



POLTEKKES KEMENKES RI PADANG

**ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN PEMENUHAN
KEBUTUHAN OKSIGEN PADA PASIEN *CONGESTIVE
HEART FAILURE* (CHF) DI RUANG IRNA NON-
BEDAH PENYAKIT DALAM RS TK III
Dr. REKSODIWIRYO PADANG**

KARYA TULIS ILMIAH

**NURFIANA PITRI
NIM : 203110182**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG
JURUSAN KEPERAWATAN
TAHUN 2023**



POLTEKKES KEMENKES RI PADANG

**ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN PEMENUHAN
KEBUTUHAN OKSIGEN PADA PASIEN *CONGESTIVE
HEART FAILURE* (CHF) DI RUANG IRNA NON-
BEDAH PENYAKIT DALAM RS TK III
Dr. REKSODIWIRYO PADANG**

KARYA TULIS ILMIAH

**Diajukan ke Program Studi D III Keperawatan Politeknik Kesehatan
Padang Sebagai Salah Satu Syarat untuk Memperoleh
Gelar Ahli Madya Keperawatan**

**NURFIANA PITRI
NIM : 203110182**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG
JURUSAN KEPERAWATAN
TAHUN 2023**

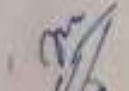



HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah diajukan oleh:

Nama : Nurriana Putri
NIM : 203110182
Program Studi : D-III Keperawatan Padang
Judul : Analisis Keperawatan Gangguan Perembutan Kebutuhan Oksigen pada Pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) di Ruang Inta Non-Bedah Non-Bedah Penyakit Dalam RS Ta-Hi Dr. Reksosuwiryo Padang

Karya Tulis Ilmiah ini telah diuji dan dipertahankan di depan Tim Penguji Ujian Karya Tulis Ilmiah Program Studi D-III Keperawatan Padang Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang dan dinyatakan telah memenuhi syarat dan diterima.

DEWAN PENGUJI

Komis Penguji	Herwan, SKM, M.Biomed	()
Penguji 1	Efitra, S.Kp., M.Kes	()
Penguji 2	Na. Sulaimi, S. Kap., M.Kep	()
Penguji 3	Na. Yenni Fadriyanti, S.Kep., M.Kep	()

Disetujui di : Poltekkes Kemenkes Padang

Tanggal : 22 Mei 2023

Mengotabui
Ketua Prodi D-III Keperawatan Padang



Na. Yenni Fadriyanti, S.Kep., M.Kep
NIP. 19750121 199903 2 002

KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti ucapkan kepada Allah SWT, karena atas berkat dan rahmat-Nya peneliti dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul “**Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Oksigen pada Pasien Congestive Heart Failure (CHF) di Ruang Irna Non-Bedah Penyakit Dalam RS Tk III Dr. Reksodiwiryono Padang**”. Karya Tulis Ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan D-III Keperawatan Padang Program Studi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang. Peneliti mengucapkan terimakasih atas bantuan dan bimbingan dari Bapak Ns. Suhaimi, S.Kep., M.Kep selaku pembimbing I dan Ibu Ns. Yessi Fadriyanti, S.Kep., M.Kep selaku pembimbing II yang telah menyediakan waktu, tenaga, pikiran, dan kesabaran untuk mengarahkan, peneliti dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis juga mengucapkan terimakasih kepada :

1. Ibu Renidayati, S.Kp., M.Kep., Sp.Jiwa selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Padang yang telah membantu dalam usaha memperoleh data yang diperlukan.
2. Bapak Letnan Kolonel CKM dr. Faisal Rosady, Sp.An selaku Kepala RS Tk III Dr. Reksodiwiryono Padang yang telah banyak membantu dalam memperoleh data yang peneliti perlukan.
3. Bapak Tasman, S.Kp., M.Kep., Sp.Kom selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Padang yang telah membantu dalam usaha memperoleh data yang diperlukan.
4. Ibu Ns. Yessi Fadriyanti, S.Kep., M.Kep selaku ketua Prodi Keperawatan Padang Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Padang yang telah membantu dalam usaha memperoleh data yang diperlukan.
5. Bapak/Ibu Dosen dan Staf Program Studi Keperawatan Padang Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Padang yang telah

memberikan bekal ilmu untuk peneliti.

6. Teristimewa kepada kedua orang tua yang selalu memberikan doa, semangat dan dukungan moril maupun materil kepada saya untuk kelancaran penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini dan selalu setia mendengar keluh kesah, terimakasih untuk cintanya.

Peneliti menyadari Karya Tulis Ilmiah ini masih terdapat kekurangan. Oleh karena itu peneliti mengharapkan kritikan dan saran yang membangun dari semua pihak untuk kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini. Akhir kata, saya berharap kepada Allah SWT berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat bagi pengembangan ilmu keperawatan.

Padang, Mei 2023

Peneliti

HALAMAN PERNYATAAN ORSINALITAS

Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar

Nama : Nurfiana Pitri

NIM : 203110182

Tanda Tangan :



Tanggal : Mei 2023

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah yang berjudul "Asuhan Keperawatan Gangguan Persebaran Kebumuhan Oksigen pada Pasien *Compensative Heart Failure* (CHF) di Ruang Inta Non-Bedah Penyakit Dalam RS Tk III Dr. Reksodiwiryo Padang" telah diperiksa dan disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim Peneliti ujian Karya Tulis Ilmiah Program Studi D-III Keperawatan Padang Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Padang.

Padang, 17 Mei 2023

Menyetujui,

Pembimbing I

Pembimbing II

Ns. Suhaimi, S.Kep., M.Kep
NIP : 19690715 199803 1 002

Ns. Yessi Fadriyanti, S.Kep., M.Kep
NIP : 19750121 199903 2 002

Mengetahui,

Ketua Prodi D-III Keperawatan Padang
Poltekkes Kemenkes RI Padang

Ns. Yessi Fadriyanti, S.Kep., M.Kep
NIP. 19750121 199903 2 002

vi

Poltekkes Kementerian Kesehatan RI Padang

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG**

**Karya Tulis Ilmiah, Mei 2023
Nurfiana Pitri**

“Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Oksigen pada Pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) di Ruang Irna Non-Bedah Penyakit Dalam RS Tk III Dr. Reksodiwiryo Padang”

Isi : xii + 59 halaman, 5 tabel, 11 lampiran

ABSTRAK

Menurut WHO (2021) penyakit kardiovaskuler merupakan penyebab utama kematian diseluruh belahan dunia. Kebutuhan oksigen diperlukan untuk proses kehidupan. Berdasarkan survei awal penelitian yang dilakukan pada salah satu pasien CHF dengan keluhan sesak napas akibat ketidakmampuan jantung untuk memompa darah keseluruh jaringan tubuh, pasien tersebut diberikan oksigen 3 L/menit dengan nasal kanul, namun pasien tidak menggunakan oksigen yang diberikan dan perawat ruangan tidak terlalu mengawasi pasien. Tujuan penelitian untuk mendeskripsikan asuhan keperawatan gangguan pemenuhan kebutuhan oksigen pada pasien CHF di RS Tk III Dr. Reksodiwiryo Padang.

Desain penelitian adalah deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Penelitian dilakukan di Ruang Penyakit Dalam RS TK III Dr. Reksodiwiryo Padang, dimulai dari bulan Desember 2022 sampai Mei 2023. Populasi saat penelitian ada satu orang pasien CHF dan dijadikan langsung sebagai sampel dengan teknik *purposive sampling*. Teknik pengumpulan data melalui wawancara, pengukuran, pemeriksaan fisik, dan studi dokumentasi.

Hasil pengkajian didapatkan pasien sesak napas dan bertambah saat beraktivitas dengan frekuensi napas 24 x/menit. Diagnosis keperawatan gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler. Intervensi meliputi pemantauan respirasi, pemberian terapi oksigen, dan pemberian diuretik. Implementasi memberikan oksigen, menghitung frekuensi napas pasien, dan memberikan diuretik. Evaluasi keperawatan pertukaran gas meningkat dengan kriteria hasil dispnea menurun.

Melalui Karumkit, perawat ruangan diharapkan tetap melanjutkan pemberian diuretik pada pasien CHF dengan gangguan pemenuhan kebutuhan oksigen agar respirasi pasien tetap stabil.

**Kata Kunci (Key Word) : Oksigen, CHF, Asuhan Keperawatan
Daftar Pustaka : 34 (2013 – 2023)**

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
KATA PENGANTAR	iii
HALAMAN PERNYATAAN ORSINALITAS	v
LEMBAR PERSETUJUAN	vi
ABSTRAK	vii
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	xii

BAB 1 PENDAHULUAN

A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan Penelitian	5
1. Tujuan Umum	5
2. Tujuan Khusus	6
D. Manfaat Penelitian	6

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Oksigen	8
1. Pengertian Oksigenasi	8
2. Fungsi Pernapasan	8
3. Kebutuhan Oksigen	8
4. Sistem yang Berpengaruh dalam Pemenuhan Kebutuhan Oksigen	8
5. Anatomi Sistem Pernapasan	10
6. Proses Pemenuhan Kebutuhan Oksigen	12
7. Faktor yang Mempengaruhi Kebutuhan Oksigenasi	13
8. Masalah Terkait Pemenuhan Kebutuhan Oksigen	14
B. Konsep Penyakit <i>Congestive Heart Failure</i> (CHF)	17
1. Pengertian <i>Congestive Heart Failure</i> (CHF)	17
2. Etiologi <i>Congestive Heart Failure</i> (CHF)	17
3. Klasifikasi <i>Congestive Heart Failure</i> (CHF)	19
4. Patofisiologi <i>Congestive Heart Failure</i> (CHF)	21
5. Manifestasi Klinis <i>Congestive Heart Failure</i> (CHF)	21
6. Pemeriksaan Fisik <i>Congestive Heart Failure</i> (CHF)	22
7. Pemeriksaan Penunjang <i>Congestive Heart Failure</i> (CHF)	23
8. Komplikasi <i>Congestive Heart Failure</i> (CHF)	24
9. Penatalaksanaan <i>Congestive Heart Failure</i> (CHF)	24

C. Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Oksigen pada Pasien <i>Congestive Heart Failure</i> (CHF).....	25
1. Pengkajian Keperawatan.....	25
2. Diagnosis Keperawatan.....	32
3. Intervensi Keperawatan.....	33
4. Implementasi Keperawatan.....	35
5. Evaluasi Keperawatan.....	35

BAB III METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian.....	36
B. Tempat dan Waktu Penelitian.....	36
C. Populasi dan Sampel.....	36
D. Alat/Instrumen Pengumpulan Data.....	37
E. Teknik Pengumpulan Data.....	38
F. Jenis-Jenis Data.....	39
G. Prosedur Pengambilan Data.....	40
H. Analisis.....	40

BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Deskripsi Tempat.....	42
B. Deskripsi Kasus.....	42
1. Pengkajian Keperawatan.....	42
2. Diagnosis Keperawatan.....	47
3. Intervensi Keperawatan.....	48
4. Implementasi Keperawatan.....	50
5. Evaluasi Keperawatan.....	51
C. Pembahasan Hasil Penelitian.....	53
1. Pengkajian Keperawatan.....	53
2. Diagnosis Keperawatan.....	55
3. Intervensi Keperawatan.....	56
4. Implementasi Keperawatan.....	57
5. Evaluasi Keperawatan.....	57

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan.....	59
B. Saran.....	59

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Diagnosis dan Intervensi Keperawatan SDKI, SLKI, dan SIKI.....	33
Tabel 4.1 Hasil Pemeriksaan Laboratorium.....	46
Tabel 4.2 Program Terapi Dokter.....	47
Tabel 4.3 Analisa Data.....	47
Tabel 4.4 Perencanaan Keperawatan.....	48

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Surat Izin Pengambilan Data dari Poltekkes Kemenkes Padang
- Lampiran 2 : Surat Izin Pengambilan Data dari Instalasi Rekam Medik RS Tk III
Dr. Reksodiwiryono Padang
- Lampiran 3 : Surat Izin Penelitian dari Poltekkes Kemenkes Padang
- Lampiran 4 : Surat Izin Penelitian dari Instalasi Rekam Medik RS Tk III
Dr. Reksodiwiryono Padang
- Lampiran 5 : Lembar Konsultasi Karya Tulis Ilmiah Pembimbing I
- Lampiran 6 : Lembar Konsultasi Karya Tulis Ilmiah Pembimbing II
- Lampiran 7 : Lembar Informed Consent
- Lampiran 8 : Dokumentasi Asuhan Keperawatan Dasar
- Lampiran 9 : Daftar Hadir Penelitian
- Lampiran 10 : Surat Keterangan Selesai Penelitian
- Lampiran 11 : Lembar Ganttchart

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Nurfiana Pitri
NIM : 203110182
Tempat/Tanggal Lahir : Payakumbuh/14 Desember 2001
Agama : Islam
Status Perkawinan : Belum Kawin
Orang Tua : Ayah : Ujang Fauzi
Ibu : Ernita
Alamat : Jln. Bunga Tanjung RT 02/ RW 03 Kel. Koto Panjang Dalam Kec. Lamposi Tigo Nagori Kota Payakumbuh Provinsi Sumatera Barat.

Riwayat Pendidikan

No	Pendidikan	Tahun
1	TK RA Pelita	2007-2008
2	SD N 37 Payakumbuh	2008-2014
3	SMP N 1 Payakumbuh	2014-2017
4	SMA N 3 Payakumbuh	2017-2020
5	Poltekkes Kemenkes Padang	2020-2023

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kebutuhan dasar manusia merupakan unsur-unsur yang dibutuhkan oleh manusia dalam mempertahankan keseimbangan fisiologis maupun psikologis, yang tentunya bertujuan untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan. Menurut Abraham Maslow setiap manusia memiliki lima kebutuhan dasar yaitu kebutuhan fisiologis, keamanan dan keselamatan, cinta dan rasa memiliki, harga diri, dan aktualisasi diri (Fatmayanti & Murhayati, 2022).

Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan yang sangat penting dan mutlak harus dipenuhi untuk memelihara homeostasis biologis dan kelangsungan kehidupan manusia. Kebutuhan fisiologis bersifat lebih mendesak untuk didahulukan dibandingkan kebutuhan lainnya. Kebutuhan fisiologis meliputi meliputi kebutuhan oksigen, cairan, nutrisi, eliminasi, istirahat, tidur, terbebas dari rasa nyeri, pengaturan suhu tubuh, seksual dan lain sebagainya (Susanto & Fitriana, 2017).

Kebutuhan fisiologis yang utama adalah kebutuhan oksigen. Kebutuhan oksigen diperlukan untuk proses kehidupan. Oksigen sangat berperan dalam proses metabolisme tubuh. Kebutuhan oksigen dalam tubuh harus terpenuhi karena jika kebutuhan oksigen dalam tubuh berkurang, maka akan terjadi kerusakan di jaringan otak dan lama kelamaan akan menimbulkan kematian. Pada manusia, proses pemenuhan kebutuhan oksigen dapat dilakukan dengan cara pemberian oksigen melalui saluran pernapasan, memulihkan dan memperbaiki organ pernapasan agar berfungsi secara normal serta membebaskan saluran pernapasan dari sumbatan yang menghalangi masuknya oksigen (Susanto & Fitriana, 2017).

Gangguan pemenuhan kebutuhan oksigen terdapat pada penyakit gangguan pernapasan seperti bronchitis, asma bronkial, PPOK, ISPA, TBC, *Acute Respiratory Distress Syndrome* (ARDS), edema paru, dan gangguan kardiovaskuler (Asman et al., 2022). Semua jaringan tubuh manusia memerlukan darah kaya akan oksigen (O_2) dalam jumlah cukup untuk menjalankan fungsinya dengan baik. Pemeliharaan oksigen dalam tubuh dipengaruhi oleh sistem kardiovaskuler, sistem hematologi, dan sistem respirasi. Ketidakadekuatan oksigen maupun penggunaan oksigen yang berlebih dapat menyebabkan metabolisme bersifat anaerob yang ditandai dengan hipoksia. Kondisi hipoksia erat kaitannya dengan sistem kardiovaskuler khususnya proses distribusi oksigen ke sel (Simanjuntak et al., 2022).

Salah satu gangguan pada sistem kardiovaskuler adalah *Congestive Heart Failure* (CHF) atau disebut juga dengan gagal jantung adalah suatu ketidakmampuan jantung untuk memompa darah keseluruh jaringan tubuh adekuat, akibat adanya gangguan struktural dan fungsional dari jantung (Wiyandhka & Agustin, 2022). Gagal jantung mengakibatkan terjadinya penurunan kontraktilitas jantung. Kondisi yang mendasari penyebab kelainan fungsi otot jantung antara lain atreosklerosis koroner, hipertensi arterial, dan penyakit degeneratif atau inflamasi (Ramadhana, 2020).

Dampak dari gangguan pemenuhan kebutuhan oksigen pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) adalah terjadinya hipoksia. Hipoksia merupakan keadaan ketika ketidakadekuatan kadar oksigen dalam tubuh akibat berkurangnya pengikatan oksigen. Keadaan ini dapat mengakibatkan perburukan kondisi pasien bahkan dapat menyebabkan berhentinya pernapasan dan jantung. Dalam pemenuhan kebutuhan oksigen membutuhkan perhatian khusus untuk mencegah dampak yang tidak diharapkan seperti depresi pusat pernapasan. Langkah yang tepat sebelum pemberian oksigen adalah menilai hasil pemeriksaan Analisa Gas Darah (AGD) pasien. Melalui pemeriksaan AGD ini dapat ditentukan

banyaknya konsentrasi oksigen yang akan diberikan serta alat yang tepat untuk digunakan (Ambarwati, 2014).

Penatalaksanaan yang dapat dilakukan pada pasien *Congestive Heart Failure* yaitu dengan penatalaksanaan medis dan keperawatan. Pengaturan posisi (positioning) merupakan tindakan yang dilakukan secara sengaja untuk memberikan posisi tubuh dalam meningkatkan kesejahteraan atau kenyamanan fisik dan psikologis. Posisi semifowler adalah posisi tidur ditinggikan $30^{\circ} - 45^{\circ}$. Pemberian posisi semifowler dapat menurunkan konsumsi oksigen dan meningkatkan ekspansi paru yang maksimal, serta mengatasi kerusakan pertukaran gas yang berhubungan dengan perubahan membran kapiler alveolus (Yuliana Susilowati, 2021).

Peran perawat dalam pemenuhan kebutuhan oksigen pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) dapat dilakukan dengan cara memberikan asuhan keperawatan melalui proses keperawatan yang meliputi pengkajian keperawatan, merumuskan diagnosis keperawatan, menyusun rencana tindakan keperawatan, melakukan implementasi dan melakukan evaluasi keperawatan (Atoilah & Kusnadi, 2013).

