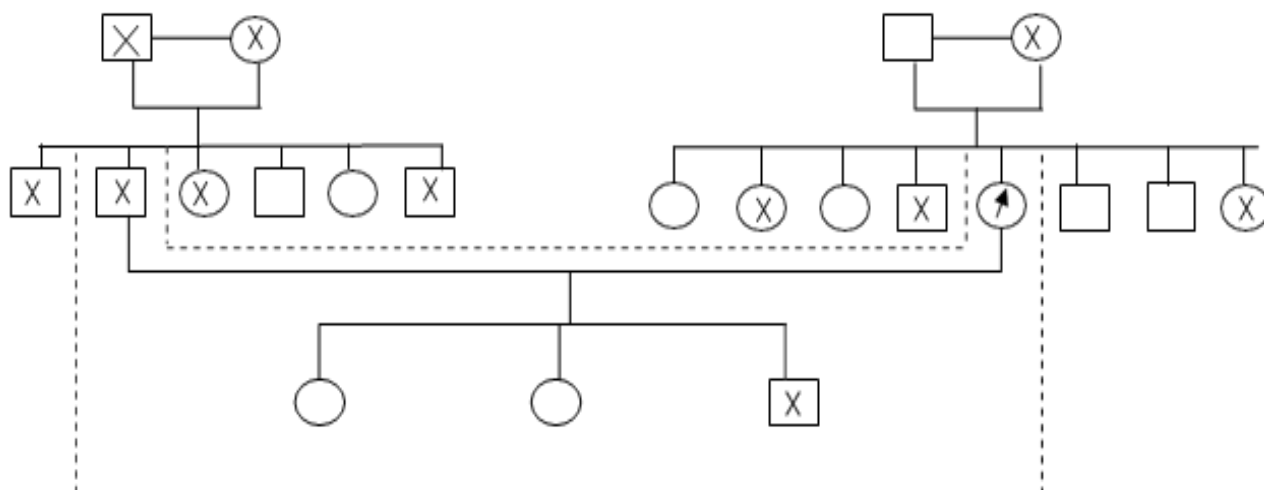
- a) Nama : Ny. G
- b) Umur : 62 Tahun
- c) Hubungan : Istri
- d) Alamat : Argapura

3. Keluhan utama : Sesak nafas

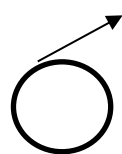
4. Riwayat keluhan utama : sebelum masuk rumah sakit Pasien mengatakan badan terasa lelah, batuk spontan , tidak ada lendir, cepat capek , sering sesak nafas saat melakukan aktifitas , seperti duduk, ubah posisi , dan ada edema kedua ditungkai

5. Riwayat penyakit : Pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi

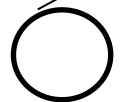
6. Genogram



Keterangan :



: Pasien



: Perempuan



: Laki – laki



: Meninggal



: Tinggal serumah

7. Pemeriksaan fisik :

Ku : Lemah

Kesadaran : Composmentis

GCS 15 : E4M6V5

Tanda – tanda vital TD : 110/80 mmHg

Nadi : 87x/menit

SB : 36,6°Celsius

RR : 30x/menit

SPO2 : 85%

- Airway : Tidak ada sumbatan pada jalan nafas
- Breathing : RR 30/menit, tampak menggunakan otot bantu pernafasan, irama tidak teratur
- Circulation : Nadi 87x/menit, denyut nadi kuat, pucat
- Disability : GCS 15 : E4M6V5 , Kes : Composmentis, Pupil Isokor,
- Exposure : ada edema di tungkai kaki
- Head to toe

- a. Kepala
- Inspeksi : kepala bulat, rambut ,merata, warna hitam putih
- Palpasi : Tidak ditemukan adanya benjolan maupun massa, tidak ditemukan adanya nyeri tekan.
- b. Mata
- Inspeksi : Sklera putih, konjungtiva anemis, palpebra tidak ada edema, refleks cahaya +, pupil isokor.
- Palpasi : Tidak ditemukan adanya massa maupun pembengkakan pada kelopak mata maupun adanya nyeri tekan.
- c. Telinga
- Inspeksi : Bentuk telinga simetris kanan/kiri, tampak tidak ditemukan adanya serumen maupun alat bantu pendengaran, liang telinga tampak bersih dan fungsi Pendengaran baik
- Palpasi : Tidak ditemukan adanya massa maupun benjolan asing, tidak terdapat adanya nyeri tekan.
- d. Hidung
- Inspeksi : Bentuk hidung tampak simetris kanan/kiri, tidak terdapat pergeseran rawan hidung, pernafasan cuping hidung tidak ada, lubang hidung bersih, tidak ada penurunan letajaman hidung, dan tidak adakelainan

- e. Mulut
- Inspeksi : Bibir tampak simetris (tidak sumbing), mukosa bibir lembab, fungsi pengecapan baik, tidak terdapat kesulitan menelan maupun perubahan suara, tidak ditemukan adanya lesi maupun sariawan, gigi dan lidah tampak bersih, tidak ditemukan karies maupun perdarahan pada gusi dan tidak ada tanda-tanda infeksi.
- f. Leher
- Inspeksi : Tidak ditemukan adanya lesi maupun jaringan parut
- Palpasi : Tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid
- g. Thorax
- Perkusi : Sonor, batas paru hepar ICS 5 dekstra
- Auskultasi : irama nafas tidak teratur, suara whizeeng
- Inspeksi : Bentuk dada simetris, frekuensi nafas 30 kali/menit, irama nafas tidak teratur, ada dispnea ,pernafasan cuping hidung tidak ada, penggunaan otot bantu nafas
- h. Ektremitas : ekstremitas ka/ki 4/4
- terdapat edema pada tungkai

a. Pemeriksaan penunjang

Tanggal Pemeriksaan	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil
27/07/2021	Elektrolit: Calsium Chloride	2.2 – 2.55 mmol/L 96 – 111 mmol/L	1.010mmol/L 104 mmol/L
	Darah Rutin : Hemoglobin Eritrosit Hematokrit Kimia Darah : Glukosa Sewaktu BUN Kreatinin darah Elektrolit : Natrium Darah Kalium Darah	12-16g/dL 4.20-5.40 $10^6/\square L$ 37.0-47.0% 70-150mg/dL <48mg/dL 0.6-1.1 mg/dL 132-147 mmol/L 3.5-4.5 mmol/L	10.7g/dL 4.00 $10^6/\square L$ 33.6 % 90 mg/dL 25.0 mg/dL 1.17 mg/dL 142 mmol/L 5.3 mmol/L
27/07/2021	EKG	-	Ventricular Hypertropi
27/07/2021	EKG	-	Ventricular Hypertropi
	EKG	-	Ventricular Hypertropi
27/07/2021	Foto Thoraks	-	Kardiomegali

b. Terapi/pengobatan tanggal 27 juli 2021

- Oksigen 4 liter
- Ketorolac 10 mg IV
- Aluprinol 100 mg IV
- Furosemide 20 mg IV
- Sprinokaton 0.25 mg IV
- Ramipil 2.5 mg Oral

