



KEMENKES POLTEKKES PADANG

**ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN PEMENUHAN KEBUTUHAN
OKSIGEN PADA PASIEN DENGAN *CONGESTIVE HEART FAILURE*
DI BANGSAL JANTUNG RSUP DR. M. DJAMIL PADANG**

KARYA TULIS ILMIAH

**ADILLA SALSABILA
NIM : 213110081**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG
JURUSAN KEPERAWATAN
TAHUN 2024**



KEMENKES POLTEKKES PADANG

**ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN PEMENUHAN KEBUTUHAN
OKSIGEN PADA PASIEN DENGAN *CONGESTIVE HEART FAILURE*
DI BANGSAL JANTUNG RSUP DR. M. DJAMIL PADANG**

KARYA TULIS ILMIAH

*Diajukan ke Program Studi D-III Keperawatan Padang Kemenkes
Poltekkes Padang Sebagai Persyaratan untuk Memeroleh Gelar
Ahli Madya Keperawatan*

ADILLA SALSABILA
NIM : 213110081

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG
JURUSAN KEPERAWATAN
TAHUN 2024**

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini diajukan oleh:

Nama : Adilla Salsabila
NIM : 213110145
Program Studi : D-III Keperawatan Padang
Judul Proposal : Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Oksigen pada Pasien Congestive Heart Failure (CHF) di Bangsal Jantung RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2024

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai salah satu persyaratan yang diperlukan untuk mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan di Program Studi D-III Keperawatan Padang Jurusan Keperawatan Kemenkes Poltekkes Padang

DEWAN PENGUJI

Ketua Penguji : Ns. Wira Heppy Nidia, S.Kep,M.KM ()
Penguji : Ns. Yesi Fadriyanti, S.Kep,M.Kep ()
Penguji : Hj. Efitra, S.Kp,M.Kep ()
Penguji : Herwati, SKM,M.Biomed ()
Ditetapkan di : Kemenkes Poltekkes Padang
Tanggal : 11 Juni 2024

Mengetahui
Ketua Prodi D-III Keperawatan Padang
Kemenkes Poltekkes Padang


Ns. Yesi Fadriyanti, M.Kep
NIP : 197501211999032005

ii Kemenkes Poltekkes Padang

KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti ucapkan kepada Allah SWT, karena berkat dan rahmat-Nya, peneliti dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul “**Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Oksigen pada Pasien dengan *Congestive Heart Failure* (CHF) di Bangsal Jantung RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2024**”.

Penelitian ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu mata kuliah KTI pada Program Studi D-III Keperawatan Padang Kemenkes Poltekkes Padang. Pada kesempatan ini peneliti mengucapkan terimakasih kepada Ibu Hj. Efitra, S.Kp, M.Kep selaku dosen pembimbing 1 dan Ibu Herwati, SKM, M.Biomed selaku dosen pembimbing II yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan peneliti dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

Peneliti menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbing dari berbagai pihak, sangat sulit bagi peneliti untuk menyelesaikan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini. Oleh karena itu, peneliti mengucapkan terimakasih kepada :

1. Ibu Ns. Wira Heppy Nidia, S.Kep,M.KM selaku penguji I dan Ibu Ns. Yessi Fadriyanti, S.Kep, M.Kep selaku penguji II yang telah memberikan kritikan dan saran sehingga peneliti dapat memperbaiki Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Bapak Dr.dr. Dovy Djanas,Sp.OG,KFM MARS selaku Direktur RSUP Dr. M. Djamil Padang yang sudah mengizinkan peneliti untuk melakukan survey awal pada pasien dengan CHF yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan oksigen.
3. Ibu Renidayati, S. Kp, M.Kep, Sp.Jiwa selaku Direktur Kemenkes Poltekkes Padang.
4. Bapak Tasman, SKp.M.Kep.Sp.Kom selaku Ketua Jurusan Keperawatan Padang Kemenkes Poltekkes Padang.
5. Ibu Ns. Yessi Fadriyanti, S.Kep, M.Kep selaku Ketua Program Studi D III Keperawatan Padang Kemenkes Poltekkes Padang.