Pemberian terapi oksigen merupakan salah satu tindakan yang dapat diberikan pada pasien dengan gagal jantung. Pemberian terapi oksigen dapat mengurangi sesak nafas dan meningkatkan kadar dan nilai saturasi oksigen. Terapi oksigen diberikan kepada pasien yang mengalami gangguan ventilasi pada area paru, pasien dengan gangguan pertukaran gas, serta mereka yang mengalami gagal jantung dan membutuhkan terapi oksigen guna mencegah hipoksia. Terapi oksigen dapat diberikan dalam beberapa cara, antara lain : nasal kanul, masker oksigen simpel (*Simple Face Mask*), *Rebreathing Mask*, dan *Non Rebreathing Mask* (Ramadhana, 2020).

Menurut *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2021 penyakit kardiovaskuler yang meliputi jantung dan pembuluh darah merupakan penyebab utama kematian di seluruh belahan dunia yaitu sekitar 32% .

Hampir tiga perempat dari kematian pada penderita kardiovaskuler dilaporkan terjadi pada negara dengan tingkat penghasilan menengah hingga ke bawah. Pada tahun 2019, dari 17 juta kematian dengan usia di bawah 70 tahun akibat penyakit tidak menular sebanyak 38% disebabkan oleh penyakit kardiovaskuler.

Menurut Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2018 prevalensi penyakit kardiovaskuler di Indonesia mengalami peningkatan setiap tahun dan menempati peringkat tertinggi penyebab kematian terutama pada usia produktif. Prevalensi penyakit jantung berdasarkan diagnosis dokter di Indonesia sebanyak 1,5% dengan tingkat prevalensi tertinggi. Prevalensi penduduk perkotaan yang menderita penyakit jantung (1,6%) lebih tinggi dibandingkan penduduk pedesaan (1,3%). Prevalensi penduduk laki-laki sebanyak (1,3%) dan penduduk perempuan (1,6%). Prevalensi penyakit jantung di Sumatera Barat sebanyak (1,6%) (Risksedas Sumatera Barat, 2018).

Hasil penelitian Aden Surya Fakhroji (2022) penelitian tentang asuhan keperawatan pada pasien gagal jantung dalam pemenuhan kebutuhan oksigenasi di IGD RSUD Simo Boyolali pemberian posisi semi fowler terhadap perubahan respirasi rate dan saturasi oksigen pada pasien dengan masalah gagal jantung mampu meningkatkan respirasi rate dan SpO₂ pada hemodinamik pasien.

Susihar dan Anggun Pertiwi (2019) tentang Penerapan terapi oksigen dengan nasal kanul pada klien gangguan kebutuhan oksigen akibat CHF di RSUD Koja didapatkan hasil bahwa setelah pemberian oksigenasi dengan nasal kanul dan hasil tindakan keperawatan yang telah dilakukan menunjukkan bahwa pasien tampak membaik ditandai dengan sudah tidak terasa sesak di bagian juga merasakan rileks dan nyaman.

Berdasarkan data dari Rekam Medis RS Tk III Dr. Reksodiwiryo Padang diketahui jumlah penderita *Congstive Heart Failure* (CHF) tahun 2020 sebanyak 60 orang, pada tahun 2021 mengalami penurunan dari tahun

sebelumnya yaitu 24 orang. Dalam tiga bulan terakhir yaitu bulan Agustus sampai Oktober 2022 jumlah pasien CHF sebanyak 9 orang.

Berdasarkan data pengamatan dan survei awal penelitian yang dilakukan di RS Tk III Dr. Reksodiwiryio Padang pada tanggal 14 Desember 2022, terdapat 2 pasien *Congestive Heart Failure* (CHF). Pasien tersebut mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan oksigen yang sedang menjalani perawatan dengan keluhan sesak napas. Berdasarkan hasil observasi pada salah satu pasien, pasien tersebut diberikan oksigen 3 L/menit dengan nasal kanul dengan pernapasan 30 x/menit tetapi pasien tidak menggunakan oksigen yang diberikan dan perawat ruangan tidak terlalu mengawasi pasien.

Berdasarkan data dan fenomena di atas, peneliti telah melakukan penelitian tentang “Asuhan keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Oksigen pada Pasien dengan *Congestive Heart Failure* (CHF) di Ruang Irna Non-Bedah Penyakit Dalam RS III Dr. Reksodiwiryio Padang Tahun 2023”

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan maka dapat dibuat rumusan masalah pada penelitian ini adalah bagaimana asuhan keperawatan gangguan pemenuhan kebutuhan oksigen pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) di ruang Irna Non-Bedah Penyakit Dalam RS Tk III Dr. Reksodiwiryio Padang tahun 2023?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian adalah mampu mendeskripsikan asuhan keperawatan gangguan pemenuhan kebutuhan oksigen pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) di Ruang Irna Non-Bedah Penyakit Dalam RS Tk III Dr. Reksodiwiryio Padang tahun 2023.

2. Tujuan Khusus

Berdasarkan tujuan umum dapat dibuat tujuan khusus sebagai berikut :

- a. Dideskripsikan hasil pengkajian tentang gangguan pemenuhan kebutuhan oksigen pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) di Ruang Irna Non-Bedah Penyakit Dalam RS Tk III Dr. Reksodiwiryio Padang tahun 2023.
- b. Dideskripsikan diagnosis keperawatan tentang gangguan pemenuhan kebutuhan oksigen pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) di Ruang Irna Non-Bedah Penyakit Dalam RS Tk III Dr. Reksodiwiryio Padang tahun 2023.
- c. Dideskripsikan intervensi keperawatan tentang gangguan pemenuhan kebutuhan oksigen pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) di Ruang Irna Non-Bedah Penyakit Dalam RS Tk III Dr. Reksodiwiryio Padang tahun 2023.
- d. Dideskripsikan tindakan keperawatan tentang gangguan pemenuhan kebutuhan oksigen pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) di Ruang Irna Non-Bedah Penyakit Dalam RS Tk III Dr. Reksodiwiryio Padang tahun 2023.
- e. Dideskripsikan evaluasi keperawatan tentang gangguan pemenuhan kebutuhan oksigen pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) di Ruang Irna Non-Bedah Penyakit Dalam RS Tk III Dr. Reksodiwiryio Padang tahun 2023.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini dapat bermanfaat untuk menambah pengetahuan dan wawasan penulis tentang asuhan keperawatan gangguan pemenuhan kebutuhan oksigen pada pasien CHF di Ruang Irna Non-Bedah Penyakit Dalam RS Tk III Dr. Reksodiwiryio Padang.

2. Bagi Rumah Sakit

Dapat memberikan sumbangan pikiran dan masukan bagi perawat dalam meningkatkan asuhan keperawatan gangguan pemenuhan

kebutuhan oksigen pada pasien CHF di Ruang Irna Non-Bedah Penyakit Dalam RS Tk III Dr. Reksodiwiryo Padang.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan dan sumber pembelajaran bagi mahasiswa di jurusan keperawatan padang khususnya mengenai penerapan asuhan keperawatan gangguan pemenuhan kebutuhan oksigen pada pasien CHF di Ruang Irna Non-Bedah Penyakit Dalam RS Tk III Dr. Reksodiwiryo Padang.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Oksigen

1. Pengertian Oksigenasi

Oksigenasi adalah proses penambahan O₂ ke dalam sistem (kimia dan fisika). Oksigen (O₂) merupakan gas tidak berwarna dan tidak berbau yang sangat dibutuhkan dalam proses metabolisme sel. Sebagai hasilnya, terbentuklah karbondioksida, energi, dan air. Akan tetapi, penambahan CO₂ yang melebihi batas normal dalam tubuh akan memberikan dampak yang cukup bermakna terhadap aktivitas sel (Ambarwati, 2014).

2. Fungsi Pernapasan

Pernapasan atau respirasi adalah proses pertukaran gas antara individu dan lingkungan. Fungsi utama pernapasan adalah untuk memperoleh O₂ agar dapat digunakan oleh sel-sel tubuh dan mengeluarkan CO₂ yang dihasilkan oleh sel. Saat bernapas, tubuh mengambil O₂ melalui darah guna dilakukan pembakaran. Selanjutnya, sisa pembakaran berupa CO₂ akan kembali diangkut oleh darah ke paru-paru untuk dibuang ke lingkungan karena tidak berguna lagi oleh tubuh (Ambarwati, 2014).

3. Kebutuhan Oksigen

Kapasitas (daya muat) udara dalam paru-paru adalah 4.500-5.000 ml (4,5-5 l). Udara yang diproses dalam paru-paru hanya sekitar 10% (± 500 ml), yakni yang dihirup (inspirasi) dan yang dihembuskan (ekspirasi) pada pernapasan biasa (Ambarwati, 2014).

4. Sistem yang Berpengaruh dalam Pemenuhan Kebutuhan Oksigen

Pemenuhan kebutuhan oksigen untuk tubuh sangat ditentukan oleh adekuatnya berbagai sistem tubuh yaitu sistem pernapasan, kardiovaskuler, dan hematologi (Tarwoto & Wartonah, 2015).

a. Sistem Pernapasan

Sistem pernapasan atau respirasi memiliki peran sebagai penjamin ketersediaan oksigen untuk proses metabolisme sel-sel dalam tubuh dan pertukaran gas. Dalam sistem respirasi oksigen diambil dari atmosfer, dan kemudian dibawa ke paru-paru sehingga terjadi pertukaran gas oksigen dan karbon dioksida di dalam alveoli, selanjutnya oksigen akan di difusi masuk ke kapiler darah untuk digunakan oleh sel dalam proses metabolisme. Proses pertukaran gas di dalam tubuh disebut dengan proses oksigenasi (Tarwoto & Wartonah, 2015).

Proses oksigenasi merupakan proses yang dimulai dari pengambilan oksigen di atmosfer, kemudian oksigen yang diambil akan masuk melalui organ pernapasan bagian atas yang terdiri dari hidung atau mulut, faring, laring, dan kemudian masuk ke organ pernapasan bagian bawah seperti trakea, bronkus utama, bronkus sekunder, bronkus tersier, terminal bronkiolus, dan kemudian masuk ke alveoli. Selain itu, organ pernapasan bagian atas juga berfungsi untuk pertukaran gas, proteksi terhadap benda asing yang akan masuk ke organ pernapasan bagian bawah, menghangatkan filtrasi, dan melembabkan gas. Sedangkan organ pernapasan bagian bawah, selain tempat masuknya oksigen juga berfungsi dalam proses difusi gas (Tarwoto & Wartonah, 2015).

b. Sistem Kardiovaskuler

Menurut Tarwoto & Wartonah (2015), sistem kardiovaskuler ikut berperan dalam proses oksigenasi ke jaringan tubuh yang berperan dalam proses transportasi oksigen. Oksigen ditransportasikan ke seluruh tubuh melalui aliran darah. Adekuat atau tidaknya aliran darah ditentukan oleh normal atau tidaknya fungsi jantung. Kemampuan oksigenasi pada jaringan sangat ditentukan oleh adekuatnya fungsi jantung. Fungsi jantung yang baik dapat dilihat dari kemampuan jantung memompa darah dan terjadinya perubahan tekanan darah. Sistem kardiovaskuler ini akan saling

terkait dengan sistem pernapasan dalam proses oksigenasi.

c. Sistem Hematologi

Sistem hematologi terdiri dari beberapa sel darah, salah satu sel darah yang sangat berperan dalam proses oksigenasi adalah sel darah merah, karena di dalam sel darah merah terdapat hemoglobin yang mampu mengikat oksigen. Hemoglobin adalah molekul yang mengandung empat sub unit protein globular dan unit heme. Setiap molekul Hb dapat mengikat empat molekul oksigen dan akan membentuk ikatan oxy-hemoglobin (HbO_2) (Tarwoto & Wartonah, 2015).

5. Anatomi Sistem Pernapasan

Sistem tubuh yang berperan dalam oksigenasi adalah sistem pernapasan atau sistem respirasi. Sistem pernapasan dapat dibagi menjadi dua bagian, yaitu sistem pernapasan atas dan sistem pernapasan bawah (Saputra, 2013).

a. Sistem Pernapasan Atas

Sistem pernapasan atas terdiri atas hidung, faring, dan laring.

- 1) Hidung. Dapat dibedakan menjadi dua bagian, yaitu nares interior dan rongga hidung. Nares interior adalah saluran-saluran di dalam rongga hidung yang bermuara di rongga (vestibulum) hidung. Pada nares interna terdapat kelenjar sebaceous yang ditutupi oleh bulu kasar. Rongga hidung dilapisi oleh membran mukosa. Permukaan membran mukosa akan menghasilkan lendir yang berfungsi melembabkan dan menghangatkan udara yang masuk ke paru-paru. Pada permukaan mukosa terdapat rambut-rambut yang berfungsi menyaring debu atau kotoran yang masuk ke rongga hidung.
- 2) Faring. Merupakan saluran berotot yang memanjang dari dasar tengkorak hingga persambungannya dengan esophagus. Faring dibagi menjadi tiga bagian, yaitu nasofaring (di belakang hidung), orofaring (di belakang mulut), dan laring ofaring (di belakang laring). Faring kaya akan jaringan limfoid yang

berfungsi menangkap dan menghancurkan kuman pathogen yang masuk bersama udara.

Faring merupakan rongga persimpangan antara saluran pencernaan dan saluran pernapasan. Di pangkal saluran pernapasan terdapat epiglottis yang menjaga agar makanan tidak masuk ke saluran pernapasan. Saat menelan makanan, epiglottis akan menutup pangkal saluran pernapasan sehingga makanan masuk ke saluran pencernaan. Saat bernapas, epiglottis akan membuka saluran pernapasan sehingga udara dapat masuk ke saluran tersebut.

- 3) Laring. Merupakan saluran yang terletak di bagian bawah terendah faring. Saluran ini terdiri atas rangkaian kepingan tulang rawan yang diikat bersama oleh ligamen dan membran. Di dalam laring terdapat pita suara yang berfungsi menghasilkan bunyi atau suara. Selain itu, laring juga berfungsi mempertahankan kepatenen jalan napas dan melindungi jalan napas bawah dari air dan makanan yang masuk.

b. Sistem Pernapasan Bawah

Sistem pernapasan bawah terdiri atas trakea dan paru-paru. Di dalam paru-paru terdapat bronkus, bronkiolus, dan alveolus.

- 1) Trakea. Merupakan saluran udara dengan panjang sekitar 9 cm dan disokong oleh cincin-cincin kartilago. Trakea dimulai dari laring dan memanjang hingga kira-kira ketinggian vertebra torokalis kelima. Trakea dilapisi oleh membran mukosa yang mengandung epitel bersilia. Silia ini dapat bergerak untuk menggiring keluar debu dan butir-butir kotoran yang masuk bersama udara.
- 2) Bronkus. Merupakan percabangan ujung bawah trakea. Bronkus utama bercabang lagi menjadi bronkus yang lebih kecil dan berakhir di bronkiolus terminal. Bronkiolus berujung pada gelembung-gelembung halus yang dinamakan alveoli.

Alveoli memiliki dinding yang elastis dan banyak mengandung kapiler darah. Pada bagian inilah terjadi pertukaran gas antara oksigen dan karbondioksida

- 3) Paru-paru (Pulmo). Terdiri atas dua bagian, yaitu paru kanan dan kiri. Paru kanan terdiri atas tiga lobus sedangkan paru kiri terdiri dari dua lobus.

Selaput pembungkus paru-paru disebut pleura. Di antara kedua pleura terdapat cairan limfa yang melindungi paru-paru dari gesekan ketika mengembang dan mengempis.

6. Proses Pemenuhan Kebutuhan Oksigen

a. Ventilasi

Ventilasi merupakan proses pertukaran gas dari atmosfer ke alveoli dan sebaliknya. Gas yang dihirup dari alveoli adalah oksigen, sedangkan gas yang dikeluarkan dari alveoli ke atmosfer adalah karbon dioksida.

Proses ventilasi dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain :

- 1) Perbedaan tekanan udara antara atmosfer dan paru-paru.
- 2) Jalan napas yang bersih serta sistem pernapasan yang utuh.
- 3) Kemampuan rongga toraks untuk mengembang dan berkontraksi dengan baik.
- 4) Kerja sistem saraf autonom, yaitu rangsangan simpatetik dapat menyebabkan relaksasi hingga vasodilatasi dapat terjadi, sedangkan rangsangan parasimpatetik dapat menyebabkan kontraksi sehingga vasokonstriksi dapat terjadi.
- 5) Kerja sistem saraf pusat karena pada sistem saraf pusat terdapat bagian yang berperan sebagai pusat pernapasan, yaitu medulla oblongata dan pons. Keberadaan karbon dioksida akan merangsang kedua pusat tersebut.
- 6) Kemampuan paru-paru untuk mengembang dan menyempit.

b. Difusi Gas

Pada saat oksigen memasuki alveoli, terjadi difusi oksigen dari alveoli ke pembuluh darah kapiler paru. Selain itu, juga terjadi

difusi karbon dioksida dari pembuluh darah kapiler paru ke alveoli. Proses difusi ini dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain luas permukaan paru, ketebalan membrane respirasi, perbedaan tekanan karbon dioksida di dalam alveoli dan di kapiler paru, perbedaan tekanan dan konsentrasi oksigen di dalam alveoli dan di kapiler paru, serta afinitas gas (kemampuan O_2 dan CO_2 dalam menembus dan mengikat hemoglobin).

c. Transportasi Gas

Transportasi gas di dalam tubuh dapat dibagi menjadi dua bagian yaitu transportasi oksigen dan transportasi karbon dioksida.

- 1) Transportasi oksigen. Merupakan proses pengangkutan oksigen dari pembuluh kapiler ke jaringan tubuh. Oksigen yang masuk ke pembuluh kapiler sebagian besar akan berikatan dengan hemoglobin (97%) dalam bentuk oksihemoglobin (HbO_2) dan sisanya (3%) terlarut di dalam plasma. Transportasi oksigen dipengaruhi oleh jumlah oksigen yang masuk ke dalam paru (ventilasi) serta aliran darah ke paru dan jaringan (perfusi).
- 2) Transportasi karbon dioksida. Merupakan proses pengangkutan karbon dioksida dari jaringan ke paru-paru.