B. Klasifikasi data

Data subjektif	Data objektif
Klien mengatakan : - Klien mengatakan sering Sesak nafas - Klien mengatakan nyeri pada bagian tungkai karena edema - Klien mengatakan selama sakit aktivitas dibantu istri - Klien mengatakan rasa lela dan cape saat beraktifitas	Klien tampak : - Ku : lemah - Kes : Composmentis - GCS 15 : E4M6V5 - Klien tampak sulit bernafas karena sesak - Klien tampak Gelisah - Tidak nyaman - Pucat - Ada edema - Ada suara nafas tambahan whizeeng - Dipsnea - ADL dibantu oleh istri seperti toileting dan personal hygiene - TD : 110/80 mmHg - Nadi : 97x/menit - SB : 36,6°Celsius - RR : 30x/menit - SPO2 85% - Terpasangan Oksigen nasal canul 4Liter

C. Analisa data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	DS (klien mengatakan): - Klien sering rasa sesak saat aktivitas DO (klien tampak): - Ku : lemah - Kes : Composmentis - Sulit bernafas - Gelisah - pucat - Tampak menggunakan otot bantu pernafasan - RR : 30/menit - SPO2 : 85% - Ada suara tambahan whizing - Dipsnea - Terpasang nasal kanul 4liter	Gagal pompa ventrikel kanan ↓ Tekanan diastole naik ↓ Tekanan atrium naik ↓ Hepar ↓ splenomegali ↓ Mendesak diafragma ↓ Sesak nafas ↓ Pola nafas tidak efektif	Pola nafas tidak efektif
2	DS (Klien mengatakan): - Klien mengatakan selama sakit aktivitas dibantu istri - Klien mengatakan rasa lela dan cape saat beraktifitas DO (klien tampak): - Ku : Lemah - Kes : Composmentis - GCS 15 : E4M6V5 - Terbaring ditempat tidur - ADL dibantu oleh istri seperti toileting dan personal hygiene - Nadi : 87x/menit - SB : 36,6°Celsius - RR : 30x/menit	Gagal pompa darah ventrikel kiri ↓ Forward failure ↓ Suplai darah jaringan menurun ↓ Penimbunan asam laktat dan ATP ↓ Intoleransi aktifitas	Intoleransi aktifitas

3	- SPO2 85% - Terpasangn Oksigen nasal canul 4Liter - Terpasang kateter DS (klien mengatakan) : - Klien mengatakan nyeri pada bagian tungkai karena edema DO (Klien tampak) - Menahan nyeri - Tidak nyaman - Skala nyeri 6 - N : 87x/ .menit - P: Nyeri karena edema - Q: nyeri seperti ditusuk tusuk - R: nyeri menjalar di tungkai - S : Skala 6 (dari rentang skala 1-10) - T: nyeri hilang timbul	Gagal pompa ventrikel kanan ↓ Tekanan diastole naik ↓ Tekanan atrium naik ↓ Hepar ↓ Hepatomegali ↓ Nyeri	Nyeri
---	--	--	-------

D. Rencana asuhan keperawatan

Rencana Asuhan Keperawatan
Pada Pasien Tn. M Dengan Diagnosa Medis CHF
Di Ruang Instalasi Gawat Darurat RSUD Jayapura
Tahun 2021

Nama : Tn. M

Hari / Tanggal : 27 Juli 2021

No	Diagnosa keperawatan	NOC (Tujuan)	NIC (Intervensi)	Rasional
1	Pola nafas tidak efektif b/d penurunan ekspansi paru ditandai dengan : DS (klien mengatakan): - Klien sering rasa sesak saat aktivitas DO (klien tampak : - Ku : lemah - Kes : Composmentis - Sulit bernafas	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x8 jam diharapkan pola nafas pasien normal dengan kriteria hasil : 1. Tidak sesak 2. Tidak ada suara nafas tambahan 3. Tidak menggunakan otot bantu penafasan	1. Observasi kembali TTV 2. Berikan oksigen sesuai kebutuhan 3. Atur posisi semi fowler 45°celcius 4. Lakukan auskultasi suara nafas 5. Catat irama pernafasan 6. Kolaborasi dengan dokter pemberian obat	1. Untuk melihat kembali perkembangan pasien dalam menentukan intervensi 2. Mengurangi sesak 3. Untuk memaksimalkan ventilasi 4. Untuk mengetahui suara nafas 5. Untuk melihat kesimetrisan dinding dada

	- Gelisah - Tampak menggunakan otot bantu pernafasan - GCS 15 : E4M6V5 - CRT < 2 dtk - Pucat - RR : 30/menit - SPO2 : 85% - Terpasang nasal canul 4liter - Ada suara tambahan whizeeng - Dipsnea			6. Agar mempercepat proses penyembuhan
2	Nyeri akut b/d agen cedera fisiologis ditandai dengan : DS (klien mengatakan) : - Klien mengatakan nyeri pada bagian tungkai karena edema DO (Klien tampak) - Menahan nyeri - Tidak nyaman - Skala nyeri 6	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x8 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan Kriteria hasil : 1. Pasien mengatakan nyeri berkurang dari skala 7 menjadi 2 (1-10) 2. Pasien menunjukkan ekspresi wajah tenang	1. Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam 2. Berikan posisi elevasi kaki 30 derajat 3. Identifikasih skala nyeri 4. Ciptakan lingkungan yang nyaman 5. Kolaborasi dengan dokter pemberian obat analgesik	1. Untuk mengurangi nyeri 2. Agar meningkatkan aliran balik vena dan mengurangi 3. Untuk melihat perkembangan klien dari nyeri yang dirasakan 4. Karena lingkungan yang tidak nyaman bisa memicu peningkatan nyeri 5. Untuk mengurangi nyeri