6. Bapak dan Ibu Dosen Program Studi Keperawatan Kemenkes Poltekkes Padang yang telah memberikan bekal ilmu untuk melakukan penelitian.
7. Orang tua tersayang yang telah memberikan dorongan, kasih sayang, semangat dan do'a restu. Tiada kata yang dapat Ananda sampaikan selain
8. do'a semoga Allah SWT selalu memberikan nikmat sehat kepada kita semua.
9. Teman – teman yang senasib dan seperjuangan Mahasiswa Kemenkes Poltekkes Padang Program Studi Keperawatan Padang Angkatan Tahun 2021 yang selama ini telah memberi semangat dan motivasi bagi peneliti.
10. Peneliti menyadari Karya Tulis Ilmiah ini masih terdapat kekurangan. Oleh sebab itu, peneliti mengharapkan masukan, kritikan dan saran dari semua pihak untuk kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini. Akhir kata, peneliti berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga nantinya dapat membawa manfaat bagi pengembangan ilmu

Padang, Juni 2024

Peneliti

PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama Lengkap : Adilla Salsabila
NIM : 213110081
Tempat/Tanggal Lahir : Padang/17 Maret 2003
Tahun Masuk : 2021
Nama PA : Ns. Suhaini, M.Kep
Nama Pembimbing Utama : Ns. Efitra, S.Kp, M.Kep
Nama Pembimbing Pendamping : Herwati, SKM, M.Biomed

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan hasil skripsi saya, yang berjudul :

Apabila di kemudian hari ternyata ditemukan adanya penjiplakan (plagiat), maka saya bersedia menerima sanksi akademik.

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat dengan sebetul-benarnya.

Padang, 10 Juni 2024
Yang Menyatakan



Adilla Salsabila
NIM 213110081

Kemenkes Poltekkes Padang

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah

Karya Tulis Ilmiah yang berjudul "Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Oksigen pada Pasien dengan *Congestive Heart Failure* (CHF) di Bangsal Jantung RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2024" telah diperiksa dan disetujui untuk dipertahankan dihadapan Dewan Penguji Ujian Karya Tulis Ilmiah Program Studi D-III Keperawatan Kemenkes Poltekkes Padang.

Padang, 1 Juni 2024

Menyetujui,

Pembimbing I

Hj. Efitra, S.Kp, M.Kep.
NIP. 196401271987032002

Pembimbing II

Herwati, SKM, M.Biomed
NIP. 196205121982102001

Mengetahui,
Ketua Prodi D-III Keperawatan Padang
Kemenkes Poltekkes Padang

Na. Yenni Fadriyanti, S.Kep, M.Kep
NIP. 19750121 199903 2005

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Adilla Salsabila
NIM : 213110081
Tempat/Tanggal Lahir : Padang/ 17 Maret 2003
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Status Perkawinan : Belum Menikah
Orang Tua
 Ayah : Muhammad Saat
 Ibu : Ade Herlinda
Alamat : Mandahiliang Jorong Timbulun, Koto Gadang Koto
 Anau. Kec. Lembang Jaya, Kab. Solok.

Riwayat Pendidikan

| No | Jenis Pendidikan | Tempat Pendidikan | Tahun |
|----|--------------------------|-------------------------------|-----------|
| 1 | Sekolah Dasar | SD Negeri 19 Koto Anau | 2009-2015 |
| 2 | Sekolah Menengah Pertama | SMP Negeri 02 Lembang Jaya | 2015-2018 |
| 3 | Sekolah Menengah Atas | SMA Negeri 01 Lembang Jaya | 2018-2021 |
| 4 | D-III Keperawatan | Kemenkes Poltekkes Padang | 2021-2024 |

**KEMENKES POLTEKKES PADANG
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG**

**Karya Tulis Ilmiah, Juni 2024
Adilla Salsabila**

“Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Oksigen pada Pasien Congestive Heart Failure (CHF di Bangsal Jantung RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2024”

Isi : xii + 70 halaman, 1 tabel, 11 lampiran

ABSTRAK

Oksigen sebagai salah satu kebutuhan dasar manusia yang berperan penting dalam kelangsungan hidup sel. Masalah utama pada pasien CHF adalah terganggunya kebutuhan oksigen. Akibat terganggunya kebutuhan oksigen salah satunya yaitu gagal jantung kongestive. Asia tenggara merupakan peringkat pertama akibat kematian dari penyakit gagal jantung. Berdasarkan data dari Rekam Medis RSUP Dr.M.Djamil Padang pasien CHF pada Tahun 2020 sebanyak 180 orang, tahun 2021 meningkat menjadi 190 orang, pada tahun 2022 sebanyak 163 orang. Tujuan penelitian mendeskripsikan asuhan keperawatan gangguan pemenuhan kebutuhan oksigen pada pasien CHF.