7. Faktor yang Mempengaruhi Kebutuhan Oksigenasi

a. Saraf Otonom

Rangsangan simpatis dan parasimpatis dari saraf otonom dapat mempengaruhi kemampuan untuk dilatasi dan konstriksi. Hal ini dapat terlihat ketika terjadi rangsangan baik oleh simpatis maupun parasimpatis. Ujung saraf dapat mengeluarkan neurotransmitter (simpatis mengeluarkan noradrenalin yang berpengaruh pada bronkhodilatasi, sedangkan parasimpatis mengeluarkan asetil kolin yang berpengaruh pada bronkhokonstriksi) karena terdapat reseptor adrenergik dan reseptor kolinergik pada saluran pernapasan.

b. Hormonal dan Obat

Semua hormon termasuk derivat katekolamin yang dapat melebarkan saluran pernapasan. Obat yang tergolong parasimpatis,

seperti sulfas atropin dan ekstrak belladonna, dapat melebarkan saluran napas. Sedangkan obat yang menghambat adrenergik tipe beta (khususnya beta-2), seperti obat yang tergolong penyakit beta nonselektif, dapat mempersempit saluran napas (bronkhokonstriksi).

c. Alergi pada Saluran Napas

banyak faktor yang menimbulkan keadaan alergi seperti debu, bulu binatang, serbuk benang sari bunga, kapuk, makanan, dan lain-lain. Hal tersebut dapat menyebabkan bersin apabila ada rangsangan di daerah nasal, batuk apabila rangsangannya di saluran napas bagian atas, bronkhokonstriksi terjadi pada asma bronkial, dan rhinitis jika rangsangannya terletak di saluran napas bagian bawah.

d. Faktor Perkembangan

Tahap perkembangan anak dapat mempengaruhi jumlah kebutuhan oksigenasi karena usia organ dalam tubuh berkembang seiring dengan usia perkembangan anak. Hal ini dapat terlihat pada bayi usia prematur, yaitu adanya kecenderungan kekurangan pembentukan surfaktan. Setelah anak tumbuh dewasa, kemampuan kematangan organ juga berkembang seiring bertambahnya usia.

e. Faktor Lingkungan

Kondisi lingkungan dapat memengaruhi kebutuhan oksigenasi, seperti faktor alergi, ketinggian tanah, dan suhu. Kondisi tersebut memengaruhi kemampuan adaptasi.

8. Masalah Terkait Pemenuhan Kebutuhan Kebutuhan Oksigen

a. Hipoksia

Hipoksia adalah kondisi ketika kebutuhan oksigen di dalam tubuh tidak terpenuhi karena kadar oksigen di lingkungan tidak mencukupi atau penggunaan oksigen di tingkat sel meningkat. Hipoksia dapat disebabkan antara lain oleh ketidakmampuan sel mengikat O₂ serta penurunan kadar Hb, kapasitas angkut oksigen dalam darah, konsentrasi O₂ respirasi, difusi O₂ dari alveoli ke dalam darah, dan perfusi jaringan. Gejala hipoksia antara lain

terdapat warna kebiruan di kulit (sianosis), kelelahan, kecemasan, pusing, kelemahan, penurunan tingkat kesadaran dan konsentrasi, peningkatan tanda-tanda vital, serta dispnea (kesukaran bernapas).

b. Obstruksi jalan Napas

Obstruksi jalan napas merupakan kondisi ketika pernapasan berjalan tidak normal karena penyumbatan saluran pernapasan. Obstruksi dapat menjadi total atau sebagian serta dapat terjadi di seluruh tempat di sepanjang saluran pernapasan atau hanya di saluran napas atas atau bawah.

Obstruksi pada saluran napas atas (hidung, faring, dan laring) dapat disebabkan oleh makanan atau akumulasi sekret. Obstruksi saluran napas bawah meliputi obstruksi total atau sebagian pada saluran napas bronkus ke paru.

Tanda-tanda obstruksi jalan napas antara lain batuk tidak efektif; tidak dapat mengeluarkan sekresi di jalan napas; jumlah, irama, dan kedalaman napas tidak normal; serta suara napas menunjukkan adanya sumbatan.

c. Perubahan Pola Napas

- 1) Takipnea, frekuensi pernapasan yang cepat (lebih dari 24 kali per menit). Takipnea terjadi karena paru dalam keadaan atelaksi atau terjadi emboli. Kondisi ini biasanya dapat terlihat pada kondisi demam, asidosis metabolik, nyeri, dan pada kasus hiperkapnia atau hipoksemia.
- 2) Bradipnea, frekuensi pernapasan yang lambat (kurang dari 10 kali per menit). Bradipnea dapat terlihat pada orang yang baru menggunakan obat-obatan seperti narkotika atau sedativ, pada kasus alkalosis metabolik, atau peningkatan TIK.
- 3) Apnea, disebut juga henti napas.
- 4) Hiperventilasi, peningkatan jumlah udara yang masuk ke dalam paru-paru karena kecepatan ventilasi melebihi kebutuhan metabolik untuk pembuangan karbon dioksida. Kondisi ini

ditandai dengan peningkatan denyut nadi, napas pendek, nyeri dada, dan penurunan konsentrasi CO₂. Jika kondisi ini terus berlanjut, dapat terjadi alkalosis akibat pengeluaran CO₂ yang berlebihan. Hiperventilasi umumnya disebabkan oleh infeksi, gangguan psikologis (misalnya kecemasan), dan gangguan keseimbangan asam basa (misalnya asidosis).

- 5) Hipoventilasi, penurunan jumlah udara yang masuk ke dalam paru-paru karena ventilasi alveolar tidak adekuat untuk mencukupi kebutuhan metabolik penyaluran O₂ dan pembuangan CO₂. Hipoventilasi ditandai dengan nyeri kepala, penurunan kesadaran, disorientasi, dan ketidakseimbangan elektrolit. Kondisi ini umumnya disebabkan oleh penyakit otot pernapasan, obat-obatan, dan anesthesia.
- 6) Pernapasan kussmaul, pola pernapasan yang cepat dan dangkal yang umumnya ditemukan pada penderita asidosis metabolik. Kondisi ini merupakan salah satu bentuk hiperventilasi.
- 7) Dispnea, ketidakmampuan atau ketidaknyamanan saat bernapas. Hal ini dapat disebabkan oleh perubahan kadar gas dalam darah atau jaringan, bekerja berlebihan, dan pengaruh psikologis.
- 8) Ortopnea, merupakan ketidakmampuan untuk bernapas, kecuali dalam posisi duduk atau berdiri. Kondisi ini sering ditemukan pada penderita kongestif paru.
- 9) Stridor, merupakan pernapasan bising yang terjadi akibat penyempitan saluran pernapasan. Kondisi ini dapat ditemukan pada kasus spasme atau obstruksi laring.
- 10) Cheyne stoke, merupakan kelainan fungsi pernapasan yang ditandai dengan siklus pernapasan dengan amplitude mula-mula naik, turun, berhenti, kemudian mulai siklus baru lagi.

d. Pertukaran Gas

Pertukaran gas merupakan penurunan gas baik oksigen maupun karbon dioksida antara alveoli paru dan sistem vaskular, dapat

disebabkan oleh sekresi yang kental imobilisasi akibat penyakit sistem saraf, depresi susunan saraf pusat, ataupun penyakit radang paru.

Terjadinya gangguan pertukaran gas menunjukkan kapasitas difusi menurun, antara lain disebabkan oleh penurunan luas permukaan difusi, penebalan membran alveolar kapiler, terganggunya pengangkutan O₂ dari paru ke jaringan akibat rasio ventilasi perfusi tidak baik, anemia, keracunan CO₂ dan terganggunya aliran darah (Azwardi, 2022).

B. Konsep Penyakit *Congestive Heart Failure* (CHF)

1. Pengertian *Congestive Heart Failure* (CHF)

Penyakit gagal jantung yang dalam istilah medisnya disebut dengan “*Heart Failure*” atau “*Cardiac Failure*” merupakan suatu keadaan darurat medis di mana jumlah darah yang dipompa oleh jantung seseorang setiap menitnya tidak mampu memenuhi kebutuhan normal metabolisme tubuh.

Gagal jantung adalah ketidakmampuan jantung untuk memompa darah dalam jumlah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan jaringan, sedangkan tekanan pengisian ke dalam jantung masih cukup tinggi. Mekanisme yang mendasar tentang gagal jantung termasuk kerusakan sifat kontraktilitas jantung yang berkurang dan ventrikel tidak mampu memompa keluar darah sebanyak yang masuk selama diastolik yang dapat menyebabkan volume diastolik akhir ventrikel secara progresif bertambah. Akibatnya jantung tidak dapat mencukupi kebutuhan oksigen pada organ (Majid, 2018).

2. Etiologi *Congestive Heart Failure* (CHF)

Penyebab gagal jantung mencakup apapun yang menyebabkan peningkatan volume plasma sampai derajat tertentu, sehingga volume diastolik akhir meregangkan serat-serat ventrikel melebihi panjang optimumnya. Penyebab paling sering adalah cedera pada jantung yang

memulai siklus kegagalan dengan mengurangi kekuatan kontraksi jantung. Akibat buruk menurunnya kontraktilitas yaitu mulai terjadinya akumulasi volume darah di ventrikel (Majid, 2018).

Penyebab gagal jantung antara lain :

- a. Disfungsi miokard (kegagalan miokardial)
- b. Beban tekanan berlebihan-pembebanan sistolik (systolic overload)
- c. Beban sistolik yang berlebihan diluar kemampuan ventrikel (systolic overload) menyebabkan hambatan pada pengosongan ventrikel, sehingga menurunkan curah ventrikel atau isi sekuncup
- d. Beban volume berlebihan-pembebanan diastolik (diastolic overload)

Preload yang berlebihan melampaui kapasitas ventrikel (diastolic overload) akan menyebabkan volume dan tekanan darah pada akhir diastolik dalam ventrikel meninggi. Prinsip Frank Starling : curah jantung mula-mula akan meningkat sesuai dengan besarnya regangan otot jantung, tetapi bila beban terus bertambah sampai melampaui batas tertentu, maka curah jantung justru akan menurun kembali.

- e. Peningkatan kebutuhan metabolik-peningkatan kebutuhan yang berlebihan (demand overload).

Beban kebutuhan metabolik meningkat melebihi kemampuan daya kerja jantung di mana jantung sudah bekerja maksimal, maka akan terjadi keadaan gagal jantung walaupun curah jantung sudah cukup tinggi, tetapi tidak mampu memenuhi kebutuhan sirkulasi tubuh.

- f. Gangguan pengisian (hambatan input)

Hambatan pada pengisian ventrikel karena gangguan aliran masuk ke dalam ventrikel atau pada aliran balik vena/ venous return akan menyebabkan pengeluaran atau output ventrikel berkurang dan curah jantung menurun.

- g. Kelainan otot jantung

Gagal jantung paling sering terjadi pada penderita kelainan otot jantung yang menyebabkan menurunnya kontraktilitas jantung.

Kondisi yang mendasari penyebab kelainan fungsi otot mencakup aterosklerosis koroner, hipertensi arterial, dan penyakit otot degeneratif atau inflamasi.

h. Aterosklerosis koroner

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

i. Hipertensi sistemik/pulmonal

Meningkatkan beban kerja jantung dan pada gilirannya mengakibatkan hipertropi serabut otot jantung.

j. Peradangan dan penyakit miokardium

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

k. Penyakit jantung

Penyakit jantung lain seperti stenosis katup semilunar, tamponade perikardium, perikarditis konstruktif, stenosis katup AV.

l. Faktor sistemik

Faktor sistemik seperti hipoksia dan anemia memerlukan peningkatan curah jantung untuk memenuhi kebutuhan oksigen sistemik. Hipoksia atau anemia juga dapat menurunkan suplai oksigen ke jantung. Asidosis dan abnormalitas elektrolit juga dapat menurunkan kontraktilitas jantung.

3. Klasifikasi *Congestive Heart Failure* (CHF)

a. Gagal jantung akut dan kronik

Gagal jantung akut adalah perubahan secara tiba-tiba dalam kemampuan jantung dalam berkontraksi memenuhi kebutuhan oksigen dan nutrisi untuk jaringan. Hal ini dapat menyebabkan terjadinya kondisi yang mengancam jiwa dan edema paru. Gagal jantung kronik terjadi ketika kemampuan jantung dalam memompa darah secara bertahap dapat dikompensasi dan terjadi gangguan

kontraktilitas jantung dalam waktu yang lama. *Ejection fraction* adalah indikasi jumlah darah yang dipompakan oleh ventrikel kiri dan kemampuan kontraksi ventrikel. Secara normal jantung dapat memompakan darah (*Ejection fraction*) 55% atau lebih yang mengisi ventrikel selama diastole namun pada gagal jantung, sejumlah darah yang dipompakan akan berkurang..

The New York Heart Association (NYHA) mengklasifikasikan gagal jantung kronis berdasarkan jumlah pembatas aktivitas sebagai berikut :

- 1) Kelas 1 (ringan): aktivitas fisik biasa tidak menyebabkan kelelahan, palpitasi dan dispnea. Klien tidak mengalami keterbatasan aktivitas.
- 2) Kelas 2 (ringan) klien merasa nyaman saat istirahat, namun bisa saja aktivitas fisik dapat menyebabkan kelelahan, palpitasi dan dispnea.
- 3) Kelas 3 (sedang): ada keterbatasan dalam aktivitas fisik yang mencolok. Klien merasa nyaman saat istirahat, namun aktivitas biasa dapat menyebabkan kelelahan palpitasi dan dispnea.
- 4) Kelas 4 (berat): Klien tidak dapat melakukan aktivitas fisik apapun dan merasa tidak nyaman saat beraktivitas. Gejala disfungsi jantung terjadi saat istirahat. Ketidaknyamanan akan meningkat jika melakukan aktivitas fisik.

b. Gagal jantung kiri dan kanan

Gagal jantung kiri terjadi akibat kondisi yang mengganggu kemampuan ventrikel kiri dalam memompakan darah ke dalam aorta. Gagal jantung kanan terjadi akibat ventrikel kanan gagal memompakan darah ke dalam arteri pulmonalis menyebabkan kongesti darah dalam sistem vaskular vena. Penyebab utama dari gagal jantung kanan adalah gagal jantung kiri dan penyakit paru obstruksi kronis (PPOK) (Majid, 2018).

4. Patofisiologi *Congestive Heart Failure* (CHF)

Munurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016), gangguan pertukaran gas adalah kelebihan atau kekurangan oksigenasi atau eliminasi karbondioksida pada membran alveolus. Gangguan pertukaran gas adalah suatu kondisi ketika individu mengalami penurunan aliran gas yang termasuk didalamnya adalah oksigen dan karbondioksida antara alveoli paru-paru dan sistem vaskular di dalam tubuh.

Faktor yang menyebabkan paru-paru tidak dapat menjalankan fungsinya dengan efektif karena kekurangan atau tidak adanya surfaktan. Surfaktan adalah substansi yang merendahkan permukaan alveolus sehingga tidak terjadi kolaps pada akhir ekspirasi dan mampu menahan sisa udara fungsional, apabila surfaktan tersebut tidak adekuat maka bisa menyebabkan terjadinya kolaps pada alveolus kemudian menyebabkan ventilasi perfusi terganggu atau tidak seimbang. Perfusi oksigen ke jaringan menurun, tekanan oksigen dalam darah menurun, tekanan parsial karbon dioksida meningkat yang kemudian dapat menyebabkan gangguan pada proses pertukaran gas.

Terjadinya gangguan pertukaran gas menunjukkan kapasitas difusi menurun, antara lain disebabkan oleh penurunan luas permukaan difusi, penebalan membran alveolar kapiler, terganggunya pengangkutan O₂ dari paru ke jaringan akibat rasio ventilasi perfusi tidak baik, anemia, keracunan CO₂ dan terganggunya aliran darah (Azwardi, 2022).

5. Manifestasi Klinis *Congestive Heart Failure* (CHF)

Menurut (Suprpto et al., 2022), tingkat keparahan gejala tergantung pada kemampuan tubuh untuk menyesuaikan terhadap penurunan curah jantung. Tanda dan gejala awal mencerminkan disfungsi ventrikel. Gagal jantung kiri (gagal jantung ventrikel kiri) menunjukkan tanda dan gejala yang berbeda dari gagal jantung kanan (gagal jantung ventrikel kanan). Berikut tanda dan gejala gagal jantung

kiri dan gagal jantung kanan :

a. Gagal jantung kiri

- 1) Kelemahan
- 2) *Paroxysmalnocturnal dyspnea* : sesak di malam hari
- 3) Orthopnea : kesulitan bernapas ketika berbaring
- 4) Hipoksia
- 5) *Crackles*

Kongesti pulmonal menyebabkan bunyi napas yang abnormal seperti *crackles* dan *wheezing*. *Crackles* terjadi akibat cairan yang terdapat di alveoli

6) Sianosis

Kulit, kuku dan membrane mukosa akan nampak sianosis sebagai akibat berkurangnya oksigen dalam darah

- 7) Bunyi jantung S3
- 8) Batuk
- 9) Peningkatan tekanan kapiler pulmonal

b. Gagal jantung kanan

- 1) Kelemahan
- 2) Asites
- 3) Peningkatan berat badan
- 4) Mual, muntah
- 5) Disritmia
- 6) Peningkatan *central venous pressure*
- 7) Distensi vena jugularis

6. Pemeriksaan Fisik *Congestive Heart Failure* (CHF)

- a. Auskultasi nadi apikal biasanya terjadi takikardi (walaupun dalam keadaan beristirahat)
- b. Bunyi jantung, S1 dan S2 mungkin lemah karena menurunnya kerja pompa. Irama gallop umum (S3 dan S4) dihasilkan sebagai aliran darah ke atrium yang distensi. Murmur dapat menunjukkan inkompetensi atau stenosis katup.

- c. Palpasi nadi perifer, nadi mungkin cepat hilang atau tidak teratur untuk dipalpasi dan pulsus alternans (denyut kuat lain dengan denyut lemah) mungkin ada.
- d. Tekanan darah meningkat.
- e. Pemeriksaan kulit : kulit pucat (karena penurunan perfusi perifer sekunder) dan sianosis (terjadi sebagai refraktori gagal jantung kronis). Area yang sakit sering berwarna biru/belang karena peningkatan kongesti vena (Majid, 2018).

7. Pemeriksaan Penunjang *Congestive Heart Failure* (CHF)

- a. EKG (Elektrokardiogram)

EKG untuk mengukur kecepatan dan keteraturan denyut jantung, untuk mengetahui hipertrofi atrial atau ventrikuler, penyimpangan aksis, iskemia, dan kerusakan pola mungkin terlihat. Disritmia, misalnya takikardi, fibrilasi atrial. Kenaikan segmen ST/T persisten 6 minggu atau lebih setelah infark miokard menunjukkan adanya *aneurisme ventricular*.
- b. Ekokardiogram

Ekokardiogram menggunakan gelombang suara untuk mengetahui ukuran dan bentuk jantung, serta menilai keadaan ruang jantung dan fungsi katup jantung. Berguna untuk menegakkan diagnosis gagal jantung.
- c. Foto rontgen dada

Foto rontgen dada digunakan untuk mengetahui adanya pembesaran jantung, penimbunan cairan di paru-paru, atau penyakit paru lainnya.
- d. Tes darah BNP

Tes darah BNP untuk mengukur kadar hormon BNP (*B-type natriuretic peptide*) yang pada gagal jantung akan meningkat.
- e. Sonogram

Dapat menunjukkan dimensi pembesaran bilik, perubahan dalam fungsi/struktur katup atau area penurunan kontraktilitas ventrikular.

f. Scan jantung

Tindakan penyuntikan fraksi dan memperkirakan pergerakan dinding.

g. Kateterisasi jantung

Tekanan abnormal merupakan indikasi dalam membedakan gagal jantung sisi kanan dan sisi kiri, dan stenosis katup atau insufisiensi. Selain itu, juga mengkaji potensi arteri koroner. Zat kontras disuntikkan ke dalam ventrikel dan menunjukkan ukuran abnormal dan ejeksi fraksi atau perubahan kontraktilitas (Majid, 2018).