	- N : 87x/.menit - P: Nyeri karena edema - Q: nyeri seperti ditusuk tusuk - R: nyeri menjalar di tungkai - S : Skala 6 (dari rentang skala 1- 10) - T : nyeri hilang timbul	3. Pasien dapat beristirahat dengan nyaman		
3	Intoleransi aktivitas b/d kelemahan yang ditandai dengan DS (Klien mengatakan) : - Klien mengatakan selama sakit aktivitas dibantu istri - Klien mengatakan rasa cape dan lela saat beraktifitas DO (klien tampak) : - Ku : Lemah	setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x8 jam diharapkan toleransi aktifitas meningkat dengan Kriteria hasil : 1. kemampuan melakukan aktifitas sehari-hari meningkat 2. Pasien Mampu berpindah atau tanpa bantuan	1. Kaji hambatan untuk melakukan aktifitas 2. Bantu klien dalam melakukan aktifitas sendiri 3. Observasi kembali TTV 4. Bantu klien untuk dapat alat bantu aktifitas	1. Agar memudahkan untuk menentukan intervensi yang tepat 2. Untuk melatih kekuatan klien dalam melakukan aktifitas yang dipilihnya 3. Untuk mengkaji sejauh mana perbedaan peningkatan selama di lakukan aktifitas

	- Kes : Composmentis - Terbaring ditempat tidur - ADL dibantu oleh istri toileting dan personal hygiene - GCS 15 : E4M6V5 - CRT < 2dtk - TD : 110/80 mmHg - Nadi : 87x/menit - SB : 36,6°Celsius - RR : 30x/menit - SPO2 85% - Terpasang kateter			4. Agar memudahkan untuk melakukan aktifitas
--	---	--	--	---

E. Implementasi

No	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi
1	Pola nafas tidak efektif b/d penurunan ekspansi paru ditandai dengan : DS (klien mengatakan): - Klien sering rasa sesak nafas saat aktivitas DO (klien tampak : - Ku : lemah - Kes : Composmentis - GCS 15 : E4M6V5 - CRT < 2 dtk - Pucat - RR : 30/menit - SPO2 : 85% - Sulit bernafas - Gelisah - Tampak menggunakan otot bantu pernafasan - Terpasang nasal kanul 4liter	Jam : 07.15 1. Mengobservasi kembali TTV Respon : Ku : lemah , Kes : Composmentis GCS 15 : E4M6V5, TD 110/80mmHg, N: 87x/menit , RR : 30x/menit, SPO2: 85% Jam : 07.30 2. Memberikan oksigen sesuai kebutuhan Respon : Klien terpasang Oksigen nasal kanul 4 ltr masih terlihat sesak Jam : 07.47 3. Mengatur posisi semi fowler 45° celcius Respon : klien terbaring dengan Posisi semi fowler 45° masih tampak sesak Jam : 08.00 4. Melakukan auskultasi suara nafas	Jam : 12.20 S (klien mengatakan) : - Masih rasa sesak nafas sedikit O (klien tampak) : - Sulit bernafas - Pucat - Gelisah - Tampak menggunakan otot bantu pernafasan - Dipsnea - TD : 110/80MMhG - N : 87x/menit - RR : 26x/menit - SPO2 85% A : Masalah Pola nafas belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi nomor 1, 2, 3,4,5,6

	- Ada suara tambahan whizeeng - Dipsnea	Respon : terdapat suara nafas tambahan whizeeng Jam : 08.05 5. Mencatat irama pernafasan Respon : irama nafas ireguler Jam : 08.55 6. Kolaborasi dengan dokter pemberian obat sesak Respon : terpasang Oksigen nasalcanul 4 ltr	
2	Nyeri akut b/d agen cedera fisiologis ditandai dengan : DS (klien mengatakan) : -Klien mengatakan nyeri pada bagian tungkai karena edema DO (Klin tampak) -Menahan nyeri -Tidak nyaman -Skala nyeri 6 -N : 87x/.menit -P: Nyeri karena edema -Q: nyeri seperti ditusuk tusuk	Jam : 09.00 1. Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam Respon : klien melakukan seperti yang di ajarkan Jam 09.10 2. Memberikan posisi elevasi kaki 30 derajat Respon : klien dibantu istri berikan posisi elevasi kaki 30 derajat seperti yang dsampaikan masih ada nyeri Jam : 09.15	Jam :12.30 S (Klien mengatakan) : - Merasa sedikit lebih nyaman - Nyeri berkurang setelah diberikan elevasi kaki O (Klien tampak) : - Menunjukan hasil pemeriksaan nyeri P: Nyeri karena edema Q: nyeri seperti ditusuk tusuk R: nyeri menjalar di tungkai

	-R: nyeri menjalar di tungkai -S : Skala 6 (dari rentang skala 1- 10) -T : nyeri hilang timbul	3. Identifikasi Skala nyeri Respon : skala nyeri 6 (1-10) P: Nyeri karena aktifitas -Q: nyeri seperti ditusuk tusuk -R: nyeri menjalar di tungkai -S : Skala 6 (dari rentang skala 1- 10) -T : nyeri hilang timbul Jam : 09.20 4. Menciptakan lingkungan yang nyaman Respon : klien merasa nyaman karena tidak ada kebisingan Jam : 10.00 5. Kolaborasi dengan dokter pemberian obat analgesik Respon : injeksi Ketorolac IV	S : Skala nyeri 5 (dari rentang skala 1- 10) T : nyeri hilang timbul A : Masalah nyeri akut belum teratasi P : Lanjutkan intervensi Nomor 1, 2,3,4,5
3	Intoleransi aktivitas b/d kelemahan ditandai dengan DS (Klien mengatakan) :	Jam 10.25 1.Mengkaji hambatan untuk melakukan aktifitas klien	Jam : 12 .35 S (klien mengatakan) : - badan sudah mulai rasa baikan dari yang sebelumnya

-Klien mengatakan selama sakit aktifitas dibantu istri -Klien mengatakan rasa lela dan cape saat beraktifitas DO (klien tampak) : -Ku : Lemah -Kes : Composmentis -Terbaring ditempat tidur - ADL dibantu oleh istri toileting dan personal hygiene -GCS 15 : E4M6V5 -CRT< 2dtk -TD : 110/80 mmHg -Nadi : 87x/menit -SB : 36,6°Celsius -RR : 30x/menit -SPO2 85% - terpasang kateter	Respon : klien mengatakan rasa cape dan lelah saat beraktifitas Jam 10.30 2. Membantu klien dalam melakukan aktifitas sendiri Respon : pasien koooperatif saat dibantu bersama perawat dan istri Jam 10.55 3.Observasi kembali TTV Respon : TD 110/80 mmHg, N: 87x/menit, RR : 30x/menit, SB 36,6,SPO2 85%, GCS 15 : E4M6V5 Jam 11.00 4. Bantu klien untuk dapat alat bantu aktifitas Respon :istri klien mengatakan bahwa suaminya akan memakai kursi roda bila sudah pulang	- sudah bisa berdiri dengan bantuan istri O (klien tampak) : - Ku : Lemah - Kes : composmentis - ADL dibantu istri Toileting dan personal hygiene