Desain penelitian deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Penelitian dilakukan di Bangsal Jantung RSUP Dr. M.Djamil Padang, dimulai dari bulan Januari 2023 sampai Juni 2024. Populasi penelitian adalah semua pasien CHF dengan gangguan pemenuhan kebutuhan oksigen. Populasi yang ditemukan satu orang dan langsung dijadikan subjek penelitian sesuai kriteria inklusi dan eklusi. Pengumpulan data dengan wawancara, pengukuran, pemeriksaan fisik, dan studi dokumentasi. Data dianalisis dengan membandingkan hasil asuhan keperawatan dengan teori dan peneliti sebelumnya.

Hasil penelitian, dari pengkajian didapatkan pasien sesak napas, sesak bertambah saat beraktivitas. Frekuensi napas meningkat, PCO₂ menurun, PO₂ menurun, pH menurun, nadi meningkat. Diagnose keperawatan yang ditemukan dari hasil pengkajian, gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membrane alveolus-kapiler. Intervensi yang dilakukan memberikan terapi oksigen dan mengatur posisi semi fowler. Evaluasi keperawatan masalah gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membrane alveolus-kapiler pada hari ke enam meningkat.

Disarankan kepada perawat ruangan melalui pimpinan dapat menerapkan asuhan keperawatan gangguan pemenuhan kebutuhan oksigen pada pasien CHF salah satunya mengatur posisi semi fowler untuk meningkatkan saturasi oksigen.

Kata Kunci (Key Word) : Oksigen, CHF, Asuhan Keperawatan
Daftar Pustaka : 33 (2014 – 2023)

**MINISTRY OF HEALTH POLTEKKES PADANG
PADANG D-III NURSING STUDY PROGRAM**

**Scientific Writing, June 2024
Adilla Salsabila**

"Nursing Care for Impaired Fulfillment of Oxygen Needs in Congestive Heart Failure (CHF) Patients in the Cardiac Ward of Dr. M. Djamil Hospital, Padang in 2024"

Contents: xii + 70 pages, 1 table, 11 attachments

ABSTRACT

Oxygen is one of the basic human needs which plays an important role in cell survival. The main problem in CHF patients is impaired oxygen demand. One of the consequences of disrupting oxygen needs is congestive heart failure. Southeast Asia ranks first in deaths from heart failure. Based on data from the Medical Records of RSUP Dr. The aim of the research is to describe nursing care that disrupts oxygen needs in CHF patients.

Descriptive research design with a case study approach. The research was conducted in the Cardiac Ward of Dr. RSUP. M.Djamil Padang, starting from January 2023 to June 2024. The study population was all CHF patients with impaired oxygen needs. The population was found to be one person and immediately made a research subject according to the inclusion and exclusion criteria. Data collection by interviews, measurements, physical examination, and documentation studies. Data was analyzed by comparing the results of nursing care with previous theories and researchers.

The results of the research, from the assessment, showed that the patient had shortness of breath, the shortness of breath increased during activity. Respiratory frequency increases, PCO₂ decreases, PO₂ decreases, pH decreases, pulse increases. The nursing diagnosis found from the results of the assessment is that gas exchange disorders are related to changes in the alveolar-capillary membrane. The intervention carried out was providing oxygen therapy and adjusting the semi-Fowler position. Nursing evaluation of the problem of impaired gas exchange related to changes in the alveolar-capillary membrane on the sixth day increased.

It is recommended that ward nurses, through the leadership, can implement nursing care that disrupts the fulfillment of oxygen needs in CHF patients, one of which is arranging the semi-Fowler's position to increase oxygen saturation.