8. **Komplikasi *Congestive Heart Failure* (CHF)**

Menurut Williams (2011) dalam (Majid, 2018) komplikasi gagal jantung adalah sebagai berikut :

a. Hepatomegali dan splenomegali

Pembesaran hati dan limfa terjadi akibat kongesti cairan yang menyebabkan gangguan fungsi dan kematian sel.

b. Efusi pleura

Efusi pleura terjadi akibat berpindahnya cairan dari kapiler paru menuju ruang pleural yang terjadi akibat peningkatan tekanan pada kapiler paru.

c. Trombus dan emboli ventrikel kiri

Trombus dan emboli ventrikel kiri terjadi akibat kegagalan pengosongan ventrikel yang menyebabkan statis darah.

d. *Shock* kardiogenik

Shock kardiogenik terjadi akibat infark miokard yang menyebabkan kerusakan pada ventrikel kiri sehingga tidak dapat memberikan suplai oksigen dan nutrisi yang cukup untuk jaringan.

9. **Penatalaksanaan *Congestive Heart Failure* (CHF)**

a. **Farmakologis**

Menurut Williams (2011) dalam (Majid, 2018) terapi farmakologi untuk gagal jantung adalah sebagai berikut :

- 1) *ACE inhibitors* untuk mengurangi *afterload*, mengurangi hipertrofi jantung. Contoh: kaptopril, lisinopril
- 2) *Angiotensin II reseptor inhibitors*
 - a) *Block Angiotensi II* reseptor bloker untuk mencegah hipertensi. Dapat digunakan jika ACE inhibitors tidak toleransi. Contoh Candesartan, Irbesartan, Losartan.
 - b) *Beta-Adrenergic blockers* : mengurangi input sistem saraf simpatis, remodeling jantung, memperbaiki curah jantung untuk mengurangi gejala, mengurangi kematian jantung secara tiba-tiba. Contoh : bisoprolol, metoprolol
 - c) *Loop diuretic*: mengurangi kelebihan cairan. Contoh *furosemide* (membuang kalium), *spironolactone* (menahan kalium)
- 3) *Inotropes-Cardiac glycoside* : meningkatkan kekuatan dan kontraksi otot jantung dengan meningkatkan curah jantung. Contoh: digoxin
- 4) *Vasodilators* mengurangi *afterload* dengan meningkatkan curah jantung dan mengurang beban kerja jantung. Contoh Isosorbite dinitrate, nitroglycerin.

b. Pembedahan

Penyebab gagal jantung dapat diobati dengan pembedahan melalui *coronary artery bypass* jika disebabkan oleh penyakit arteri koroner atau *valve replacement*.

C. Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Oksigen pada Pasien *Congestive Heart Failure* (CHF)

1. Pengkajian Keperawatan

Menurut (Brunner & Suddarth, 2016), pengkajian keperawatan untuk pasien gagal jantung berfokus pada pemantauan keefektifan terapi dan kemampuan pasien untuk memahami dan menjelaskan strategi manajemen diri. Tanda dan gejala kongesti paru dan kelebihan beban cairan harus segera dilaporkan yang akan mengganggu pemenuhan

kebutuhan oksigen atau timbulnya masalah oksigenasi. Pengkajian keperawatan pada pasien gagal jantung dengan masalah oksigenasi meliputi :

a. Identifikasi klien

Identifikasi klien meliputi: nama, umur, nomor rekam medis, jenis kelamin, alamat, nama orang tua, dan agama.

b. Riwayat kesehatan

Pengkajian riwayat kesehatan menurut (Ambarwati, 2014) meliputi:

1) Keluhan utama

Keluhan utama pada pasien biasanya mengalami sesak nafas, batuk, jantung berdebar-debar.

2) Riwayat kesehatan sekarang

Pasien dengan gagal jantung kongestif keluhan yang dirasakan biasanya sesak napas, sesak bertambah jika beraktifitas, mudah lelah, edema pada ekstremitas, cemas, batuk dan sebagainya.

3) Riwayat kesehatan dahulu

Pada pasien gagal jantung kongestif ditemukan faktor risiko yang dapat memperberat masalah oksigenasi seperti riwayat hipertensi, diabetes mellitus, penyakit jantung, masalah pada sistem kardiovaskular atau penyakit VCA, kebiasaan sering merokok, usia paruh baya atau lanjut, obesitas, diet tinggi lemak, peningkatan kolesterol.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Biasanya pada pasien gagal jantung kongestif ada riwayat penyakit jantung pada keluarga.

c. Pola Aktivitas Sehari-hari

Menurut (Wijaya & Putri, 2013), pola aktivitas yang perlu dikaji pada pasien gagal jantung kongestif dengan masalah gangguan oksigenasi meliputi:

1) Pola nutrisi dan metabolisme

Biasanya pada pasien gagal jantung kongestif mengalami

kesulitan dan masalah dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi karena adanya sesak napas saat makan.

2) Pola eliminasi

Biasanya pada pasien gagal jantung kongestif didapatkan pola berkemih yang menurun, urine yang berwarna gelap, berkemih malam hari (nokturia), dan bisa terjadi diare ataupun konstipasi.

3) Pola istirahat dan tidur

Biasanya klien mengalami sulit tidur dan juga istirahat karena adanya sesak napas yang ditandai dengan kondisi pasien yang gelisah dan sering terbangun.

4) Pola aktivitas dan latihan

Biasanya klien mengalami keletihan atau kelelahan terus menerus sepanjang hari, serta sesak napas saat melakukan aktivitas.

d. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik merupakan investigasi atau proses pengumpulan data dengan pemeriksaan langsung terhadap tubuh pasien untuk menentukan status kesehatan pasien.

Pemeriksaan fisik melibatkan teknik inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi. Pemeriksaan fisik gangguan pemenuhan kebutuhan oksigenasi pada pasien gagal jantung kongestif meliputi:

1) Keadaan umum

Tingkat kesadaran : Biasanya Composmentis sampai terjadi penurunan kesadaran.

2) Pemeriksaan fisik spesifik

a) Mata

Biasanya konjungtiva pucat (anemis), sianosis.

b) Mulut

Biasanya membran mukosa sianosis.

c) Hidung

Biasanya pernapasan dengan cuping hidung.

d) Leher

Biasanya tidak ada masalah pada leher pasien.

e) Dada

Biasanya terjadi retraksi otot bantu pernapasan dan pergerakan tidak simetris antara dada kiri dan dada kanan.

f) Jantung

1. Inspeksi: biasanya napas cepat, iktus kordis terlihat.
2. Palpasi; biasanya iktus kordis kuat angkat.
3. Perkusi: biasanya batas jantung melebar (adanya kardiomegali) sehingga terdengar redup.
4. Auskultasi: biasanya terdengar bunyi jantung tambahan (S3 dan S4) (Ambarwati, 2014).

g) Abdomen

1. Inspeksi: biasanya tampak asites karena tingginya volume dan tekanan pada atrium kanan sehingga darah refluks ke vena cava superior.
2. Palpasi: biasanya ada pembesaran hepar karena adanya penumpukan cairan di hepar
3. Perkusi: biasanya batas-batas hepar melebar dengan suara pekak.
4. Auskultasi: biasanya peristaltik berkurang karena kurang aktivitas.

h) Ekstremitas

Biasanya ekstremitas pucat dan teraba dingin, terdapat edema perifer, biasanya CRT > 2 detik karena kegagalan jantung dalam memompakan darah ke seluruh tubuh.

i) Genitalia

Biasanya tidak ada masalah pada genitalia pasien
Sianosis dan clubbing finger.

e. Pemeriksaan penunjang

1. Elektrokardiografi (EKG)

Kelainan EKG yang ditemukan pada pasien CHF adalah:

Sinus takikardia, sinus bradikardia, atrial takikardia /futer / fibrilasi, aritmia ventrikel, iskemia/ infark, gelombang Q menunjukkan infark sebelumnya dan kelainan segmen ST menunjukkan penyakit jantung, hipertrofi ventrikel kiri dan gelombang T terbalik menunjukkan stenosis aorta dan penyakit jantung hipertensi, blok atrioventikular, mikrovoltase, left bundle branch block (LBBB kelainan segmen ST/T menunjukkan disfungsi ventrikel kiri kronis, deviasi aksis ke kanan, right bundle branch block, dan hipertrofi kanan menunjukkan disfungsi ventrikel kanan.

2. Ekokardiografi

Gambaran yang paling sering ditemukan pada CHF akibat penyakit jantung iskemik, kardiomiopati dilatasi, dan beberapa kelainan katup jantung adalah dilatasi ventrikel kiri yang disertai hipokinesis seluruh dinding ventrikel.

3. Rontgen Toraks

Foto rontgen toraks posterior-anterior dapat menunjukkan adanya hipertensi vena, edema paru, atau kardiomegali. Bukti yang menunjukkan adanya peningkatan tekanan vena paru adalah adanya diversifikasi aliran darah ke daerah atas dan adanya peningkatan ukuran pembuluh darah.

Menurut Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskuler Indonesia, (2015) abnormalitas foto toraks yang ditemukan pada pasien CHF adalah kardiomegali, hipertrofi ventrikel, kongesti vena paru, edema interstisial, efusi pleura, infiltrat paru

4. Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan laboratorium yang dapat dilakukan meliputi pemeriksaan gas darah arteri, oksimetri, dan pemeriksaan darah lengkap (Saputra, 2013).

Abnormalitas pemeriksaan laboratorium yang ditemukan pada pasien CHF:

- a. Abnormalitas analisa gas darah
- b. PH (7,35-7,45)
- c. PO₂ (80-100 mmHg)
- d. PCO₂ (35-45 mmHg)
- e. HCO₃ (22-26 mEq/L)
- f. Peningkatan kreatinin serum (> 150 µmol/L)
- g. Anemia (Hb < 13 gr/dl pada laki-laki, < 12 gr/dl pada perempuan)
- h. Hiponatremia (< 135 mmol/L)
- i. Hipernatremia (> 150 mmol/L)
- j. Hipokalemia (<3,5 mmol/L)
- k. Hiperkalemia (> 5,5 mmol/L)
- l. Hiperglikemia (>200 mg/dl)
- m. Hiperurisemia (> 500 u mmol/L)
- n. BNP (< 100 pg/ml, NT proBNP < 400 pg/ml)
- o. Kadar albumin tinggi (>45 g/L)
- p. Kadar albumin rendah (<30 g/L)
- q. Peningkatan transaminase
- r. Peningkatan troponin
- s. Tes tiroid abnormal
- t. Urinalisis
- u. INR > 2,5
- v. CRP > 10 mg/L
- w. Leukositosis neutrofilik

(Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskuler Indonesia, 2015).

f. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan berdasarkan kelas *New York Heart Association* (NYHA):

1. Kelas I: Non farmakologis, meliputi diet rendah garam, batasi cairan, menurunkan berat badan, menghindari alkohol menghindari rokok, melakukan aktifitas fisik dan manajemen stress.

2. Kelas II, III: Terapi pengobatan, meliputi: diuretic, vasodilator, ace inhibitor, digitalis, dopamineroik dan terapi oksigen.
3. Kelas IV: Kombinasi diuretic, digital, ACE inhibitor, seumur hidup.

Penatalaksanaan gagal jantung kongestif meliputi:

- 1) Non Farmakologis
 - a) Gagal jantung kongestif kronik
 - 1) Meningkatkan oksigenasi dengan pemberian oksigen dan menurunkan konsumsi oksigen melalui istirahat dan pembatasan aktifitas.
 - 2) Diet pemberian natrium (< 4 gr/hari) untuk menurunkan edema
 - 3) Menghentikan obat-obatan yang memperparah seperti NSAIDS karena efek prostaglandin pada ginjal menyebabkan retensi air dan natrium.
 - 4) Pembatasan cairan (kurang lebih 1200-1500 cc/hari).
 - 5) Olahraga secara teratur.
 - b) Gagal jantung kongestif akut
 - 1) Oksigenasi (ventilasi mekanik)
 - 2) Pembatasan cairan ($> 1,5$ liter/hari)
- 2) Farmakologis

Tujuan: untuk mengurangi afterload dan preload

 - a) First line drugs: diuretic

Tujuan: mengurangi afterload pada disfungsi sistolik dan mengurangi kongesti pulmonal pada disfungsi diastolic. Obatnya adalah thiazide diuretic untuk gagal jantung kongestif sedang, loop diuretic, metolazon (kombinasi dari loop diuretic untuk meningkatkan pengeluaran cairan). kalium-Sparing diuretic.
 - b) Second line drugs: ACE inhibitor

Tujuan: membantu meningkatkan COP dan menurunkan kerja jantung. Obatnya adalah:

1. Digoxin: meningkatkan kontraktilitas. Obat ini tidak digunakan untuk kegagalan diastolik yang mana dibutuhkan mengembangkan ventrikel untuk relaksasi.
2. Hidralazine: menurunkan afterload pada disfungsi sistolik.
3. Isobarbide dinitrat: mengurangi preload dan afterload untuk disfungsi sistolik, hindari vasodilator pada disfungsi sistolik.
4. Beta blocker: sering dikontraindikasikan karena menekan respon miokard. Digunakan pada disfungsi diastolik untuk mengurangi HR, mencegah iskemi miokard, menurunkan TD, hipertrofi ventrikel kiri.

3) Pendidikan kesehatan

1. Informasikan pada klien, keluarga dan pemberi perawatan tentang penyakit dan penanganannya.
2. Informasi di fokuskan pada: monitoring BB setiap hari dan intake natrium.
3. Diet yang sesuai untuk lansia CHF: pemberian makanan tambahan yang banyak mengandung kalium. Seperti: pisang, jeruk, dan lain-lain.
4. Teknik konservasi energi dan latihan aktivitas yang dapat di toleransi dengan bantuan terapi.

2. **Diagnosis Keperawatan**

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), 2017. Masalah keperawatan pada gangguan kebutuhan oksigen pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) adalah : Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler (D.0003).

3. Intervensi Keperawatan

Tabel 2.1

Diagnosis dan Intervensi Keperawatan SDKI, SLKI, dan SIKI

No.	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1.	<p>Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor</p> <p><i>Subjektif :</i></p> <p>a. Dispnea</p> <p><i>Objektif</i></p> <p>a. PCO₂ meningkat/ menurun</p> <p>b. PO₂ menurun</p> <p>c. Takikardia</p> <p>d. pH arteri meningkat/ menurun</p> <p>e. Bunyi napas tambahan</p> <p>Gejala dan Tanda Minor</p> <p><i>Subjektif :</i></p> <p>a. Pusing</p> <p>b. Penglihatan kabur</p> <p><i>Objektif :</i></p> <p>a. Sianosis</p> <p>b. Diaforesis</p> <p>c. Gelisah</p> <p>d. Napas cuping hidung</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan</p> <p>Pertukaran gas meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dispnea menurun 2. Bunyi napas tambahan menurun 3. PCO₂ membaik 4. PO₂ membaik 5. Takikardia membaik 6. pH arteri membaik 	<p>Pemantauan Respirasi</p> <p><i>Observasi :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya nafas - Monitor pola nafas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, kussmaul, cheyne-stokes, ataksisk) - Monitor saturasi oksigen - Auskultasi bunyi nafas - Palpasi kesimetrisan ekspansi paru - Monitor nilai AGD - Monitor hasil x-ray thoraks <p><i>Terapeutik :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien - Dokumentasikan hasil pemantauan - Berikan obat diuretik <p><i>Edukasi :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan - Informasikan hasil pemantauan, <i>jika perlu</i>

	<p>e. Pola napas abnormal (cepat/laambat, regular/iregular, dalam/dangkal)</p> <p>f. Warna kulit abnormal (mis.pucat, kebiruan)</p> <p>g. Kesadaran menurun</p> <p>Kondisi Klinis Terkait</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK) 2. Gagal jantung kongestif 3. Asma 4. Pneumonia 5. Tuberkolosis paru 6. Penyakit membrane hialin 7. Asfiksia 8. Persistent pulmonary hypertension of newborn (PPHN) 		<p>Terapi Oksigen</p> <p><i>Observasi :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor kecepatan aliran oksigen - Monitor posisi alat terapi oksigen - Monitor aliran oksigen secara periodik dan pastikan fraksi yang diberikan cukup - Monitor efektifitas terapi oksigen (mis. oksimetri, analisa gas darah), <i>jika perlu</i> - Monitor kemampuan melepaskan oksigen saat makan - Monitor tanda-tanda hipoventilasi - Monitor tanda dan gejala toksikasi oksigen dan atelaktasis - Monitor tingkat kecemasan akibat terapi oksigen - Monitor integritas mukosa hidung akibat pemasangan oksigen <p><i>Terapeutik :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Bersihkan sekret pada mulut, hidung, dan trakea, <i>jika perlu</i> - Pertahankan kepatenan jalan napas - Siapkan dan atur peralatan pemberian oksigen - Berikan oksigen tambahan, jika perlu - Tetap berikan oksigen saat pasien
--	--	--	--

	<p>9. Prematuritas</p> <p>10. Infeksi saluran napas</p>		<p>ditransportasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gunakan perangkat oksigen yang sesuai dengan tingkat mobilitas pasien <p><i>Kolaborasi :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi penentuan dosis oksigen - Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas dan/atau tidur
--	---	--	--

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana perawatan. Tindakan keperawatan mencakup tindakan mandiri (independen) dan tindakan kolaborasi. (Tarwoto & Wartonah, 2015).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan untuk dapat menentukan keberhasilan dalam asuhan keperawatan. Membandingkan status keadaan kesehatan pasien dengan tujuan atau kriteria hasil yang telah ditetapkan. (Tarwoto & Wartonah, 2015).

Langkah-langkah evaluasi adalah sebagai berikut :

- a. Daftar tujuan-tujuan pasien
- b. Lakukan pengkajian apakah pasien dapat melakukan sesuatu
- c. Bandingkan antara tujuan dan kemampuan pasien
- d. Diskusikan dengan pasien, apakah tujuan dapat tercapai atau tidak.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan adalah deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Penelitian deskriptif merupakan penelitian yang bertujuan untuk menggambarkan fenomena yang ada, yaitu fenomena alam atau fenomena buatan manusia, atau yang digunakan untuk menganalisis atau menggambarkan hasil subjek tetapi tidak dimaksudkan untuk memberikan implikasi yang lebih luas (Adiputra et al., 2021).

B. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian telah dilakukan di Ruang Irna Non-Bedah Penyakit Dalam RS Tk III Dr. Reksodiwiryo Padang. Waktu penelitian dimulai dari bulan Desember tahun 2022 sampai Mei 2023.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah sekelompok orang (atau lembaga, peristiwa, atau subjek studi lainnya) yang ingin dideskripsikan atau yang ingin digeneralisasikan (Swarjana, 2022). Populasi penelitian ini adalah seluruh pasien CHF yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan oksigen di Ruang Irna Non-Bedah Penyakit Dalam RS Tk III Dr. Reksodiwiryo Padang. Populasi ssat penelitian adalah 1 orang pasien CHF di Ruang Penyakit Dalam RS Tk III Dr. Reksodiwiryo Padang yang dijadikan langsung sebagai sampel dalam penelitian.

2. Sampel

Sampel adalah sebagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh suatu populasi (Ahmad & Jaya, 2021). Telah dilakukan pengambilan sampel 1 orang pasien CHF yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan oksigen di Ruang Irna Non-Bedah Penyakit Dalam RS Tk III Dr. Reksodiwiryo Padang, menggunakan teknik *purposive sampling* yaitu pemilihan sampel berdasarkan kriteria

tertentu, yaitu kriteria inklusi dan eksklusi yang peneliti tetapkan.

Kriteria sampel dalam penelitian ini yaitu :

a. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah

- 1) Pasien yang kooperatif dan dapat berkomunikasi verbal.
- 2) Pasien dan keluarga yang bersedia menjadi responden.

b. Kriteria Eksklusi

- 1) Pasien CHF yang dirawat dengan masalah sesak napas yang teratasi sebelum 5 hari dirawat oleh peneliti.
- 2) Pasien yang meninggal dan mengalami perburukan.

D. Alat/Instrumen Pengumpulan Data

Alat pemeriksaan fisik berupa tensimeter, stetoskop, stopwatch (untuk menghitung frekuensi pernapasan pasien), termometer, penlight, dan EKG. Instrumen pengumpulan data yang akan digunakan dalam penelitian ini yaitu format proses keperawatan mulai dari pengkajian sampai evaluasi keperawatan. Proses pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara, pemeriksaan fisik, observasi langsung, dan studi dokumentasi.

1. Format Pengkajian Keperawatan

Terdiri dari identitas pasien, identifikasi penanggung jawab, riwayat kesehatan pasien, kebutuhan dasar, dan pemeriksaan fisik, data psikologis, data ekonomi sosial, data spiritual, lingkungan tempat tinggal, pemeriksaan laboratorium, dan program pengobatan pasien.

2. Format Analisa Data

Terdiri dari nama pasien, nomor rekam medis, masalah, dan etiologi.

3. Format Diagnosis Keperawatan

Terdiri dari nama pasien, nomor rekam medis, diagnosis keperawatan, tanggal dan paraf ditemukannya masalah, serta tanggal dan paraf masalah dapat teratasi.

4. Format Rencana Asuhan Keperawatan

Terdiri dari nama pasien, nomor rekam medis, diagnosis keperawatan, intervensi berdasarkan SLKI dan SIKI.

5. Format Implementasi Keperawatan

Terdiri dari nama pasien, nomor rekam medis, hari dan tanggal, diagnosis keperawatan, implementasi keperawatan, dan paraf yang melakukan implementasi keperawatan kepada pasien.

6. Format Evaluasi Keperawatan

Terdiri dari nama pasien, nomor rekam medis, hari dan tanggal, diagnosis keperawatan, evaluasi keperawatan, dan paraf yang melakukan evaluasi kepada pasien.

E. Teknik Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data dapat diartikan sebagai teknik untuk mendapatkan data yang kemudian dianalisis dalam suatu penelitian (Masturoh & Anggita, 2018). Cara pengumpulan data dalam penelitian ini adalah :

a. Wawancara

Wawancara yaitu pertemuan yang langsung direncanakan antara pewawancara dan yang diwawancarai untuk memberikan atau menerima informasi tertentu (Mamik, 2015). Dalam penelitian ini peneliti melakukan wawancara kepada pasien dan keluarganya terkait kronologis penyakit dan alasan pasien dibawa ke rumah Sakit, riwayat kesehatan, dan keluhan utama yang dirasakan oleh pasien, riwayat kesehatan sebelumnya, dan riwayat kesehatan keluarga.

b. Pengukuran

Pengukuran yang dilakukan oleh peneliti terhadap pasien yaitu pemantauan kondisi pasien dengan metode mengukur menggunakan alat ukur pemeriksaan, seperti pengukuran tekanan darah pasien, pengukuran suhu, menghitung frekuensi pernapasan, menghitung frekuensi nadi, mengukur intake dan output pasien.

c. Pemeriksaan Fisik

Peneliti melakukan pemeriksaan terkait keadaan umum pasien dan pemeriksaan secara *head to toe* dengan teknik IPPA (*inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi*).

d. Studi Dokumentasi

Dokumentasi adalah segala informasi yang tertulis atau yang dihasilkan secara elektronik tentang klien, yang menjelaskan tentang perawatan atau layanan yang diberikan kepada klien tersebut (Rahmi, 2019). Pengumpulan data penelitian ini akan menggunakan data dari Rumah sakit untuk menunjang penelitian yang akan peneliti lakukan. Berdasarkan hasil studi dokumentasi, peneliti menemukan adanya riwayat kesehatan pasien, program pengobatan, hasil Analisa Gas Darah didapatkan PCO₂ : 33 mmHg, PO₂ : 131 mmHg, dan pH : 7,28, serta tindakan yang akan dilakukan terkait penanganan masalah kesehatan yang terjadi pada pasien.

F. Jenis-Jenis Data

a. Data Primer

Data yang diperoleh atau dikumpulkan oleh peneliti secara langsung dari sumber datanya. Data primer disebut juga sebagai data asli atau data baru (Masturoh & Anggita, 2018). Data primer yang ditemukan dari pasien terkait penelitian ini adalah identitas pasien, riwayat kesehatan pasien, pola aktivitas sehari-hari, dan pemeriksaan fisik yang dilakukan terhadap pasien. Data subjektif yang didapatkan pasien mengatakan sesak napas, sesak bertambah apabila berbicara dan beraktivitas, badan terasa lemah. Data objektif klien tampak gelisah, pernapasan cuping hidung, hasil AGD : PCO₂ : 33 mmHg, PO₂ : 131 mmHg, dan pH : 7,28.

b. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh peneliti dari berbagai sumber yang telah ada (Masturoh & Anggita, 2018). Data sekunder yang ditemukan terkait penelitian ini meliputi data dari keluarga pasien tentang kebiasaan dan kronologis pasien saat dibawa ke Rumah Sakit, nomor rekam medis pasien, hasil laboratorium, serta program pengobatan pasien yang diperoleh dari status medis pasien di RS TK III Dr. Reksodiwiryo Padang.

G. Prosedur Pengambilan Data

Langkah-langkah pengumpulan data yang dilakukan oleh peneliti adalah :

1. Peneliti meminta izin penelitian dari institusi asal peneliti yaitu Poltekkes Kemenkes RI Padang.
2. Peneliti menyerahkan surat izin pengambilan data dari institusi untuk mendapatkan surat izin untuk melakukan survey awal di RS Tk III Dr. Reksodiwiryo Padang.
3. Meminta surat rekomendasi ke RS Tk III Dr. Reksodiwiryo Padang.
4. Meminta izin ke kepala instalasi rawat inap RS Tk III Dr. Reksodiwiryo Padang.
5. Meminta izin ke kepala ruangan penyakit dalam RS Tk III Dr. Reksodiwiryo Padang.
6. Melakukan pemilihan sampel dengan populasi pasien CHF sebanyak 1 orang dengan kriteria inklusi.
7. Mendatangi responden serta keluarga dan menjelaskan tentang tujuan penelitian (informed consent), kemudian pasien dan keluarga menandatangani informed consent sebagai persetujuan dijadikan responden dalam penelitian.
8. Selanjutnya peneliti dan pasien melakukan kontrak waktu untuk pertemuan berikutnya.
9. Peneliti meminta waktu responden untuk melakukan pengkajian dengan wawancara menggunakan format dokumentasi asuhan keperawatan serta melakukan pemeriksaan fisik pada pasien.
10. Peneliti melakukan intervensi, implmentasi dan evaluasi keperawatan pada pasien.
11. Peneliti telah selesai melakukan penelitian.
12. Peneliti meminta surat selesai penelitian ke instaldik RS Tk III Dr. Reksodiwiryo Padang.

H. Analisis

Analisis yang dilakukan pada penelitian ini adalah menganalisis semua temuan pada tahapan proses keperawatan yang ditemukan dengan menggunakan konsep dan teori keperawatan pada satu orang pasien

Congestive Heart Failure (CHF) dengan gangguan pemenuhan kebutuhan oksigen. Data yang didapat dari hasil melakukan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, penegakan diagnosis keperawatan, merencanakan tindakan, melakukan tindakan sampai mengevaluasikan hasil tindakan dinarasikan, kemudian dibandingkan dengan teori asuhan keperawatan gangguan pemenuhan kebutuhan oksigenasi pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF). Analisa yang dilakukan adalah untuk menentukan kesesuaian antara teori yang ada dengan kondisi pasien.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Deskripsi Tempat

Penelitian ini dilakukan di RS Tk III Dr.Reksodiwiryono Padang yang merupakan rumah sakit pemerintah yang dikelola oleh Komando Daerah Militer I/Bukit Barisan TNI AD. Rumah sakit ini terletak di Jl. Dr. Wahidin No. 1, Ganting Parak Gadang, Kecamatan Padang Timur, Kota Padang, Sumatera Barat. Penelitian dilakukan di rumah sakit ini, tepatnya di Ruang Penyakit Dalam. Waktu penelitian dimulai dari pengambilan data dari bulan Desember 2022 sampai Mei 2023. Sedangkan pelaksanaan asuhan keperawatan dimulai pada tanggal 11 Februari sampai 15 Februari 2023.

B. Deskripsi Kasus

Pada bab ini peneliti membahas tentang proses asuhan keperawatan yang dilakukan pada satu orang partisipan yang dirawat di ruang penyakit dalam RS Tk III Dr. Reksodiwiryono Padang. Prinsip dari pembahasan ini dibuat dengan memperhatikan teori proses keperawatan yang terdiri dari tahap pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan tindakan keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan terhadap masalah yang muncul.

1. Pengkajian Keperawatan

Hasil pengkajian yang peneliti dapatkan terhadap Ny.D melalui wawancara, pemeriksaan fisik, pengukuran, dan studi dokumentasi sebagai berikut :

a. Wawancara

1) Identitas Klien

Ny. D seorang perempuan, berusia 60 tahun, status menikah, agama islam, pendidikan SMP, pekerjaan ibu rumah tangga. Pasien masuk dengan diagnosa medis *Congestive Heart Failure* (CHF).

2) Keluhan Utama

Klien masuk ke RS Tk III Dr. Reksodiwiryo Padang melalui IGD pada tanggal 10 Februari 2023 jam 08.00 WIB dengan keluhan sesak napas sejak malam hari sebelum masuk rumah sakit.

3) Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 11 Februari 2023 jam 17.00 WIB klien mengatakan napas masih terasa sesak, sesak bertambah apabila berbicara banyak dan beraktivitas. Klien terpasang oksigen nasal kanul 4 L/menit, RR : 24 x/menit, TD : 138/72 mmHg. Terdapat edema pada kaki.

4) Riwayat Kesehatan Dahulu

Ny. D mengatakan satu tahun yang lalu pernah dirawat di RS Tk III Dr. Reksodiwiryo Padang dengan diagnosa penyakit yang sama. Ny. D juga mempunyai riwayat DM dan hipertensi.

5) Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan kedua orang tuanya memiliki riwayat penyakit jantung.

6) Riwayat Psikososial

Ny. D mengatakan cemas dengan penyakitnya dan merasa khawatir akan mengalami perburukan kondisi.

7) Pola Aktivitas Sehari-hari

a) Makan

Saat sehat klien makan 3 x sehari dengan porsi sedang dengan nasi dan lauk pauk, pasien mengatakan sering makan gorengan dan makanan yang bersantan. Saat sakit klien makan 3 x sehari dan hanya menghabiskan ½ dari porsi makanan yang diberikan rumah sakit.

b) Minum

Saat sehat klien minum air putih \pm 2500 cc/hari. Saat sakit klien hanya minum \pm 1500 cc/hari.

c) **Aktivitas Istirahat dan Tidur**

Saat sehat klien bekerja sebagai ibu rumah tangga, tidak melakukan aktivitas yang berat semenjak diketahui memiliki riwayat penyakit jantung satu tahun yang lalu. Tidur 7-8 jam/hari. Saat sakit klien hanya berbaring di tempat tidur karena sesak yang dialami. Semua aktivitas dibantu oleh keluarga, klien mengatakan sulit tidur dan sering terbangun. Klien hanya tidur 4-5 jam/hari.

d) **Eliminasi**

Saat sehat klien mengatakan BAK 5-6 x sehari dengan warna urin kuning dan BAB 1 x sehari dengan konsistensi lunak dan berwarna kuning kecoklatan. Saat sakit klien mengatakan BAK 4-5 x kali sehari, warna urin kuning dan BAB 1 x sehari dengan konsistensi lunak, warna kuning.

8) **Sirkulasi**

Pasien mengeluh sesak napas.

9) **Integritas Ego**

Pasien mengeluh cemas terhadap penyakitnya saat ini.

b. Pengukuran

a) Kesadaran	: Compos mentis
b) Tinggi Badan/Berat Badan	: 162 cm/68 kg
Pernapasan	: 24 x/menit
Tekanan darah	: 138/72 mmHg
Nadi	: 90 x/menit
Suhu	: 36,4° C

c. Pemeriksaan Fisik

- 1) Rambut : Rambut berwarna hitam dan sedikit beruban, kulit kepala bersih.
- 2) Telinga : Telinga simetris kiri kanan, tidak ada penumpukan serumen, tidak menggunakan alat bantu pendengaran.

- 3) Mata : Mata simetris kiri dan kanan, konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik.
- 4) Hidung : Tidak ada secret, pernapasan cuping hidung, napas terlihat sesak, terpasang oksigen nasal kanul 4L/menit.
- 5) Mulut : Mukosa bibir kering.
- 6) Leher : Tidak terdapat pembesaran vena jugularis, tidak ada pembengkakan kelenjar getah bening dan tiroid.

7) Toraks

- I : Simetris kiri kanan
- P : Fremitus sama kiri dan kanan
- P : Batas paru dalam batas normal
- A : Vesikuler pada kedua lapang paru, tidak terdengar suara napas tambahan.

Jantung

- I : Iktus cordis tidak terlihat
- P : Iktus cordis teraba pada RIC V
- P : Batas jantung dalam batas normal
- A : S1 S2 regular, tidak ada murmur

Abdomen

- I : Tidak distensi, tidak ada bekas operasi
- P : Tidak terdapat nyeri tekan pada abdomen
- P : Timpani
- A : Bising usus normal

- 8) Ekstremitas : Terdapat edema pada kaki, CRT < 2 detik, akral teraba hangat.

d. Studi Dokumentasi

1) Pemeriksaan Laboratorium

Tabel 4.1
Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Tanggal	Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan	
				Pria	Wanita
10 Februari 2023	Hemoglobin	12,0	g/dl	14-18	12-16
	Leukosit	7.682	/mm ³	5000-10.000	
	Trombosit	395.000	/mm ³	150.000-400.000	
	Hematokrit	40,7	%	40-48	37
	pH	7,28			
	PCO ₂	33	mmHg		
	PO ₂	131	mmHg		
11 Februari 2023	Hemoglobin	13,2	g/dl		
	Leukosit	7.200	/mm ³		
	Trombosit	370.000	/mm ³		
	Hematokrit	42,3	%		
	Gula Darah	145	mg/dl	SP 180	
	Sewaktu	38,3	mg/dl	10-50	
	Ureum	1,27	mg/dl	0,6-1,1	0,5-0,9
	Kreatinin	3,18	gr/dl	3,8-5,1	
	Albumin	25,5	U/I	<37	<31
	SGOT	18,7	U/I	<42	<32
	SGPT	137	mmol/L	136-146	
	Natrium	4,1	mmol/L	3,5-5,0	
	Kalium	113	mmol/L	96-106	
	Klorida serum				

2) Program Terapi Dokter

Tabel 4.2
Program Terapi Dokter

No	Nama Obat	Dosis	Cara
1.	O2 Nasal kanul	3-5 L/menit	
2.	Ringer Lactat (RL)	5 %	IV
3.	Syring pump drip lasix	10 Amp 0,5 cc/jam	IV
4.	Ramipril	2,5 2 x 1	IV
5.	Spironolactone	25 mg	Oral
6.	Amlodipine	5 mg 1 x 1	Oral
7.	Combivent	4 x 1	Nebu
8.	Drip lasix	10 Amp 0,5 cc/jam	IV
9.	Drip Nitroglycerine	1 Amp 0,1 cc/jam	IV

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis yang muncul setelah dilakukan pengkajian keperawatan terhadap Ny. D, yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan oksigen dengan kasus *Congestive Heart Failure* (CHF) yaitu : gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler.

Tabel 4.3
Analisa Data

No.	Data	Penyebab	Masalah
1.	<p>Subjektif :</p> <p>a. Klien mengatakan sesak napas</p> <p>b. Klien mengatakan sesak napas bertambah jika berbicara banyak dan beraktivitas</p> <p>Objektif :</p> <p>a. Klien tampak gelisah</p>	Perubahan membran alveolus-kapiler	Gangguan pertukaran gas

	b. Pernapasan cuping hidung c. Hasil AGD : - PCO ₂ : 33 mmHg - PO ₂ : 131 mmHg - pH : 7,28		
--	--	--	--

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi yang dilakukan sesuai dengan diagnosis keperawatan pada partisipan yaitu gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler.