F. Catatan perkembangan pertama

Hari /tanggal	No diagnosis	Implementasi	Evaluasi
27 juli 2021	1	Jam : 07.15 1. Mengobservasi kembali TTV Respon : Ku : lemah , Kes : Composmentis GCS 15 : E4M6V5, TD 110/80mmHg, N: 87x/menit , RR : 27 x/menit, SPO2: 85% Jam : 07.30 2. Memberikan oksigen sesuai kebutuhan Respon : Klien terpasang Oksigen nasal kanul 4 ltr sesak berkurang Jam : 07.47 3. Mengatur posisi semi fowler 45°celcius Respon : klien terbaring dengan Posisi semi fowler 45° Jam : 08.00 4. Melakukan auskultasi suara nafas	Jam : 13.00 S (klien mengatakan) : - sesak tidak ada O (klien tampak) : - tidak sesak - tidak menggunakan otot bantu pernafasan - tidak ada Dipsnea - Irama nafas reguler - TD : 120/80MMhG - N : 75x/menit - RR : 25 x/menit - SPO2 95% A : Masalah Pola nafas teratasi P : Lanjutkan Intervensi nomor 1, 2, 3,4,5,6 pasien dipindahkan keruangan

		Respon : terdapat suara nafas tambahan wheezing Jam : 08.05 5. Mencatat irama pernafasan Respon : irama nafas ireguler Jam : 08.55 6. Kolaborasi dengan dokter pemberian penambahan oksigen Respon : terpasang Oksigen nasalkanul 4 ltr	
	2	Jam : 09.00 1. Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam Respon : klien melakukan seperti yang di ajarkan Jam 09.10 2. Memberikan posisi elevasi kaki 30 derajat Respon : klien dibantu istri berikan posisi elevasi kaki 30 derajat seperti yang disampaikan masih ada nyeri Jam : 09.15 3. Identifikasi Skala nyeri Respon : skala nyeri 6 (1-10)	Jam :13.15 S (Klien mengatakan) : - sudah lebih nyaman - Nyeri berkurang setelah diberikan elevasi kaki O (Klien tampak) : - tidak meringis -Menunjukkan hasil pemeriksaan nyeri P: Nyeri karena edema Q: nyeri seperti ditusuk tusuk R: nyeri menjalar di tungkai

		P: Nyeri karena aktifitas -Q: nyeri seperti ditusuk tusuk -R: nyeri menjalar di tungkai -S : Skala 6 (dari rentang skala 1- 10) -T : nyeri hilang timbul Jam : 09.20 4. Menciptakan lingkungan yang nyaman Respon : klien merasa nyaman karena tidak ada kebisingan Jam : 10.00 5. Kolaborasi dengan dokter pemberian obat analgesik Respon : injeksi Ketorolac IV	S : Skala nyeri 4 (dari rentang skala 1- 10) T : nyeri hilang timbul A : Masalah nyeri akut teratasi P : Lanjutkan intervensi Nomor 1, 2,3,4,5 Paiseen dipindahkan keruangan
	3	Jam 10.25 1.Mengkaji hambatan untuk melakukan aktifitas klien Respon : klien mengatakan rasa cape dan lelah saat beraktifitas Jam 10.30 2. Membantu klien dalam melakukan aktifitas sendiri	Jam : 13 .35 S (klien mengatakan) : -badan terasa lebih segar sudah tidak capeh dan lela seperti sebelumnya -sudah bisa lakukan aktifitas makan ,minum dan berdiri dibantu istri

		Respon : pasien koooperatif saat dibantu bersama perawat dan istri Jam 10.55 3.Observasi kembali TTV Respon : TD 120/80 mmHg, N: 88x/menit, RR : 27x/menit, SB 36 ,SPO2 85%, GCS 15 : E4M6V5 Jam 11.00 4. Bantu klien untuk dapat alat bantu aktifitas Respon :istri klien mengatakan bahwa suaminya akan memakai kursi roda bila sudah pulang	O (klien tampak) : -Ku : Lemah -Kes : composmentis -ADL masih dibantu istri Toileting dan personal hygiene TD 120/80 mmHg, N: 70x/menit, RR : 26x/menit, SB 36 ,SPO2 95%, GCS 15 : E4M6V5 A: Masalah intoleransi aktifitas P: Lanjutkan intervensi pasien dipindahkan keruangan - Bantu klien dalam melakukan aktifitas
--	--	---	--

BAB IV

PEMBAHASAN

A. Analisis Kasus terkait teori

Kasus kelolaan utama dalam karya akhir ilmiah Ners ini adalah pasien dengan congestive heart failure (CHF) .Perjalanan penyakit gagal jantung bisa terjadi amat kompleks dan melibatkan jejas kardiak dan ekstrakardiak yang memicu respons neurohormonal seluler dan molekuler serta remodelisasi jantung. Aktivasi neurohormonal yang pada mulanya bersifat adaptif kemudian berlanjut secara kronik yang buruk semakin memperberat jejas jantung dan di luar jantung).

Tn. M didiagnosis menderita penyakit gagal jantung sejak tahun 2019 dan menjalankan perawatan/ kontrol sampai saat ini. Riwayat hipertensi tidak terkontrol sejak dua tahun yang lalu dengan tekanan darah tertinggi. Riwayat penyakit asma disangkal, riwayat penyakit jantung disangkal, riwayat penyakit diabetes disangkal, riwayat pernah terkena batu saluran kemih, riwayat penyakit yang sama dalam keluarga disangkal, dan riwayat merokok disangkal serta riwayat minum alkohol. Informasi dari catatan medis klien diperoleh penyebab utama keadaan yang dialami pasien saat ini adalah penyakit penyerta dan hipertensi yang tidak terkontrol serta dipengaruhi oleh faktor lingkungan serta gaya hidup.