Keywords : Oxygen, CHF, Nursing Care
Bibliography : 33 (2014 – 2023)

DAFTAR ISI

| | |
|---|-------------|
| HALAMAN JUDUL | i |
| HALAMAN PENGESAHAN | i |
| KATA PENGANTAR | iii |
| HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS Error! Bookmark not defined. | |
| LEMBAR PERSETUJUAN | v |
| DAFTAR RIWAYAT HIDUP | vii |
| ABSTRAK | viii |
| DAFTAR ISI | x |
| DAFTAR TABEL | xii |
| DAFTAR LAMPIRAN | xiii |
| BAB I PENDAHULUAN | 1 |
| A. Latar Belakang | 1 |
| B. Rumusan Masalah | 6 |
| C. Tujuan Penelitian | 6 |
| D. Manfaat Penelitian | 7 |
| BAB II TINJAUAN PUSTAKA | 9 |
| A. Konsep Dasar Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Oksigen pada CHF 9 | |
| 1. Pengertian Oksigen dan Oksigenasi | 9 |
| 2. Proses Oksigenasi..... | 9 |
| 3. Sistem yang Berpengaruh dalam Pemenuhan Kebutuhan Oksigen | 10 |
| 4. Factor – factor yang Mempengaruhi Kebutuhan Oksigen | 11 |
| 5. Masalah terkait Pemenuhan Kebutuhan Oksigen..... | 14 |
| 6. Tindakan Keperawatan pada Gangguan Kebutuhan Oksigen..... | 16 |
| 7. Pengertian CHF | 20 |
| 8. Klasifikasi CHF | 21 |
| 9. Patofisiologi CHF | 22 |
| 10. Gangguan Oksigenasi pada Pasien CHF | 24 |
| 11. Manifestasi klinis Congestive Heart Failure (CHF) | 28 |
| 12. Penatalaksanaan CHF | 29 |

| | |
|---|-----------|
| B. Konsep Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Oksigen pada Pasien CHF..... | 31 |
| 1. Pengkajian Keperawatan | 31 |
| 2. Diagnose Keperawatan..... | 37 |
| 3. Intervensi Keperawatan | 37 |
| 4. Implementasi Keperawatan | 40 |
| 5. Evaluasi Keperawatan | 40 |
| BAB III METODE PENELITIAN | 41 |
| A. Desain Penelitian..... | 41 |
| B. Tempat dan Waktu Penelitian | 41 |
| C. Populasi dan Sampel | 41 |
| D. Alat/Instrument Pengumpulan Data..... | 42 |
| E. Pengumpulan Data | 43 |
| F. Metode Pengumpulan Data | 44 |
| G. Analisis Data | 45 |
| BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN..... | 46 |
| A. Deskripsi Kasus | 46 |
| 1. Pengkajian Keperawatan | 46 |
| 2. Diagnose Keperawatan..... | 47 |
| 3. Intervensi Keperawatan | 48 |
| 4. Implementasi Keperawatan | 49 |
| 5. Evaluasi Keperawatan | 53 |
| B. Pembahasan Hasil Penelitian..... | 55 |
| 1. Pengkajian Keperawatan | 55 |
| 2. Diagnose Keperawatan..... | 61 |
| 3. Intervensi Keperawatan | 62 |
| 4. Implementasi Keperawatan | 63 |
| 5. Evaluasi Keperawatan | 66 |
| BAB V PENUTUP | 69 |
| A. Kesimpulan | 69 |
| B. Saran..... | 70 |
| DAFTAR PUSTAKA | |
| LAMPIRAN | |

DAFTAR TABEL

| | |
|--|----|
| Tabel 2. 1 Intervensi Keperawatan..... | 37 |
|--|----|

DAFTAR LAMPIRAN

| | |
|-------------|--|
| Lampiran 1 | Ganchart Kegiatan Penelitian |
| Lampiran 2 | Surat Izin Pengambilan Data dari Institusi Poltekkes Kemenkes Padang |
| Lampiran 3 | Surat Izin Pengambilan Data dari Rekam Medis |
| Lampiran 4 | Surat Izin Pengambilan Data dari Instalasi Penyakit Jantung Terpadu |
| Lampiran 5 | Surat Izin Melakukan Penelitian dari Instalasi Penyakit Jantu Terpadu |
| Lampiran 6 | Lembar Konsultasi Karya Tulis Ilmiah Pembimbing I |
| Lampiran 7 | Lembar Konsultasi Karya Tulis Ilmiah Pembimbing II |
| Lampiran 8 | Lembar Informed Consent |
| Lampiran 9 | Format Asuhan Keperawatan Pasien |
| Lampiran 10 | Daftar Hadir Penelitian |
| Lampiran 11 | Surat Keterangan Selesai Penelitian |