Tabel 4.4
Rencana Keperawatan

No.	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1.	Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler Gejala dan Tanda Mayor <i>Subjektif :</i> - Dispnea <i>Objektif</i> - PCO ₂ menurun - pH arteri menurun - Bunyi napas tambahan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan Pertukaran gas meningkat dengan kriteria hasil : - Dispnea menurun - Bunyi napas tambahan menurun - PCO ₂ membaik - PO ₂ membaik - Takikardia membaik - pH arteri membaik	Pemantauan Respirasi <i>Observasi :</i> - Monitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya nafas - Monitor pola nafas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, kussmaul, cheyne-stokes, ataksisk) - Monitor saturasi oksigen - Auskultasi bunyi nafas - Palpasi kesimetrisan ekspansi paru - Monitor nilai AGD - Monitor hasil x-ray thoraks <i>Terapeutik :</i> - Atur interval pemantauan

	<p>Gejala dan Tanda Minor</p> <p><i>Subjektif :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pusing - Penglihatan kabur <p><i>Objektif :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Diaforesis - Gelisah - Napas cuping hidung - Pola napas cepat - Warna kulit pucat 		<p>respirasi sesuai kondisi pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dokumentasikan hasil pemantauan <p><i>Edukasi :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan - Informasikan hasil pemantauan, <i>jika perlu</i> <p>Terapi Oksigen</p> <p><i>Observasi :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor kecepatan aliran oksigen - Monitor posisi alat terapi oksigen - Monitor aliran oksigen secara periodik dan pastikan fraksi yang diberikan cukup - Monitor efektifitas terapi oksigen (mis. analisa gas darah), <i>jika perlu</i> - Monitor kemampuan melepaskan oksigen saat makan - Monitor tanda-tanda hipoventilasi - Monitor tanda dan gejala toksikasi oksigen dan atelaktasis - Monitor tingkat kecemasan akibat terapi oksigen - Monitor integritas mukosa hidung akibat pemasangan oksigen <p><i>Terapeutik :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pertahankan kepatenan jalan napas
--	---	--	---

			<ul style="list-style-type: none"> - Siapkan dan atur peralatan pemberian oksigen - Berikan oksigen tambahan, <i>jika perlu</i> - Tetap berikan oksigen saat pasien ditransportasi - Gunakan perangkat oksigen yang sesuai dengan tingkat mobilitas pasien <p><i>Kolaborasi :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi penentuan dosis oksigen - Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas dan/atau tidur - Kolaborasi pemberian diuretik
--	--	--	--

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan pada diagnosis gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler yang dilakukan pada tanggal 11 Februari 2023 adalah memberikan oksigen nasal kanul 4 L/menit, mengajarkan pasien teknik relaksasi nafas dalam dengan cara mendemonstrasikan terlebih dahulu dan meminta pasien untuk mengulangnya, pasien diajarkan menarik nafas dalam melalui hidung secara perlahan, tahan nafas selama 3 detik, lalu hembuskan secara perlahan melalui mulut, dan terus diulangi sebanyak 5 kali. Menghitung frekuensi pernapasan pasien dan memberikan diuretik.

Implementasi yang dilakukan pada hari rawatan kedua yaitu pada tanggal 12 Februari 2023 adalah memberikan oksigen nasal kanul 4 L/menit, melatih pasien untuk tetap menerapkan teknik relaksasi nafas dalam dengan cara menarik nafas dalam melalui hidung secara

perlahan, tahan nafas selama 3 detik, lalu hembuskan secara perlahan melalui mulut, dan terus diulangi sebanyak 5 kali, menghitung frekuensi pernapasan pasien dan memberikan diuretik.

Implementasi yang dilakukan pada hari rawatan ketiga yaitu pada tanggal 13 Februari 2023 adalah memberikan oksigen nasal kanul 3 L/menit, tetap melatih pasien untuk menerapkan teknik relaksasi nafas dalam dengan cara menarik nafas dalam melalui hidung secara perlahan, tahan nafas selama 3 detik, lalu hembuskan secara perlahan melalui mulut, dan terus diulangi sebanyak 5 kali, kemudian menghitung frekuensi pernapasan pasien dan memberikan diuretik.

Implementasi pada hari rawatan keempat yaitu pada tanggal 14 Februari 2023 adalah menganjurkan pasien melakukan teknik relaksasi nafas dalam dengan cara menarik nafas dalam melalui hidung secara perlahan, tahan nafas selama 3 detik, lalu hembuskan secara perlahan melalui mulut, dan terus diulangi sebanyak 5 kali, lalu menghitung frekuensi pernapasan pasien.

Implementasi pada hari rawatan kelima tanggal 15 Februari 2023 tindakan yang dilakukan adalah menganjurkan pasien melakukan teknik relaksasi nafas dalam dengan cara menarik nafas dalam melalui hidung secara perlahan, tahan nafas selama 3 detik, lalu hembuskan secara perlahan melalui mulut, diulangi sebanyak 5 kali dan menghitung frekuensi pernapasan pasien.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dilakukan setiap hari selama 5 hari, mulai dari tanggal 11 Februari 2023 sampai dengan 15 Februari 2023, menggunakan metode SOAP dan sesuai dengan format asuhan keperawatan. Setelah implementasi dilakukan, evaluasi keperawatan pasien secara menyeluruh untuk diagnosis gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler. Hasil evaluasi keperawatan pada hari pertama tanggal 11 Februari 2023, subjektif :

pasien mengatakan napas terasa sesak saat beraktivitas dan badan terasa lemah. Objektif : pasien tampak sesak, pasien bernapas dengan cuping hidung, frekuensi napas pasien 24 x/menit, TD : 138/72 mmHg, Nadi : 90x/menit. Analisis : masalah gangguan pertukaran gas belum teratasi, dengan indikator pasien masih sesak napas (dyspnea), pasien bernapas dengan cuping hidung, RR : 24 x/menit. Planning : intervensi dilanjutkan dengan pemberian terapi oksigen nasal kanul 4 L/menit, mengajarkan pasien melakukan teknik relaksasi nafas dalam, serta menghitung frekuensi pernapasan pasien dan memberikan diuretik.

Pada hari kedua tanggal 12 Februari 2023, subjektif : pasien mengatakan napas masih terasa sesak, pasien mengatakan badan lemah sudah berkurang. Objektif : pasien tampak sesak, pasien bernapas dengan cuping hidung, RR : 23 x/menit, TD 135/76 mmHg, Nadi 88 x/menit. Analisis : masalah gangguan pertukaran gas belum teratasi, dengan indikator pasien masih sesak napas, RR : 23 x/menit, pasien bernapas dengan cuping hidung. Planning : intervensi dilanjutkan dengan pemberian terapi oksigen nasal kanul 4 L/menit, melatih pasien melakukan teknik relaksasi nafas dalam, serta menghitung frekuensi pernapasan pasien dan memberikan diuretik.

Pada hari ketiga tanggal 13 Februari 2023, subjektif : pasien mengatakan sesak napas sudah mulai berkurang, badan lemah sudah berkurang. Objektif : pasien tidak tampak bernapas dengan cuping hidung, RR : 22 x/menit, TD 133/76 mmHg, Nadi 88 x/menit. Analisis : masalah gangguan pertukaran gas belum teratasi, dengan indikator sesak timbul sesekali, pasien tidak tampak bernapas dengan cuping hidung, RR : 22 x/menit. Planning : intervensi dilanjutkan dengan pemberian terapi oksigen nasal kanul 3 L/menit, tetap menganjurkan pasien untuk melakukan teknik relaksasi nafas dalam.

Pada hari keempat tanggal 14 Februari 2023, subjektif : pasien mengatakan sesak napas hanya timbul sesekali, badan terasa sudah

tidak lemah lagi. Objektif : pasien tidak tampak bernapas dengan cuping hidung, RR 21 x/menit, TD : 131/80 mmHg, Nadi : 86 x/menit. Analisis : masalah gangguan pertukaran gas belum teratasi, dengan indikator sesak timbul sesekali, pasien tidak tampak bernapas dengan cuping hidung, pasien sudah tidak menggunakan oksigen, RR : 21 x/menit. Planning : intervensi dilanjutkan dengan menganjurkan pasien untuk melakukan teknik relaksasi nafas dalam.

Pada hari kelima tanggal 15 Februari 2023, pasien mengatakan napasnya sudah tidak sesak dan badannya terasa lebih segar. Pasien tidak tampak bernapas dengan cuping hidung dan pasien tambah lebih segar. RR 20 x/menit, TD : 130/83 mmHg, Nadi : 87 x/menit. Masalah gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler teratasi, intervensi pasien dihentikan.

C. Pembahasan Hasil Penelitian

Pembahasan kasus ini peneliti akan membahas hubungan antara teori dan laporan asuhan keperawatan pada Ny.D dengan dengan *Congestive Heart Failure* (CHF) yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan oksigen, yang telah dilakukan asuhan keperawatan pada tanggal 11 Februari sampai 15 Februari 2023 di ruang penyakit dalam RS Tk III Dr. Reksodiwiryo Padang. Dimana pembahasan ini akan dibahas sesuai dengan tahapan asuhan keperawatan yang dimulai pada tahap pengkajian, merumuskan diagnosis keperawatan, menyusun rencana keperawatan, melakukan implementasi keperawatan sampai dengan evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian Keperawatan

Hasil pengkajian pada Ny.D didapatkan keluhan utama pasien mengeluh sesak napas dan terasa nyeri di bagian dada.

Menurut teori, gejala yang paling menonjol dari kegagalan ventrikel kiri adalah dyspnea/sesak napas saat aktivitas. Pada awal gagal jantung, sesak napas akan timbul saat aktivitas. Tetapi dengan semakin

jauh perjalanan gagal jantung yang mengalami perburukan, maka sesak napas akan timbul saat istirahat (Wenny, B. P, dkk, 2023).

Hal ini sejalan dengan penelitian Mustofa dan Listiyanawati tahun 2020 terhadap satu orang pasien di RSUD Simo, keluhan utama pasien mengatakan sesak napas dimalam hari dan tidak kunjung membaik saat beristirahat dan pasien juga mengeluh badan terasa lemas.

Pada riwayat kesehatan dahulu, Ny.D menderita hipertensi dan diabetes melitus.

Menurut teori, hipertensi berkaitan dengan gagal jantung karena tekanan darah yang tinggi secara terus menerus dapat menyebabkan kerusakan sistem pembuluh darah arteri perlahan-lahan. Arteri mengalami pengerasan disebabkan oleh endapan lemak pada dinding, sehingga menyempitan lumen dan mengakibatkan otot bilik kiri jantung yang berfungsi sebagai pemompa darah utama menjadi terbebani, sehingga otot jantung bekerja lebih keras memompa darah dan menyebabkan pembesaran otot jantung kiri yang mengakibatkan fungsi jantung menurun dan mengakibatkan Congestive Heart Failure (CHF) (Marliani, 2013).

Menurut penelitian Susilowati dan Nurlaily tahun 2021 di RSUD Dr. Gondo Suwarno Ungaran, pengkajian pada pasien dengan *Congestive Heart Failure* (CHF) didapatkan bahwa pasien mempunyai riwayat diabetes melitus dan hipertensi.

Dari manifestasi klinis penderita gagal jantung mengalami edema di ekstremitas bawah

Menurut teori, pada gagal jantung kanan akan terjadi peningkatan tekanan vena sistemik yang dapat menimbulkan gejala seperti adanya edema perifer pada pergelangan kaki dan tungkai bawah yang disebabkan oleh peningkatan tekanan hidrostatik vena (Wenny, B. P, dkk, 2023).

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah langkah kedua dari proses keperawatan yang menggambarkan penilaian klinis tentang respon individu, keluarga, kelompok maupun masyarakat terhadap permasalahan kesehatan baik aktual maupun potensial (Tampubolon, 2020).

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan pada pasien didapatkan diagnosis keperawatan prioritas yang utama adalah gangguan pertukaran berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler dengan keluhan yang dialami pasien adalah sesak napas dan nyeri pada dada. Sesak bertambah jika beraktifitas dan berbicara banyak. Data objektif yang didapatkan pasien tampak sesak napas RR : 24 x/menit, pasien bernapas dengan cuping hidung, pasien tampak gelisah, PCO₂ : 33 mmHg, PO₂ 131 mmHg, dan pH : 7, 28.

Diagnosis keperawatan yang muncul pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan oksigen pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) sesuai dengan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) tahun 2017 adalah gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler, dengan tanda dan gejala mayor : adanya dispnea, PCO₂ meningkat/menurun, PO₂ menurun, takikardia, pH arteri meningkat/menurun, dan bunyi napas tambahan. Sedangkan tanda dan gejala minor : pusing, penglihatan kabur, sianosis, diaforesis, gelisah, napas cuping hidung, pola napas abnormal (cepat/lambat, regular/irregular, dalam/dangkal), warna kulit abnormal (mis. pucat, kebiruan), dan kesadaran menurun.

Hal ini juga sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Mustofa dan Listiyanawati (2020), dalam penelitiannya pada pasien CHF di RSUD Simo, diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien CHF adalah gangguan pertukaran gas, dengan tanda dan gejala yang muncul pada respondennya yaitu sesak napas dengan frekuensi pernapasan 25 x/menit.

3. Intervensi Keperawatan

Berdasarkan data diagnosis keperawatan yang telah ditegakkan, pada tahap ini penulis akan membahas keterkaitan antara intervensi yang dibuat dengan teori yang dipakai.

Intervensi asuhan keperawatan berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) yang dilakukan pada diagnosis gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler dengan kriteria hasil : pertukaran gas didasarkan pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) : dispnea menurun, bunyi napas tambahan menurun, PCO₂ membaik, PO₂ membaik, takikardia membaik, dan pH arteri membaik. Dengan perencanaan pemantauan respirasi didasarkan pada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) : monitor frekuensi, pola, dan upaya napas pasien, monitor saturasi oksigen, atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien, dan dokumentasikan hasil pemantauan. Rencana tindakan kedua adalah pemberian terapi oksigen, yaitu : monitor kecepatan aliran oksigen, monitor aliran oksigen secara periodik dan pastikan fraksi yang diberikan cukup, monitor efektifitas terapi oksigen (mis. oksimetri, analisa gas darah (jika perlu). Pertahankan kepatenan jalan napas, siapkan dan atur peralatan pemberian oksigen, berikan oksigen tambahan (jika perlu), tetap berikan oksigen saat pasien ditransportasi, dan gunakan perangkat oksigen yang sesuai dengan tingkat mobilitas pasien. Rencana tindakan selanjutnya adalah kolaborasi pemberian diuretik.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Mustofa dan Listiyanawati (2020) pada satu orang responden dengan diagnosa medis CHF di RSUD Simo, rencana keperawatan yang dilakukan pada pasien tersebut untuk mengatasi masalah gangguan pertukaran gas adalah : monitor keefektifan terapi oksigen, pertahankan kepatenan jalan napas, ajarkan pasien dan keluarga cara menggunakan oksigen dirumah, kolaborasi penentuan dosis oksigen.

4. Implementasi Keperawatan

Peneliti melakukan implementasi keperawatan berdasarkan intervensi yang telah direncanakan sebelumnya yaitu pemantauan respirasi, pemberian terapi oksigen, dan memberikan diuretik.

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada pasien dengan diagnosis keperawatan gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler adalah memberikan oksigen nasal kanul 3-4 L/menit, mengajarkan pasien melakukan teknik relaksasi nafas dalam, memonitor frekuensi pernapasan pasien, dan memberikan diuretik.

Menurut penelitian Mustofa dan Listiyanawati (2020), tentang asuhan keperawatan pasien dengan *Congestive Heart Failure* (CHF) di ruangan cendrawasih RSUD Simo didapatkan pemberian tindakan terapi oksigen nasal kanul pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) efektif dapat membantu menurunkan tingkat sesak napas dan meningkatkan saturasi oksigen.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah kegiatan yang terus menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan (Tampubolon, 2020). Evaluasi keperawatan dilakukan dengan metode SOAP. Dalam penelitian ini, peneliti melakukan evaluasi keperawatan terhadap tindakan yang sudah diberikan kepada pasien selama 5 hari yang dimulai pada tanggal 11 Februari 2023 sampai dengan 15 Februari 2023. Dalam proses evaluasi keperawatan dibutuhkan kerjasama antara peneliti dengan perawat, dan antar peneliti dengan pasien serta keluarga yang terlibat.

Hasil evaluasi terhadap pasien. Subjektif : pasien mengatakan napasnya sudah tidak sesak dan badannya terasa lebih segar, Objektif: RR 20 x/menit pasien tampak lebih tenang, pasien tidak tampak

bernapas cuping hidung. Analisis : masalah gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler teratasi. Planning : intervensi dihentikan, pasien dianjurkan melakukan pembatasan aktivitas.

Menurut SLKI (2017) kriteria hasil yang telah dicapai setelah dilakukan tindakan keperawatan terhadap pasien untuk masalah keperawatan gangguan pertukaran gas adalah : dispnea menurun, bunyi napas tambahan menurun. Hal ini menunjukkan evaluasi yang sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan setelah melakukan tindakan keperawatan untuk diagnosis gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler yaitu dyspnea menurun, bunyi napas tambahan menurun, PCO₂ membaik, PO₂ membaik, takikardia membaik, dan pH arteri membaik.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Mustofa dan Listiyanawati (2020), hasil evaluasi pada 1 orang partisipan yang mengalami *Congestive Heart Failure* (CHF) yaitu pasien mengatakan sesak napas sudah berkurang didapatkan hasil tanda-tanda vital dengan TD : 110/80 mmHg, N : 84x/menit, RR : 22 x/menit, S : 36,2°C, SPO2 : 98%.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian asuhan keperawatan gangguan pemenuhan kebutuhan oksigen pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) di Ruang Penyakit Dalam RS Tk.III Dr.Reksodiwiryono Padang, peneliti dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Hasil pengkajian didapatkan frekuensi napas pasien 24x/menit, sesak bertambah saat beraktivitas, pasien mengeluh badan terasa lemah. Hasil pemeriksaan Analisa Gas Darah PCO_2 : 33 mmHg, PO_2 : 131 mmHg, pH : 7,28.
2. Diagnosis keperawatan yaitu gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler.
3. Intervensi yang dilakukan oleh peneliti adalah pemantauan respirasi yaitu : monitor frekuensi, pola, dan upaya napas pasien. Pemberian terapi oksigen dan pemberian diuretik.
4. Implementasi keperawatan yaitu memberikan terapi oksigen, mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam, menghitung frekuensi pernapasan pasien, dan memberikan diuretik
5. Evaluasi keperawatan pertukaran gas meningkat dengan kriteria hasil dispnea menurun sudah teratasi pada hari kelima sudah teratasi.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan di atas, peneliti memberikan saran sebagai berikut : Bagi perawat di ruang penyakit dalam RS Tk.III Dr. Reksodiwiryono Padang melalui karumkit, diharapkan perawat ruangan dapat melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan oksigen untuk memberikan pendidikan kesehatan terkait dengan teknik konservasi energi dan latihan aktivitas yang dapat ditoleransi dengan bantuan terapi.