Berdasarkan proses perjalanan penyakit pada pasien didapatkan riwayat hipertensi sejak dua tahun yang lalu dan terdapat kardiomegali . Keadaan tersebut termasuk faktor resiko terjadinya penyakit gagal jantung , adapun penyebab utama penyakit gagal jantung berupa hipertensi, diabetes mellitus, infeksi, penyakit sistemik, anemia, kadar hormon tiroid yang tinggi, dan penyakit jantung bawaan. Penelitian mencatat bahwa 35% hingga 65% dari penderita hipertensi berkembang menjadi proteinuria, dengan satu pertiganya berkembang menjadi insufisiensi gagal jantung dan hingga 10% meninggal akibat gagal jantung. Hipertensi merupakan salah satu penyebab gagal jantung . Hipertensi menyebabkan banyak nefron fungsional mengalami gangguan secara progresif, ireversibel dan Sklerosis terjadi akibat peningkatan tekanan dan regangan yang berlangsung

Peningkatan sistole maupun diastole tekanan darah dapat disebabkan oleh beberapa hal, tetapi sebenarnya peningkatan ini terjadi akibat 2 parameter yang meningkat yaitu peningkatan tahanan perifer total tubuh dan peningkatan cardiac

output/curah jantung. Sehingga dapat dikatakan bahwa segala sesuatu yang menyebabkan terjadinya peningkatan salah satu atau keduanya, maka akan menyebabkan orang tersebut mengalami peningkatan tekanan darah (hipertensi) (Sibernagl dalam Kadir, 2018).

Hipertensi renal merupakan hipertensi sekunder yang angka kejadiannya sekitar 5 %, jauh lebih sedikit dibanding dengan hipertensi primer. Tetapi kejadian hipertensi renal yang terjadi dapat merupakan komplikasi dari hipertensi primer. Hipertensi primer yang menetap dan tidak diobati dapat menyebabkan kerusakan gagal jantung dan kemudian dapat menyebabkan hipertensi menjadi lebih parah dan dapat menyebabkan komplikasi yang lainnya, dan apabila penyakit gagal jantung tidak diobati maka akan menyebabkan hipertensi menetap dan memperparah kerusakan jantung. Hipertensi menyebabkan jantung bekerja lebih keras dalam memompa dan mengedarkan darah ke seluruh tubuh, sehingga menimbulkan penebalan otot jantung. Jika dibiarkan, otot jantung akan melemah dan jantung tidak lagi mampu memompa darah secara efektif. Hal inilah yang membuat gagal jantung dapat terjadi akibat komplikasi hipertensi. (Kadir, 2018).

Hasil penelitian Supadmi (2011), menunjukkan bahwa hipertensi merupakan salah satu faktor risiko gagal jantung. Oleh sebab itu, pengontrolan tekanan darah pada pasien gagal jantung sangat penting untuk mencegah dan memperlambat resiko gagal jantung, dimana penatalaksanaan hipertensi secara menyeluruh berdasarkan JNC VII dalam Chbanian untuk semua usia pasien atau tanpa diabetes diharapkan tekanan darah sistolik < 150 mmHg dan diastolik < 90 mmHg (Kadir, 2018).

Selain hipertensi yang ditemui di Rs ada juga pasien dengan Diabetes yang terkena gagal jantung, dan diabetes itu disebabkan oleh kadar gula yang tinggi dan jika dibiarkan tidak terkontrol bisa meningkatkan risiko penyakit jantung menyerang. Pasalnya, glukosa berlebih yang mengalir dalam darah bisa merusak pembuluh darah dan pada akhirnya memicu serangan jantung. Kerusakan yang disebabkan antara lain terjadinya penumpukan lemak akibat kolesterol atau plak disebut dengan aterosklerosis. Orang yang memiliki riwayat penyakit diabetes memiliki potensi yang lebih besar mengidap penyakit jantung, risiko komplikasi penyakit bisa menyerang pada usia muda. Risiko penyakit kardiovaskular, termasuk serangan jantung lima kali lebih besar pada laki-laki usia paruh baya, dan delapan kali lebih besar pada perempuan yang mengidap diabetes.

Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi kegagalan pompa jantung adalah penyakit hipertensi, penyakit jantung bawaan, diabetes mellitus dan kardiomiopati. Lebih lanjut dijelaskan bahwa diantara faktor tersebut, risiko tinggi bermula pada hipertensi sebanyak 75%. Berdasarkan studi dari Framingham, gagal jantung rata-rata terjadi pada laki-laki dan perempuan yang rasio setiap tahunnya 10 per 1000 populasi dengan usia diatas 65 tahun Faktor pencetus terjadinya penyakit gagal jantung yaitu peningkatan asupan garam, ketidakpatuhan menjalani pengobatan anti gagal jantung, serangan hipertensi, aritmia akut, infeksi atau demam, anemia, emboli paru, tirotoksikosis, kehamilan dan endokarditis infeksi (Aspiani, 2015).

Gagal jantung terjadi ketika kondisi jantung telah rusak dan lemah. Pada penderitanya, serambi utama jantung yang bertugas memompa darah ke seluruh tubuh tidak lagi berfungsi optimal. Pada beberapa kasus gagal jantung, otot jantung telah lemah dan rusak sehingga tidak dapat memompa darah ke seluruh tubuh. Seiring dengan berjalannya waktu, jantung tak bisa memenuhi kebutuhan aliran darah tubuh. Pada jantung yang sehat, 50 persen atau lebih darah di serambi berhasil dipompa di setiap detak jantung. Namun ketika gagal jantung terjadi, angka ini tidak tercapai. Fungsi utama jantung adalah memompa darah ke seluruh tubuh. Sebagai alat transportasi dalam tubuh, darah bertugas membawa nutrisi dan oksigen yang dibutuhkan oleh organ-organ tubuh, sekaligus mengangkut zat-zat sisa. Jantung dan pembuluh darah membentuk sistem kardiovaskular untuk memastikan kelangsungan hidup kita. Jantung yang normal dan sehat didukung oleh jaringan otot yang kuat dan bekerja dengan baik dalam memompa darah. Jantung yang berdetak secara terus menerus dalam memompa darah, mampu mengalirkan lebih dari 14.000 liter darah per hari. Jantung manusia yang ukurannya hampir sebesar kepalan tangan, terbagi menjadi empat bagian, yaitu serambi kanan dan kiri, serta bilik kanan dan kiri, tiap ruangan jantung ini dipisahkan oleh lapisan dinding yang disebut septum, darah dipompa melalui bagian-bagian tersebut. Untuk memastikan alur aliran darah, terdapat katup-katup yang dapat membuka dan menutup terdapat empat katup pada jantung, yaitu: katup mitral, katup aorta, katup trikuspid dan katup pulmonalis.

B. Analisis Masalah keperawatan pada kasus Kelolaan

Beberapa diagnosa masalah keperawatan yang akan di bahas pada Tn.M adalah Pola nafas tidak efektif b/d penurunan ekspansi paru, nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologi dan Intoleransi aktifitas. Diagnosa

keperawatan adalah proses menganalisis data subjektif dan data objektif yang telah diperoleh pada tahap pengkajian untuk menegaskan diagnosis keperawatan. Berdasarkan teori ada 5 diagnosa keperawatan semua diagnosa sudah ada di RS sesuai dengan intervensi dalam teori tidak ada perbedaan, dan Ada 3 diagnosa keperawatan yang di temukan oleh penulis pada Tn. M diantaranya Pola nafas tidak efektif b/d penurunan ekspansi paru, Nyeri akut b/d agen cedera fisiologi, dan Intoleransi aktivitas b/d kelemahan.