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kebutuhan dasar manusia merupakan unsur – unsur yang dibutuhkan oleh manusia dalam mempertahankan keseimbangan fisiologis maupun psikologis, yang bertujuan untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan. Menurut Abraham Maslow, ada lima macam kebutuhan dasar manusia, salah satunya kebutuhan fisiologis tersebut yang diantaranya meliputi kebutuhan oksigen (Wahyudi & Wahid, 2016). Oksigen merupakan kebutuhan utama yang paling vital bagi tubuh. Kebutuhan oksigen digunakan untuk kelangsungan metabolisme sel tubuh, mempertahankan kehidupan dan aktivitas berbagai organ atau sel (Kemenkes, 2022).

Kebutuhan oksigen dalam tubuh harus terpenuhi karena jika kebutuhan oksigen dalam tubuh berkurang, maka terdapat adanya permasalahan pada factor factor yang mempengaruhi system pernafasan tersebut, sehingga bisa mengganggu pemenuhan kebutuhan oksigenasi. Kebutuhan oksigen sangat dipengaruhi oleh kemampuan tubuh untuk melakukan proses sirkulasi melalui proses ventilasi, perfusi dan transfort gas pernafasan. Keadekuatan proses tersebut dipengaruhi oleh factor fisiologis tubuh, perkembangan, perilaku dan lingkungan. Pemenuhan kebutuhan oksigen yang tidak adekuat dapat mengganggu kesehatan dan apabila hal itu berlangsung lama akan menimbulkan kematian (Sari, 2020).

Gangguan pemenuhan kebutuhan oksigen dapat terjadi pada beberapa penyakit seperti TB paru, Asma, PPOK, dan pasien kardiopulmonal. Permasalahan yang muncul dalam pemenuhan kebutuhan oksigen dapat disebabkan karena adanya gangguan pada system tubuh lain, seperti system kardiovaskuler atau penurunan curah jantung dan berpotensi menyebabkan gagal jantung kongestive atau disingkat dengan CHF (Abdullah, 2014).

Gagal jantung kongestive adalah kondisi jantung tidak bisa memompa darah secukupnya dalam memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh, gagal jantung kongestive terjadi pada ventrikel kiri dan ventrikel kanan serta gagal jantung kongestive campuran. Gagal jantung kongestive kiri terjadi ketika ventrikel kiri tidak berfungsi dengan baik dimana seharusnya ventrikel kiri berfungsi untuk mengalirkan darah ke seluruh tubuh melalui aorta kemudian diteruskan ke pembuluh darah arteri diseluruh tubuh, namun karena fungsi ventrikel kiri yang tidak berjalan secara optimal maka terjadi peningkatan volume dan tekanan pada atrium kiri yang mengakibatkan terjadinya penumpukan cairan di paru – paru, rongga perut, serta kaki. Sedangkan, gagal jantung kongestive kanan terjadi ketika ventrikel kanan mengalami kesulitan untuk memompa darah ke paru – paru sehingga mengakibatkan darah kembali ke pembuluh darah balik dan menyebabkan adanya penumpukan cairan pada perut atau bagian tubuh lainnya. Gagal jantung kongestive campuran terjadi ketika mengalami gagal jantung kiri kemudian diikuti gagal jantung kanan yang terjadi secara bersamaan (Kemenkes, 2022)

Pasien dengan CHF jika tidak terpenuhinya kebutuhan oksigen akan terjadi kebiruan (sianosis) dan hipoksia. Hipoksia adalah keadaan ketika kadar oksigen dalam tubuh (sel) tidak adekuat akibat kurangnya penggunaan atau pengikatan oksigen. Keadaan ini dapat mengakibatkan perburukan kesehatan pasien bahkan pada titik berhentinya pernapasan dan jantung. Hal ini merupakan suatu kondisi darurat yang dapat menyebabkan kematian (Ambarwati, 2014).