DAFTAR PUSTAKA

- Aden Surya Fakhroji. (2022). *Asuhan Keperawatan pada Pasien Gagal Jantung dalam Pemenuhan Kebutuhan Oksigenasi*. Surakarta : Universitas Kusuma Husada Surakarta.
- Adiputra, I. M. S., dkk (2021). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Yayasan Kita Menulis.
- Ahmad, A., & Jaya, I. (2021). *Biostatistik Statistik dalam Penelitian Kesehatan* (1st ed.). Kencana.
- Ambarwati, F. R. (2014). *Konsep Kebutuhan Dasar Manusia* (1st ed.). Dua Satria Offset.
- Asman, A., dkk. (2022). *Asuhan Keperawatan Sistem Pernapasan Berbasis SDKI, SLKI dan SIKI* (M. Martini (ed.)). Media Sains Indonesia.
- Atoilah, E. M., & Kusnadi, E. (2013). *Askep Pada Klien Dengan Gangguan Kebutuhan Dasar Manusia*. In Media.
- Azwalidi. (2022). *Konsep Kebutuhan dasar Manusia Kebutuhan Oksigenasi, Eliminasi, dan Rasa Aman Nyaman (Terintegrasi SDKI, SLKI, SIKI dan SPO PPNI)* (1st ed.). Lembaga Chakra Brahmanda Lentera.
- Brunner, & Suddarth. (2016). *Keperawatan Medikal Bedah* (12th ed.). EGC.
- Fabanyo, R. A., & Anggreini, Y. S. (2022). *Teori dan Aplikasi Promosi Kesehatan dalam Lingkup Keperawatan Komunitas* (M. Nasrudin (ed.); 1st ed.). PT Nasya Expanding Management.
- Fatmayanti, A., & Murhayati, A. (2022). *Kebutuhan Dasar Manusia* (M. Sari (ed.); 2022nd ed.). PT Global Eksekutif Teknologi.
- Majid, A. (2018). *Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler*. Pustaka Baru Press.
- Mamik. (2015). *Metodologi Kualitatif* (C. Anwar (ed.)). Zifatama Publisher.
- Marliani. (2013). *100 Question & Answers : Hipertensi*. Jakarta. PT Elex Komputindo.
- Masturoh, I., & Anggita, N. (2018). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Pusat Kesehatan Sumber Daya Manusia Kesehatan.
- Mustofa, A. D., & Listiyanawati, M, D. (2019). *Asuhan Keperawatan Pasien dengan Congestive HeartFailure (CHF) di Ruang Cendrawasih RSUD Simo Anggi*, Surakarta : Universitas Kusuma Husada Surakarta.
- New York Heart Association (NYHA)*. (2016), *Heart Failure Classification*.


- Ramadhana, A. S. (2020). *Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Pada Pasien Dengan Stroke Hemoragik di Ruang Instalasi Gawat Darurat. Universitas Kusuma Husada Surakarta.*
- Riskesdas, (2019). *Laporan Provinsi Sumatera Barat Riskesdas 2018.* Lembaga Penerbit Badan Litbang Kesehatan
- Rekam Medis RS Tk.III Dr. Reksodiwiryono Padang, 2022
- Saputra, L. (2013). *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia* (Agustina (ed.)). Binarupa Aksara.
- PPNI, Tim Pokja SDKI DPP (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia.* DPP PPNI. Jakarta Selatan.
- PPNI, Tim Pokja SIKI DPP (2017). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia.* DPP PPNI. Jakarta Selatan.
- PPNI, Tim Pokja SLKI DPP (2017). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia.* DPP PPNI. Jakarta Selatan.
- Simanjuntak, G. V., dkk. (2022). *Keperawatan Kritis* (N. Sulung (ed.)). PT Global Eksekutif Teknologi.
- Suprpto, dkk. (2022). *Keperawatan Medikal Bedah* (N. Sulung & Rantika M. Sahara (eds.); 1st ed.). PT Global Eksekutif Teknologi.
- Susanto, A. V., & Fitriana, Y. (2017). *Kebutuhan Dasar Manusia Teori dan Aplikasi dalam Praktik Keperawatan* (2017th ed.). Pustaka Baru Press.
- Susihar & Pertiwi, A. (2019). *Penerapan Terapi Oksigen dengan Nasal Kanul pada Klien Gangguan Kebutuhan Oksigenasi Akibat CHF di Rumah Sakit Umum Daerah Koja.* Jakarta : Akper Husada Karya Jaya
- Swarjana, I. K. (2022). *Populasi-Sampel Teknik Sampling & Bias dalam Penelitian* (E. Risanto (ed.)).
- Tampubolon, K. N. (2020). *Tahap-Tahap Proses Keperawatan Dalam Pengoptimalan Asuhan Keperawatan.*
- Tarwoto, & Wartonah. (2015). *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan* (5th ed.). Salemba Medika.
- Wenny, P. B, dkk. (2023). *Gangguan Mental Pada Pasien Gagal Jantung.* (1 st ed.). Jawa Barat : Adab.
- Wijaya, A. S., & Putri, Y. M. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah : Keperawatan Dewasa Teori dan Contoh Askep.* Nuha Medika.

Wiyandhka, M. A., & Agustin, W. R. (2022). *Nursing Care for Congestive Heart Failure (CHF) Patients in Meeting the Physiological Needs of Oxygenation*. <https://www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>

Yuliana Susilowati, A. P. N. (2021). *Asuhan keperawatan pada Pasien Congestive Heart Failure dalam Pemenuhan kebutuhan Oksigenasi*. Surakarta : Universitas Kusuma Husada Surakarta

LAMPIRAN

Lampiran 1

 **KEMENTERIAN KESEHATAN RI**
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN PADANG 

Di lingkungan Poltekkes Kemenkes Padang (PTK) 281220-444 (PTK) Tenaga Kesehatan (TK) /
Jurusan Keperawatan (JK) 281220, Prodi Keperawatan Anak (PTK) 281220-445, Jurusan Kesehatan Lingkungan (JKL) 281220-446
Jurusan GIG (PTK) 281220-447, Jurusan Kebidanan (PTK) 281220-448, Prodi Bidan Kebidanan (PTK) 281220-449
Jurusan Keperawatan Gigi (PTK) 281220-450, Jurusan Prostodonti (PTK) 281220-451
Website: <http://www.poltekkespadang.ac.id>

Nomor : PP.03.01/0wjo / 2022 28 Oktober 2022
Lamp : 1 eks
Perihal : Izin Survey Data

Kepada Yth.
Direktur RST. Dr. Reksodiwiryo Padang
Di
Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan dilaksanakannya Penyusunan Proposal Karya Tulis Ilmiah (KTI) / Laporan Studi Kasus pada Mahasiswa Program Studi D III Keperawatan Padang Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang Semester Ganjil TA. 2022/2023, maka dengan ini kami mohon kepada Bapak/Ibu untuk memberikan izin kepada Mahasiswa untuk melakukan Survey Data di Instansi yang Bapak/Ibu Pimpin (Nama Mahasiswa Terlampir).

Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kesediaan Bapak/Ibu kami sampaikan ucapan terima kasih.


Direktur Poltekkes Kemenkes Padang

Dr. Bahrhan Muslim, SKM, M.Si
Nip. 1962011131986031002



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN PADANG



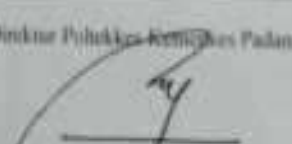
Jl. Jendral Sudirman Km. 10 Padang 25139 Telp. (0751) 754101-10111 Fax. (0751) 75410111
Jalan Perawatan (0751) 7541040, Ruang Keperawatan (0751) 75444, Jurusan Keperawatan Langit (0751) 7541017-10440
Jalan III (0751) 7541700, Jurusan Kebidanan (0751) 4431129 Prati Kebidanan Kebidanan (0751) 33474
Jalan Keperawatan Gigi (0751) 23401-23471, Jurusan Promosi Kesehatan
Website: <http://www.poltekkespadang.ac.id>

Lampiran :
Nomor : PP.03.01 / 2022
Tanggal : 28 Oktober 2022

NAMA-NAMA MAHASISWA YANG MELAKUKAN SURVEY DATA

NO	NAMA	NIM	JUDUL PROPOSAL KTI
1	Nurliana Fitri	203110182	Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Oksigenasi pada Pasien Congestive Heart Failure (CHF) di Ruang Ima Non-Bedah Penyakit Dalam RS Tk III Dr. Reksodiwiryo Padang Tahun 2023
2	nurliah sabrina	203110180	asuhan keperawatan gangguan cairan dan elektrolit pada pasien Chronic Kidney Disease (CKD) di RS Tk. III Dr. Reksodiwiryo Padang
3	Rabby An Sahabilla Hendra Dani	203110189	Asuhan keperawatan pada pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 dengan Ulkus diabetikum di RS Tk III Dr.Reksodiwiryo Padang.
4	Prisca Regina	203110183	Asuhan keperawatan gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi pada pasien diabetes melitus tipe 2 di RS Tk III Dr.Reksodiwiryo Padang
5	Syaria Putri Sukma	203110196	Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Kasus Demam Berdarah Dengue (DBD) di RS Tingkat III Dr. Reksodiwiryo Padang Tahun 2023

Direktur Poltekkes Kemenkes Padang


Dr. Burhan Muslim, SKM, M.Si

Nip. 19610113198011002

Lampiran 2

DETASEMEN KESEHATAN WILAYAH 01.04.04
RUMAH SAKIT Tk.III 01.06.01 dr.REKSODWIROYO

Padang, 10 November 2022

Nomor : B/587/XXI/2022
Klasifikasi : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Izin Survey Data

Kepada
Yth. Direktur Poltekkes Kemenkes
Padang
di
Padang

1 Berdasarkan Surat Direktur Poltekkes Kemenkes Padang Nomor PP.03.01/07197/2022 tanggal 31 Oktober 2022 tentang izin survey awal atas Nama Nurliana Putri NIM : 203110182 dengan Judul "Asuhan Keperawatan Gangguan Penuhan Kebutuhan Oksigenasi pada pasien Congetive Heart Failure (CHF) di Ruang Ima Non-Bedah Penyakit Dalam Rumah Sakit Tk.III dr Reksodwiryoyo Padang Tahun 2023".

2 Sehubungan dengan dasar tersebut di atas pada prinsipnya kami mengizinkan untuk melaksanakan survey awal di Rumah Sakit Tk.III dr Reksodwiryoyo Padang selama melaksanakan survey awal bersedia mematuhi peraturan yang berlaku, dan

3 Demikian disampaikan atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih

a.n. Kepala Rumah Sakit Tk.III 01.06.01
Waka
Ub
Kamrud

Kep
Syahid
Mayor/GM NRP 11060007041061

Tembusan

1. Kainstalwatnap Rumkit Tk.III Padang
2. Kainstalwatlan Rumkit Tk. III Padang
3. Kauryanmed Rumkit Tk. III Padang
4. Karu Ruangan Rumkit Tk. III Padang
5. Kainstaldik Rumkit Tk.III Padang
6. Kaurtuud Rumkit Tk.III Padang

Lampiran 3



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN PADANG

Jl. Jenderal Sudirman KM. 10 Padang 25131 Telp. (0751) 7611444-145 (0751) 7611444-146
Jarakat Koperawatan (PTK) 7611444, Prati Koperawatan (PK) (PTK) 251445, Jurusan Kesehatan Lingkungan (JKL) 7611445-146
Jurusan GIG (PTK) 7611446, Jurusan Keperawatan (PTK) 441120 Prati Keperawatan (PTK) 441120
Jurusan Koperawatan Gigi (PTK) 251447, Jurusan Perawatan Kesehatan
Website : www.poltekkes.kemkes.go.id

Nomor : PP.03.01/ B/DK / 2023 05 Januari 2023
Perihal : Izin Penelitian

Kepada Yth. :
Direktur RST TK. III Dr. Reksodiwiryo Padang
Di
Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan telah dilaksanakannya Ujian Seminar Proposal Karya Tulis Ilmiah / Laporan Studi Kasus pada Mahasiswa Program Studi D 3 Keperawatan Padang Poltekkes Kemenkes Padang, maka dengan ini kami mohon kepada Bapak/Ibu untuk memberikan izin kepada Mahasiswa untuk melakukan *Penelitian* di Institusi yang Bapak/Ibu Pimpin a.n

NO	N A M A / NIM	JUDUL KTI
1	Nurfiara Putri / 203110142	Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Oksigen pada Pasien <i>Congestive Heart Failure</i> (CHF) di Ruang Irma Non-Bedah Penyakit Dalam RS Tingkat III Dr.Reksodiwiryo Padang Tahun 2023

Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kesediaan Bapak/Ibu kami sampaikan ucapan terima kasih.

↓ Direktur, DS


Renidya H. S. Sidi, M.Kep, Sp. Jiw
NIP. 19720513199706 2404

Lampiran 4

DETASEMEN KESEHATAN WILAYAH 01.04.04
RUMAH SAKIT Tk. III 01.06.01 dr. REKSODWIRYO

Padang, 4 Februari 2023

Nomor : B/ 134/II/ 2023
Klasifikasi : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Izin Penelitian

Kepada
Yth. Direktur Politeknik Kesehatan
Padang
di

Padang

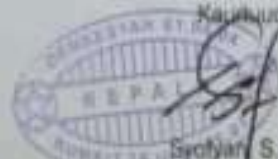
1. Berdasarkan surat Direktur Politeknik Kesehatan Padang Nomor PP.03.01/00170/2023 tanggal 05 Januari 2023 tentang izin penelitian atas Nama Nurliana Piti NIM : 203110182 dengan Judul " Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenutan Kebutuhan Oksigen pada pasien Congestive Heart Failure (CHF) di Ruang Ima Non-Bedah Penyakit Dalam Rumah Sakit Tk. III dr Reksodwiry Padang Tahun 2023".
2. Sehubungan dengan dasar tersebut di atas pada prinsipnya kami mengizinkan untuk melaksanakan penelitian di Rumah Sakit Tk. III dr Reksodwiry Padang selama melaksanakan penelitian bersedia mematuhi peraturan yang berlaku, dan.
3. Demikian disampaikan atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih

a.n. Kepala Rumah Sakit Tk. III 01.06.01

Waka

Ub

Ka. Ruud



Syofyan S.Kep

Mayor Ckm NRP 1060007041081

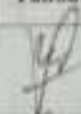
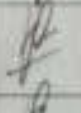

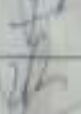



Tembusan :

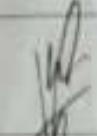


1. Kainstawatnap Rumkit Tk. III Padang
2. Kainstawatlan Rumkit Tk. III Padang
3. Kauryanmed Rumkit Tk. III Padang
4. Karu Ruangan Rumkit Tk. III Padang
5. Kanstaldk Rumkit Tk. III Padang
6. Kaurlaud Rumkit Tk. III Padang

Lampiran 5

**LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH
PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG JURUSAN KEPERAWATAN
POLTEKKES KEMENKES RI PADANG**

Nama : Nurliana Prita
NIM : 202110182
Pembimbing 1 : Ns. Saharini S. Kep, M. Kep
Judul : Asuhan Keperawatan Gangguan Penuhuan Kebesihan Oksigenasi pada Pasien *Congestive Heart Failure (CHF)* di Ruang Inta Non-Bedah Penyakit Dalam RS Tk III Dr. Reksodihwyo Padang

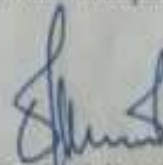
No	Tanggal	Kegiatan atau Saran Pembimbing	Tanda Tangan
1	15 Desember 2021	Menyusun judul	
2	21 Desember 2021	Menyusun sub	
3	18 Desember 2021	[B] → diperbaiki, look of instrumen, ada 10% kasus, 10 menit	
4	16 Desember 2021	Sub 1 diganti sub	
5	20 Des 2021	Revisi, lengkap, lengkap	
6	23 Des 2021	lengkap dan lengkap	
7	25 Des 2021	Revisi lengkap	

8	10 Mei 2013	Konsultasi BAB 1 - 5 + Revisi	
9	11 Mei 2013	Konsultasi BAB 3 & 4 + Revisi	
10	15/5/23	Acc uji krt	
11			
12			
13			
14			

Catatan :

1. Lembar konsil harus dibawa setiap kali konsultasi
2. Lembar konsultasi diserahkan ke panitia sidang sebagai salah syarat pendaftaran sidang

Mengetahui
Ketua Prodi D-III Keperawatan Padang



Henni Sasmitha, S. Kp, M. Kep, Sp. Jiwa

NIP. 197010201993032002

Lampiran 6







LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH
PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG JURUSAN KEPERAWATAN
POLTEKKES KEMENKES RI PADANG

Nama : Nurliana Pitti

NIM : 203110182

Pembimbing 2 : Ns. Yessi Fadriyani, S.Kep, M.Kep

Judul : Asuhan Keperawatan Gangguan Peremehan Kebutuhan Oksigen pada Pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) di Ruang Inta Non-Bedah Penyakit dalam RS Tk III Dr. Reksodiwiryo Padang

No	Tanggal	Kegiatan atau Saran Pembimbing	Tanda Tangan
1.	18 Oktober 2022	Final judul	
2.	19 November 2022	Finalisasi bab 1	
3.	9 Desember 2022	Konsultasi bab 1-3	
4.	10 Desember 2022	Konsultasi bab 1-3	
5.	19 Desember 2022	Konsultasi bab 1-3 + lampiran	
6.	14 Desember 2022	Finalisasi lampiran	

7.	10 Desember 2012	As. urusan proposal	B
8.	11 Mei 2013	Berkas dan surat	↓
9.	11 Mei 2013	Berkas dan surat 1-C	B
10.	13 Mei 2013	Berkas dan surat BAB 1-C	↓
11.	15 Mei 2013	Perkusi BAB 1-C + lampiran lampiran	↓
12.	17 Mei 2013	As. urusan rfi	↓
13.			
14.			

Catatan :

1. Lembar konsul harus dibawa setiap kali konsultasi
2. Lembar konsultasi diserahkan ke panitia sidang sebagai salah satu syarat pendaftaran sidang

Mengotahi

Ketua Prodi D-III keperawatan Padang



Ns. Yessi Fauziantji, S.Kep., M.Kep

NIP. 19730121 109903 2 002

Lampiran 7

INFORMED CONCENT

(Lembar Persetujuan)

Yang bertanda tangan di bawah ini :


Nama Responden : Desi Wiyani
Umur/Tgl. Lahir : 60 tahun / 9 Agustus 1962
Penanggung Jawab : Desi Wiyani
Hubungan : Revisi

Setelah mendapat penjelasan dari saudara peneliti, saya bersedia menjadi responden pada penelitian atas nama Nurfiana Pitri, NIM 203110182, Mahasiswa Program Studi D-III Keperawatan Padang Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang.