Rencana keperawatan merupakan preskripsi untuk perilaku spesifik, yang diharapkan dari pasien atau tindakan keperawatan dipilih untuk membantu pasien dalam mencapai hasil yang diharapkan. Harapannya adalah perilaku akan dipreskripsikan akan menguntungkan pasien dan keluarga, dalam cara yang dapat diprediksi yang berhubungan dengan masalah diidentifikasi dan tujuan yang telah dipilih. Dalam menyusun rencana tindakan keperawatan kepada klien berdasarkan prioritas masalah yang ditemukan tidak semua rencana tindakan pada teori dapat ditegakkan pada tinjauan kasus, karena tindakan pada tinjauan kasus disesuaikan dengan keluhan dan keadaan klien pada saat pengkajian.

Diagnosa pertama didapatkan pada Tn.M ialah Pola nafas tidak efektif b/d penurunan ekspansi paru pada saat dilakukan pengkajian didapatkan data subjektif pasien mengatakan sesak nafas dan didapatkan data objektif dimana pasien tampak sesak, pasien tampak gelisah, tidak nyaman, pucat, suara nafas tambahan wheezing, irama nafas ireguler. Tindakan yang dilakukan ialah memberikan posisi semi fowler 45° untuk mempertahankan kepatenan jalan nafas dan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8 jam diharapkan sesak nafas klien berkurang dengan kriteria hasil pola nafas klien kembali efektif, dan sesak nafas klien berkurang. Pada pasien gagal jantung kongestif dengan pola nafas tidak efektif terjadi karena ventrikel kiri tidak mampu memompa darah yang datang dari paru-paru sehingga terjadi peningkatan tekanan dalam sirkulasi paru yang menyebabkan cairan terdorong ke jaringan paru (Nugroho, 2016).

Diagnosa kedua didapatkan Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis dengan data subjektif klien mengatakan rasa nyeri pada kedua tungkai kaki, objektif tampak menahan nyeri, ada edema, gelisa, nyeri seperti di tusuk-tusuk, hilang timbul, skala nyeri 6 (1-10), nyeri saat aktifitas. Intervensi yang dilakukan Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam dan berikan Posisi Elevasi Kaki dengan tujuan untuk mengurangi nyeri edema pada kedua tungkai kaki.

Edema perifer pada pasien merupakan akibat dari penumpukan cairan karena berkurangnya tekanan osmotik plasma dan retensi natrium dan air. Akibat peranan dari gravitasi, cairan yang berlebih tersebut akan lebih mudah menumpuk di tubuh bagian perifer seperti kaki, sehingga edema perifer akan lebih cepat terjadi dibanding gejala kelebihan cairan lainnya. Karena hal tersebut kejadian edema perifer pada pasien cukup tinggi (Aisara, 2018).

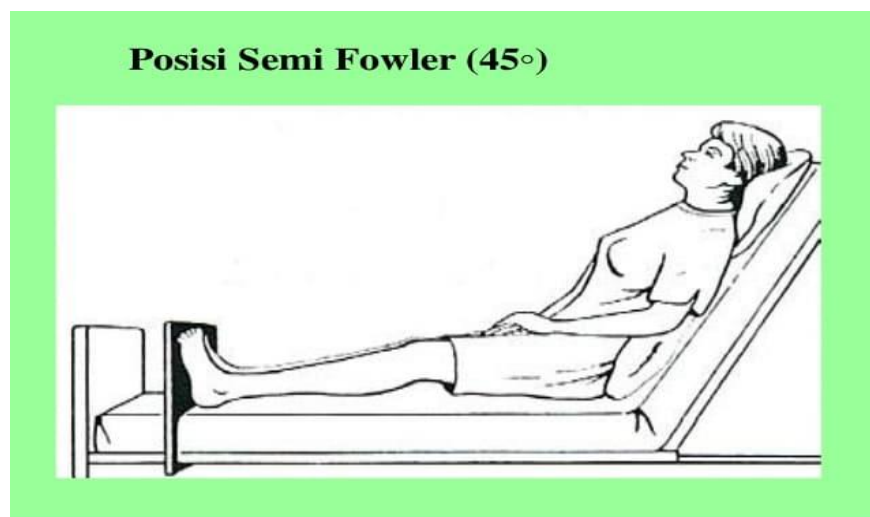
Diagnosa ketiga Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan dimana data subjektif klien mengatakan aktivitas sehari-hari dibantu istri, kelelahan dan cape, data Objektifnya Ku Lemah, Kes Composmentis TD:110/80 mmHg, N 75x/menit, SPO2 85%, RR 30x/menit, terdapat edema pada kedua tungkai tintervensi yang berikan Membantu klien melakukan aktifitas sehari

C. Analisa salah satu intervensi dengan konsep dan hasil penelitian

Ada beberapa teknik untuk mengurangi sesak selain dengan oksigen bisa juga dengan memberikan posisi semi fowler 45° Posisi bukan hanya berbicara tentang pertahanan pola nafas namun bagaimana kenyamanan pasien ketika berada pada posisi semi fowler 45°. Intervensi ini sudah dilakukan pada RS sesuai teori dan beberapa penelitian telah membuktikan posisi semo fowler 45° sangat membantu dalam mengatasi pasien dengan sesak dimana pada pasien yang sesak langsung ditangani selain dengan Oksigen bisa menggunakan teknik posisi semi fowler untuk mengurangi sesak . Posisi merupakan salah satu intervensi keperawatan yang dapat memengaruhi kondisi hemodinamik, pasien yang memiliki posisi efek yang berbeda juga. Pada Pasien CHF diberikan posisi fowler dengan tujuan untuk meringankan pernapasan pasien .Pada pasien CHF apa bila tidak segera ditangani maka akan menurunkan cara kerja jantung ,menyebabkan gangguan pernafasan dan menimbulkan kematian. Tindakan pada perawat menjelaskan terapi keperawatan dengan semi-fowler untuk mengatasi sesak pada pasien gagal jantung , tindakan memberikan semi fowler adalah untuk menurunkan konsumsi oksigen dan meningkatkan ekspansi paru yang maksimal. Serta untuk mengatasi kerusakan pertukaran gas yang berhubungan dengan perubahan membran kapiler alveolusPosisi fowler yang paling umum adalah semi fowler yaitu kepala dan tubuh ditinggikan 45 derajat. Posisi fowler adalah posisi yang dipilih oleh orang yang mengalami susah bernafas dan orang dengan masalah jantung. Gravitasi menarik diafragma kebawah sehingga mempengaruhi ekspansi paru yang lebih mengembang saat klien berada pada posisi semi fowler atau fowler tinggi (Kozier, 2015).

Posisi semi fowler adalah suatu posisi dimana kepala tempat tidur dinaikkan 30 cm (8-10 inci) dengan sudut kemiringan 45-60°, dari rentang 45-60° semakin tinggi kemiringannya maka aliran balik vena ke Jantung (preload) akan semakin berkurang. Selain itu dengan memposisikan memposisikan pasien semi fowler maka kongesti paru juga akan berkurang dan penekanan diafragma ke hepar menjadi minimal. Selain itu intervensi keperawatan untuk mempertahankan dan meningkatkan pengembangan paru dengan melakukan prosedur non invasive yakni dengan menggunakan teknik pengaturan posisi salah satunya dengan memberikan posisi semi fowler sehingga oksigenasi adekuat (Suddarth, 2010). Posisi semi fowler membuat oksigen di dalam paru-paru semakin meningkat sehingga memperringan kesukaran napas. Posisi ini akan mengurangi kerusakan membran alveolus akibat tertimbunnya cairan. Hal tersebut dipengaruhi oleh gaya gravitasi sehingga O₂ delivery menjadi optimal.

Tujuan pemberian posisi semi fowler adalah : Membantu mengatasi masalah kesulitan pernapasan dan pasien dengan gangguan sesak napas. Pengaturan posisi yang tepat dan nyaman pada pasien sangatlah penting terutama pasien yang mengalami sesak napas, hasil penelitian ini menunjukkan bahwa posisi semi fowler lebih nyaman dan lebih mudah dipahami oleh pasien akan tetapi posisi fowler lebih efektif untuk penurunan sesak napas dan meningkatkan saturasi oksigen dengan ditunjukkan rata-rata penurunan sesak napas 4-5x/ menit dan peningkatan saturasi oksigen sebesar 5-6%. Melihat dari data tersebut diatas peneliti dapat menyimpulkan bahwa posisi fowler efektif digunakan (Susanto, 2017).



Gambar. 2.4 Posisi semi fowler

(<https://www.slideshare.net/FahmiHakam/praktek-mobilisasi-fisik>)

Bahwa posisi semi fowler membuat oksigen di dalam paru-paru semakin meningkat sehingga memperingan kesukaran napas. Posisi ini akan mengurangi kerusakan membran alveolus akibat tertimbunnya cairan. Hal tersebut dipengaruhi oleh gaya gravitasi sehingga O₂ delivery menjadi optimal.

Menurut penelitian oleh Nur kasan (2020) , tentang efektifitas posisi semi fowler terhadap penurunan respiratori rate pasien gagal jantung kronik (CHF) menyatakan bahwa posisi semi fowler membuat oksigen didalam paru-paru semakin meningkat sehingga memperingan pernapasan posisi ini akan mengurangi kerusakan membran aveolus akibat tertimbunnya cairan. Hal tersebut dipengaruhi oleh gaya gravitasi sehingga O₂ menjadi optimal sesak nafas akan berkurang, dan akhirnya proses perbaikan kondisi klien lebih cepat.

Diikuti hasil penelitian oleh iis wahyuni (2015) tentang pengaruh pengaturan posisi semi fowler 45° terhadap perubahan nilai saturasi oksigen pada pasien congestive heart failure yang menyatakan bahwa Ada pengaruh pengaturan posisi semi fowler 45 °terhadap perubahan nilai saturasi oksigen pada pasien congestive heart failure (CHF).

Hasil penelitian oleh Arum Kusuma Wati (2020), tentang perbedaan saturasi oksigen dan respirasi rate pasien congestive heart failure pada perubahan posisi semi fowler yang menyatakan bahwa pasien saat diberikan posisi fowler dapat memungkinkan rongga dada dapat berkembang secara luas dan pengembangan paru meningkat sehingga asupan oksigen membaik. Posisi fowler merupakan posisi setengah duduk tegak, dimana bagian tidur lebih tinggi atau dinaikkan.

Dilanjutkan hasil penelitian oleh Dwi Nur Aini (2017) tentang pengaruh pemberian posisi semi fowler terhadap respiratory rate pasien tuberkulosis paru yang menyatakan, ada pengaruh pemberian posisi semifowler terhadap respiratory rate pada pasien tuberkulosis paru Peneliti sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Singal, 2013 yang berjudul “A Study on the Effect Position in COPD Patients to Improve Breathing Pattern” ditemukan bahwa 64% pasien lebih baik dalam posisi 30-45, 24% pada posisi 60, dan 12% pasien lebih baik dalam posisi 90.

Dikuti penelitian oleh Shinta (2017) tentang pengaruh pemberian Posisi semi fowler 45° terhadap keefektifan pola nafas pasien Tb yang menyatakan ada pengaruh dalam pemberian posisi semi fowler 45° terhadap keefektifan pola

nafas. dimana terjadi peningkatan pola nafas pada pasien Tb sehingga sesak berkurang dengan posisi semi fowler.

Intervensi pemberian posisi semi fowler 45° terhadap penurunan curah jantung yang bertujuan untuk mengurangi rasa sesak pada pasien, dilakukan dan diobservasi pada waktu 1 kali pertemuan dimana tindakan keperawatan 1x8 jam. Dimana pertemuan ke-1 pada tanggal 27 juli 2021. Intervensi yang dilakukan juga baik untuk kesehatan pada pola nafas pasien CHF yang memiliki masalah dengan sesak serta bisa dilakukan secara mandiri saat dirumah nanti.

Hasil akhir dari penerapan intervensi pemberian posisi semi fowler 45° kepada klien diperoleh melalui observasi terhadap keluhan subjektif rasa sesak nafas pasien serta ada tidaknya perubahan berat badan klien. Selain itu irama nafas, suara nafas juga diobservasi lebih lanjut.