Demikian surat persetujuan ini saya tanda tangan tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Padang, 11 - 4 - 2023

Responden


(Desi Wiyani)

Lampiran 8



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
POLITEKNIK KESEHATAN PADANG
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN PADANG

JLN. SIMP. PONDOK KOPI SITEBA NANGGALO PADANG TELP. (0751) 7051300 PADANG 25146



FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN DASAR

NAMA MAHASISWA : Nurfiana Pitri
NIM : 203110182
RUANGAN PRAKTIK : Ruang Penyakit Dalam RS Tk. III
Dr.Reksodiwiryono Padang

A. IDENTITAS KLIEN DAN KELUARGA

1. Identitas Klien

Nama : Ny.D
Umur : 60 tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Pendidikan : Tamatan SMP
Alamat : Padang

2. Identifikasi Penanggung jawab

Nama : Ny.A
Pekerjaan : PNS
Alamat : Padang
Hubungan : Anak

3. Diagnosa Dan Informasi Medik Yang Penting Waktu Masuk

Tanggal Masuk : 10 Februari 2023
No. Medical Record :
Ruang Rawat : Ruang Penyakit Dalam
Diagnosa Medik : Congestive Heart Failure (CHF)
Yang mengirim/merujuk : Keluarga

Alasan Masuk : Sesak napas sejak malam hari sebelum masuk rumah sakit

4. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat Kesehatan Sekarang

- Keluhan Utama Masuk :

Klien masuk ke RS Tk. III Dr. Reksodiwiryo Padang pada tanggal 10 Februari 2023 melalui IGD jam 08.00 WIB dengan keluhan utama sesak napas sejak malam hari sebelum dibawa ke rumah sakit.

- Keluhan Saat Ini (Waktu Pengkajian) :

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 11 Februari 2023 jam 17.00 WIB klien mengatakan napas masih terasa sesak, sesak bertambah apabila berbicara banyak dan beraktivitas. Klien juga mengeluh badannya terasa lemah dan tidak nafsu makan.

b. Riwayat Kesehatan Yang Lalu :

Klien mengatakan satu tahun yang lalu pernah dirawat di RS Tk. III Dr. Reksodiwiryo Padang dengan diagnosa penyakit yang sama. Klien mengatakan juga memiliki riwayat hipertensi dan DM.

c. Riwayat Kesehatan Keluarga :

Klien mengatakan kedua orang tuanya memiliki riwayat penyakit jantung.

5. Kebutuhan Dasar

a. Makan

Sehat : Klien mengatakan makan 3 kali sehari dengan porsi sedang dengan nasi dan lauk pauk. Klien mengatakan sering makan gorengan dan makanan yang bersantan.

Sakit : Klien makan 3 kali sehari dan hanya menghabiskan $\frac{1}{2}$ dari porsi makanan yang diberikan rumah sakit. Diet yang diberikan oleh ahli gizi berupa makanan lunak dan susu.

b. Minum

Sehat : Klien minum ± 2500 cc/hari

Sakit : Klien minum ± 1500 cc/hari

c. Tidur

Sehat : Klien mengatakan saat sehat tidur 7-8 jam/hari

Sakit : Anak klien mengatakan susah tidur karena sesak napas yang dialami dan sering terbangun pada malam hari, klien hanya tidur 4-5 jam/hari.

d. Mandi

Sehat : Klien mengatakan mandi 2 kali sehari secara mandiri

Sakit : Klien mandi 1 kali sehari dibantu oleh keluarga dan perawat

e. Eliminasi

Sehat : Klien BAB 1 kali sehari dengan konsistensi sedang, warna kuning kecoklatan. Klien BAK 5-6 kali sehari, warna kuning

Sakit : Klien BAB 1 kali sehari dengan konsistensi lunak, warna kuning. Klien BAB menggunakan pampers

f. Aktifitas pasien

Sehat : Klien bekerja sebagai ibu rumah tangga, dan bisa melakukan aktifitas sehari-hari secara mandiri

Sakit : Klien mengatakan tidak dapat melakukan pekerjaan seperti biasa karena sesak napas dan badan terasa lemah, aktivitas klien dibantu oleh keluarga dan perawat.

6. Pemeriksaan Fisik

- Tinggi / Berat Badan : 162 cm / 68 kg

- Tekanan Darah : 138/72 mmHg

- Suhu : 36,4 °C

- Nadi : 90 X / Menit

- Pernafasan : 24 X / Menit

- Rambut : Rambut berwarna hitam dan sedikit beruban, kulit kepala bersih

- Telinga : Simetris kiri kanan, tidak ada penumpukan serumen, tidak menggunakan alat bantu pendengaran
- Mata : Mata simetris kiri dan kanan, konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik.
- Hidung : Tidak ada secret, napas terlihat sesak, pernaasan cuping hidung, terpasang O2 nasal kanul 4 L/menit
- Mulut : Mukosa bibir kering
- Leher : Tidak ada pembesaran vena jugularis, tidak ada pembengkakan kelenjar getah bening dan tiroid.
- Toraks : I : Simetris kiri kanan
P: Fremitus kiri kanan
P: Batas paru dalam batas normal
A: Vesikuler pada kedua lapang paru, tidak terdengar suara napas tambahan.
- Abdomen : I : Tidak distensi, tidak ada bekas operasi
P: Tidak terdapat nyeri tekan pada abdomen
P: Timpani
A: Bising usus normal
- Kulit : Kulit klien tampak pucat dan kering
- Ekstremitas : Atas : Tidak terdapat edema, CRT < 2 detik, akral teraba hangat
Bawah : Terdapat edema pada kaki, akral teraba hangat.

7. Data Psikologis

Status emosional : Pada saat dilakukan pengakjian pasien dapat menjawab sebagian pertanyaan dengan tenang.

Kecemasan : Klien tampak agak cemas dengan kondisinya sekarang.

Pola koping : Pada saat dilakukan pengkajian klien dapat menerima keadaannya yang sedang dalam keadaan sakit, dan keluarga mendukung klien dalam menghadapi penyakitnya.

Gaya komunikasi : Klien berbicara lambat, karena sesak. Klien berkomunikasi menggunakan bahasa Indonesia dan bahasa minang.

Konsep Diri : Klien mampu mengontrol diri dan tetap sabar dengan penyakitnya, dan berharap cepat kembali bisa beraktivitas seperti biasa.

8. Data Ekonomi Sosial : Anak klien mengatakan untuk biaya pengobatan klien menggunakan BPJS mandiri.

9. Data Spiritual : Klien beraga islam, selalu taat menjalankan kewajibannya sebagai seorang muslim, saat sakit klien selalu berdoa untuk kesembuhannya.

10. Lingkungan Tempat Tinggal

Tempat pembuangan kotoran : Anak klien mengatakan tempat pembuangan kotoran di WC, menggunakan septic tank.

Tempat pembuangan sampah : Anak klien mengatakan sampah dibuang di TPS yang berada tidak jauh dari rumahnya.

Pekarangan : Anak klien mengatakan pekarangan rumahnya bersih, terdapat pepohonan, dan lingkungan rumah padat penduduk.

Sumber air minum : Klien mengatakan sumber air di rumahnya dari PDAM dan untuk air minum menggunakan air galon.

Pembuangan air limbah : Klien mengatakan pembuangan air limbah di rumahnya dengan cara dialirkan ke bak penampungan.

11. Pemeriksaan laboratorium / pemeriksaan penunjang

Tanggal	Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan	
				Pria	Wanita
10 Februari 2023	Hemoglobin	12,0	g/dl	14-18	12-16
	Leukosit	7.682	/mm ³	5000-10.000	
	Trombosit	395.000	/mm ³	150.000-400.000	
	Hematokrit	40,7	%	40-48	37
	pH	7,28			
	PCO ₂	33	mmHg		
	PO ₂	131	mmHg		
11 Februari 2023	Hemoglobin	13,2	g/dl		
	Leukosit	7.200	/mm ³		
	Trombosit	370.000	/mm ³		
	Hematokrit	42,3	%		
	Gula Darah	145	mg/dl	SP 180	
	Sewaktu	38,3	mg/dl	10-50	
	Ureum	1,27	mg/dl	0,6-1,1	0,5-0,9
	Kreatinin	3,18	gr/dl	3,8-5,1	
	Albumin	25,5	U/I	<37	<31
	SGOT	18,7	U/I	<42	<32
	SGPT	137	mmol/L	136-146	
	Natrium	4,1	mmol/L	3,5-5,0	
	Kalium	113	mmol/L	96-106	
	Klorida serum				

12. Program Terapi Dokter

No	Nama Obat	Dosis	Cara
1.	O2 Nasal kanul	3-5 L/menit	
2.	Ringer Lactat (RL)	5 %	IV
3.	Syring pump drip lasix	10 Amp 0,5 cc/jam	IV
4.	Ramipril	2,5 2 x 1	IV
5.	Spironolactone	25 mg	Oral
6.	Amlodipine	5 mg 1 x 1	Oral
7.	Combivent	4 x 1	Nebu
8.	Drip lasix	10 Amp 0,5 cc/jam	IV
9.	Drip Nitroglycerine	1 Amp 0,1 cc/jam	IV

13. Catatan Tambahan

Padang, 11 Februari 2023

Mahasiswa,

(Nurfiana Pitri)

NIM : 203110182

ANALISA DATA

NAMA PASIEN : Ny.D
NO. MR :

NO	DATA	PENYEBAB	MASALAH
1.	<p>Gejala dan Tanda Mayor</p> <p>Subjektif :</p> <p>c. Klien mengatakan sesak napas</p> <p>d. Klien mengatakan sesak napas bertambah jika berbicara banyak dan beraktivitas</p> <p>Objektif :</p> <p>RR : 24 x/menit</p> <p>PCO₂ : 33 mmHg</p> <p>PO₂ : 131 mmHg</p> <p>pH : 7,28</p> <p>Gejala dan Tanda Minor</p> <p>Subjektif :</p> <p>a. Klien mengatakan sedikit pusing</p> <p>Objektif :</p> <p>d. Klien tampak gelisah</p> <p>e. Pernapasan cuping hidung</p> <p>f. Pola napas abnormal</p>	Perubahan membran alveolus-kapiler	Gangguan pertukaran gas

DAFTAR DIAGNOSIS KEPERAWATAN

NAMA PASIEN : Ny.D
NO. MR :

Tanggal Muncul	No	Diagnosis Keperawatan	Tanggal Teratasi	Tanda Tangan
11/02/2023	1.	Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler	15/2/2023	

PERENCANAAN KEPERAWATAN

NAMA PASIEN : Ny.D
 NO. MR :

No	Diagnosis Keperawatan	Perencanaan	
		Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1.	Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan Pertukaran gas meningkat dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Dispnea menurun 2. Bunyi napas tambahan menurun 3. PCO₂ membaik 4. PO₂ membaik 5. Takikardia membaik 6. pH arteri membaik 	Pemantauan Respirasi <i>Observasi :</i> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya nafas 2. Monitor pola nafas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, kussmaul, cheyne-stokes, ataksisk) 3. Monitor saturasi oksigen 4. Auskultasi bunyi nafas 5. Palpasi kesimetrisan ekspansi paru 6. Monitor nilai AGD 7. Monitor hasil x-ray thoraks <i>Terapeutik :</i> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien 2. Dokumentasikan hasil pemantauan <i>Edukasi :</i> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu Terapi Oksigen <i>Observasi :</i> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kecepatan aliran oksigen 2. Monitor posisi alat terapi oksigen 3. Monitor aliran oksigen secara periodik dan pastikan fraksi yang

			<p>diberikan cukup</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Monitor efektifitas terapi oksigen (mis. analisa gas darah), <i>jika perlu</i> 5. Monitor kemampuan melepaskan oksigen saat makan 6. Monitor tanda-tanda hipoventilasi 7. Monitor tanda dan gejala toksikasi oksigen dan atelaktasis 8. Monitor tingkat kecemasan akibat terapi oksigen 9. Monitor integritas mukosa hidung akibat pemasangan oksigen <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan kepatenan jalan napas 2. Siapkan dan atur peralatan pemberian oksigen 3. Berikan oksigen tambahan, jika perlu 4. Tetap berikan oksigen saat pasien ditransportasi 5. Gunakan perangkat oksigen yang sesuai dengan tingkat mobilitas pasien <p><i>Kolaborasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi penentuan dosis oksigen 2. Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas dan/atau tidur. 3. Kolaborasi pemberian diuretik.
--	--	--	--

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN

NAMA PASIEN : Ny.D
NO. MR :

Hari/ Tgl	Diagnosis Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	Paraf
Minggu/1 1 Februari 2023	Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan oksigen nasal kanul 4 L/menit 2. Mengajarkan pasien melakukan teknik relaksasi nafas dalam 3. Menghitung frekuensi pernapasan pasien 4. Memberikan diuretik 	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan napasnya masih terasa sesak saat beraktivitas 2. Pasien mengatakan badannya terasa lemah <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. RR : 24 x/menit 2. HR : 90 x/menit 3. TD : 138/72 mmHg 4. Suhu : 36,4° C 5. AGD <ul style="list-style-type: none"> - pH : 7,28 - PCO₂ : 33 mmHg - PO₂ : 131 mmHg 6. Terpasang O₂ nasal kanul 4 L/menit 7. Pernapasan cuping hidung 8. Pasien tampak gelisah <p>A :</p> <p>Masalah gangguan pertukaran gas belum teratasi, pasien masih sesak napas (dispnea), pasien bernapas dengan cuping hidung.</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan dengan pemberian oksigen nasal kanul 4 L/menit,</p>	

			menghitung frekuensi pernapasan pasien, mengajarkan pasien melakukan teknik relaksasi nafas dalam, dan memberikan diuretik.	
Senin/12 Februari 2023	Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan oksigen nasal kanul 4 L/menit 2. Melatih pasien melakukan teknik relaksasi nafas dalam 3. Menghitung frekuensi pernapasan pasien 4. Memberikan diuretik 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan napas masih terasa sesak - Pasien mengatakan badan masih terasa lemah <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - RR : 23 x/menit - HR : 88 x/menit - TD : 135/76 mmHg - Suhu : 36,5° C - Terpasang O2 nasal kanul 4 L/menit - Pernapasan cuping hidung - Pasien tampak lebih tenang <p>A :</p> <p>Masalah gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler belum teratasi, pasien masih terasa sesak.</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan dengan pemberian oksigen nasal kanul 4 L/menit, menghitung frekuensi pernapasan pasien, melatih pasien melakukan teknik relaksasi nafas dalam, dan</p>	

			memberikan diuretik.	
Selasa/13 Februari 2023	Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus- kapiler	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan oksigen nasal kanul 3 L/menit 2. Melakukan teknik relaksasi nafas dalam 3. Menghitung frekuensi pernapasan pasien 4. Memberikan diuretik 	<p>S :</p> <p>Pasien mengatakan sesak napas sudah mulai berkurang, badan lemah sudah berkurang.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - RR : 22 x/menit - HR : 88 x/menit - TD : 133/76 mmHg - Suhu : 36,5° C - Terpasang O2 nasal kanul 3 L/menit - Pernapasan cuping hidung <p>A :</p> <p>Masalah gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler belum teratasi.</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan dengan pemberian oksigen nasal kanul 3 L/menit, menghitung frekuensi pernapasan pasien, dan melatih pasien melakukan teknik relaksasi nafas dalam.</p>	
Rabu/14 Februari 2023	Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus- kapiler	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan teknik relaksasi nafas dalam 2. Menghitung frekuensi pernapasan pasien 	<p>S :</p> <p>Pasien mengatakan sesak napas hanya timbul sesekali, badan terasa sudah tidak lemah lagi</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien sudah tidak menggunakan oksigen 	

			<ul style="list-style-type: none"> - Pasien tidak tampak bernapas dengan cuping hidung - Pasien tampak lebih segar - RR : 21 x/menit - HR : 86 x/menit - TD : 131/80 mmHg - Suhu : 36,5° C <p>A :</p> <p>Masalah gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler belum teratasi.</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan, dengan menghitung frekuensi pernapasan pasien, dan melatih pasien melakukan teknik relaksasi nafas dalam.</p>	
Kamis/15 Februari 2023	Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan teknik relaksasi nafas dalam 2. Menghitung frekuensi pernapasan pasien 	<p>S :</p> <p>Pasien mengatakan napasnya sudah tidak sesak dan badannya terasa lebih segar.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak sudah tidak sesak - Pasien tidak menggunakan oksigen - Pasien tampak tidak bernapas dengan cuping hidung - RR : 20 x/menit 	

			<ul style="list-style-type: none"> - HR : 87 x/menit - TD : 130/83 mmHg - Suhu : 36,5° C <p>A :</p> <p>Masalah gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dihentikan, pasien tetap melakukan pembatasan aktivitas dan memperbanyak istirahat.</p>	
--	--	--	---	--

Lampiran 9

DAFTAR HADIR PENELITIAN

Nama : Nurflana Putri
NIM : 203110182
Institusi : Poltekkes Kemenkes RI Padang
Ruang : Penyakit Dalam

No	Hari/Tanggal	Tanda Tangan Petugas
1	Minggu, 9 Februari 2023	N
2	Senin, 13 Februari 2023	N
3	Selasa, 14 Februari 2023	N
4	Rabu, 15 Februari 2023	N
5	Kamis, 16 Februari 2023	N

Mengetahui:

Kepala Ruang



Lampiran 10

DETASEMEN KESEHATAN WILAYAH 01.04.04
RUMAH SAKIT Tk. III 01.08.01 dr. REKSODWIROYO

Padang, 25 Mei 2023

Nomor: B/377/W/2023
Klasifikasi: Biasa
Lampiran: -
Perihal: Selesai Penelitian

Kepada
Yth. Direktur Poltekkes Kemenkes
Padang
di

Padang

1. Berdasarkan Surat Direktur Poltekkes Kemenkes Padang Nomor : PP.03.01/00170/2023 tanggal 05 Januari 2023 tentang izin penelitian atas Nama Nurfiana Piti NIM : 203110182 dengan Judul "Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Oksigen pada pasien *Congestive Heart Failure (CHF)* di Ruang Irna Non-Bedah Penyakit Dalam di Rumah Sakit Tk. III dr. Reksodwiryono Padang Tahun 2023".
2. Sehubungan dengan dasar tersebut di atas dilaporkan Direktur Poltekkes Kemenkes Padang bahwa Nurfiana Piti telah selesai melaksanakan Penelitian di Rumah Sakit Tk. III dr. Reksodwiryono Padang. Kami mengucapkan terima kasih selama melaksanakan Penelitian telah mematuhi peraturan yang berlaku, dan
3. Demikian disampaikan atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih

a.n. Kepala Rumah Sakit Tk. III 01.08.01

Waka
Ub

Kaurtuud



Syofyan, S.Kep

Mayor Ckm NRP 11060007041081

Tembusan:

1. Kamstawatnap Rumkit Tk. III Padang
2. Kamstawatlan Rumkit Tk. III Padang
3. Kauryanmed Rumkit Tk. III Padang
4. Karu Ruangan Rumkit Tk. III Padang
5. Kamstaldok Rumkit Tk. III Padang
6. Kaurtuud Rumkit Tk. III Padang

Lampiran 11