Hasil observasi menunjukkan adanya perubahan setelah diberikan intervensi pemberian posisi semi fowler 45°. Pasien selama diberikan intervensi selama 1x8 jam, pada pertemuan ke-1 menunjukkan perubahan pada pola nafas pasien, yang rasa sesak, sulit bernafas dan saat diberikan intervensi terasa sesak berkurang dari yang sebelumnya dan mukosa bibir menjadi lembab. Hasil wawancara yang dilakukan kepada klien setelah penerapan intervensi tersebut didapatkan hasil jika mukosa bibir klien terasa lebih lembab, tidak pucat, tidak sesak setelah penerapan intervensi pemberian posisi semi fowler 45°. Namun, klien mengatakan bahwa itu tidak berlangsung lama karena setelah posisinya buka semi fowler sesaknya muncul kembali klien merasakan sesak tiba-tiba. Hasil ini berbeda dengan penerapan intervensi berkumur air matang. Klien mengatakan jika saat terpasang oksigen tidak ada perubahan signifikan seperti pada tindakan posisi semi fowler

D. Alternatif pemecahan masalah

Penerapan intervensi pemberian fisioterapi Pursed-lip Breathing untuk mengatasi keluhan yang pasien rasakan yaitu sulit bernafas, dan sesak nafas yang berlebihan, tentu akan dihadapkan dengan masalah yang berhubungan dengan sesak. Pasien yang tidak suka oksigen atau yang tidak tahan akan oksigen, tidak bisa melakukan terapi ini. Alternatif yang dianjurkan jika tidak bisa menghirup oksigen di RS, bisa dilakukan dengan cara SEPERTI INI DI RUMAH Pursed-lip Breathing. Pursed lip breathing exercise adalah suatu metode latihan pernapasan dengan cara memperpanjang fase ekspirasi. Hal ini

bertujuan untuk memberikan waktu pada bronkus untuk melebar sehingga dapat mengurasi sesak. Sedangkan diaphragmatic breathing adalah pernapasan yang dilakukan dengan memaksimalkan fungsi paru, sampai ke paru bagian bawah sehingga dapat meningkatkan kapasitas paru . Dalam bernapas atau dengan cara membesarkan perut kedepan dan dilakukan secara perlahan, ketika menghembuskannya Latihan ini bertujuan untuk mengajarkan pernapasan perut, mengatur pernapasan jika sesak nafas, untuk mengatasi masalah penurunan volume paru pada arus puncak ekspirasi (Hurst 2015).

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Kasus kelolaan dengan diagnosa medis congestive heart failure (CHF) dengan penyakit penyerta adalah Hipertensi Pasien. Hasil pengkajian didapatkan diagnosa yang menjadi prioritas yaitu diagnosa Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan penurunan ekspansi paru. Masalah keperawatan pola nafas tidak efektif diberikan intervensi berdasarkan Nursing Outcomes Classification (NOC) dan Nursing Interventions Classification (NIC) selama 1x8 jam. Tujuan yang akan dicapai berdasarkan NOC dengan pemberian oksigen Berdasarkan tujuan yang ada diberikan tindakan berdasarkan NIC yaitu Pola nafas tidak efektif. Implementasi dilakukan selama 1 kali pertemuan berdasarkan intervensi keperawatan yang telah disusun. Kemudian di evaluasi setiap akhir pertemuan. Hasil evaluasi didapatkan pada masalah pola nafas tidak efektif berhubungan dengan penurunan ekspansi paru sudah teratasi, karena keluhan pada sesak sudah teratasi
2. Intervensi yang diberikan kepada Tn. JM adalah memberikan posisi semi fowler untuk menurunkan rasa sesaks yang pasien rasakan. Pertemuan ke-1, hasil dari observasi sesak berkurang , yang sebelum diberikan posisi semi fowler mukosa bibir pucat, tampak sesak. Hasil wawancara secara subjektif pasien mengatakan ada perubahan, dari awalnya sulitbernafas dan merasa sesak dan pasien tampak senang .

B. Saran

1. Untuk Rumah Sakit
Diharapkan petugas kesehatan melakukan observasi terhadap pasien secara maksimal dan terus menerus untuk mengetahui kondisi pasien setiap waktu.
2. Untuk Keluarga Pasien
Diharapkan keluarga dapat menambah pengetahuan tentang penyakit gagal

jantung kongestif serta cara penanganan saat di rumah maupun diluar Rs dan pencegahan yang tepat agar nantinya tidak terjadi lagi pada anggota keluarga yang lain.

3. Untuk peneliti lain

Diharapkan nantinya penelitian ini dapat digunakan sebagai referensi atau sumber data untuk penelitian selanjutnya tentang peningkatan oksigenasi pada pasien CHF.

DAFTAR PUSTAKA

World Health Organization. Cardiovascular Diseases [Internet]. 2016 [cited 2016 Sep 23]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases>

Aspani I dan Roxana D T. (2016). *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. Jakarta: Elsevier.

Koziar,Nurlaela, ES. (2017). Upaya Penatalaksanaan Pola Napas Tidak Efektif Pada Pasien Congestive Heart Failure. *Jurnal*. Surakarta: UMS.

Ongkowijaya , P N. (2015). Manajemen Terapi Oksigen Oleh Perawat di Ruang Instalasi Gawat Darurat RSUD Karanganyar. *Jurnal Keperawatan*, hlm.3

Black & hawks. (2014). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan*. Jakarta: EGC

Hurst,S., Huriani, E., suniani. (2015). Gambaran Tindakan Pencegahan Sekunder pada Pasien Penyakit Jantung Koroner. Diperoleh pada tanggal 08 Januari 2018 dari <http://respiratory.unri.ac.id/>.

Herdman, T . H., & Kamitsuru, S. (2015). Diagnosis Keperawatan Definisi gagal jantung & Klasifikasi 2015-2017 .Edisi 10. Jakarta: EGC.

Kehat I, Molkentin JD. (2010). Molecular pathways underlying cardiac remodeling during.

Kementerian Kesehatan RI. (2014). Riset Kesehatan Dasar 2014. Diakses pada 24 Januari 2018, dari <http://www.litbang.depkes.go.id>.

Riskesdas. (2013). Riset Kesehatan Dasar. *Laporan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia* diunduh dari www.depkes.go.id pada 6 Januari 2018

Rosdahl, C B dan Mary T. Kowalski. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Dasar gagal jantung*. Jakarta: EGC

Suratinoyo, I. (2016). Hubungan Tingkat Kecemasan Dengan Mekanisme Koping pada Pasien Gagal Jantung Kongestif di Ruangan CVBC (Cardio Vaskuler Brain Centre) Lantai III di RSUP. Prof. dr. R. D. Kandou Manado *Ejournal Keperawatan (e-Kp)* Volume 4 Nomor 1

Syandi, Janrizky Praerda. (2016). Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Oksigenasi pada Tn. S Di Ruang Inayah Pku Muhammadiyah Gombong *Jurnal Stikes Muhammadiyah Gombong*.