Gangguan pemenuhan oksigenasi pada pasien CHF disebabkan oleh edema perifer atau hepatomegali yaitu kongesti sirkulasi pulmonal, suatu emergensi yang mengancam jiwa. Kegagalan pompa biasanya terjadi pada ventrikel kiri yang rusak namun juga dapat terjadi pada ventrikel kanan sebagai kelainan primer atau sekunder dari gagal jantung sisi kiri. Kadang gagal jantung kiri dan kanan terjadi secara bersamaan. Pasien dengan CHF

cenderung merasa sesak dan nyeri dada. Nyeri dada timbul secara mendadak. Penyebab nyeri dada adalah penurunan suplai oksigen ke miokardium yang menyebabkan kematian sel jantung (Setiani, 2014). Sesak nafas merupakan gangguan dalam pemenuhan kebutuhan oksigenasi yang ditandai dengan adanya dispnea, orthopnea dan paroximal nocturnal dyspne (Aspiani, 2017). Sesak nafas dan penurunan kapasitas disebabkan oleh kelainan struktur dan fungsi jantung yang mengakibatkan kerusakan fungsi ventrikel untuk memenuhi kebutuhan nutrisi dan oksigen ke jaringan tubuh. (Sulastini dkk, 2018).

Penyakit CHF merupakan satu satunya penyakit kardiovaskuler yang terus meningkat insiden dan prevelansinya. Berdasarkan data dari *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2020 terdapat 6,7 juta penderita gagal jantung di negara berkembang. Benua yang menduduki peringkat pertama akibat kematian dari penyakit gagal jantung yaitu Asia Tenggara (WHO, 2020).

Data dari Kemenkes RI pada tahun 2023 di Indonesia angka kematian akibat penyakit kardiovaskuler mencapai 650. 000 penduduk. Sedangkan prevalensi kejadian penyakit jantung atau CHF pada tahun 2018 di Provinsi Sumatera Barat adalah (1,6%). Prevalensi penyakit jantung atau *Congestive Heart Failure* (CHF) meningkat seiring bertambahnya usia, sasaran usia lanjut di 19 Kabupaten/kota terdapat 552.547 orang. Dari 19 Kabupaten/kota sasaran lansia tertinggi di kota Padang. Data dari Dinkes Sumatera Barat, prevalensi penyakit jantung adalah 1,2% untuk jantung koroner dan 0,3% untuk penyakit gagal jantung. Data dari Dinkes Kota Padang tahun 2019 yang mengalami gagal jantung sebanyak 461 orang.

Berdasarkan data dari Rekam Medis RSUP Dr. M. Djamil Padang rata-rata pasien CHF pada tahun 2020 adalah 180 orang, pada tahun 2021 meningkat menjadi 190 orang, pada tahun 2022 sebanyak 163 orang. Berdasarkan data dari Bangsal Jantung RSUP Dr. M. Djamil Padang rata-rata pasien CHF

dalam tiga bulan terakhir yaitu dari bulan Juni sampai Agustus 2023 adalah 48 orang.

Peran perawat sebagai tenaga profesional dalam mengatasi masalah gangguan oksigen pada pasien CHF melalui asuhan keperawatan. Pemberian asuhan keperawatan dimulai dari pengkajian, merumuskan diagnose keperawatan, membuat rencana keperawatan, melakukan tindakan keperawatan, sampai evaluasi keperawatan. Perawat dalam memberikan asuhan keperawatan berpedoman kepada SDKI, SIKI dan SLKI.

Masalah keperawatan yang muncul pada pasien CHF adalah gangguan pertukaran gas, penurunan curah jantung, hipervolemia, dan intoleransi aktifitas. Pada pasien gagal jantung dengan gangguan pertukaran gas terjadi karena ventrikel kiri tidak mampu memompa darah yang kembali ke jantung tidak adekuat karena penurunan curah jantung sehingga menyebabkan tekanan vena pulmonal meningkat yang menyebabkan cairan terdorong ke jaringan paru, sehingga terganggu proses difusi O₂ dan CO₂ yang menimbulkan sesak napas atau dispnea (SDKI, 2016).

Penatalaksanaan pada pasien CHF dengan gangguan pemenuhan kebutuhan oksigen dapat diberikan terapi farmakologis dan nonfarmakologis. Terapi farmakologis yaitu mencakup pemberian diuretic seperti furosemide, amiloride, acetazolamide, sedangkan terapi nonfarmakologis pada pasien gagal jantung antara lain pemberian terapi oksigen, pengaturan posisi, dan latihan pernafasan, untuk mengatasi nilai kadar oksigen (Sulastini, 2019).

Terapi oksigen diberikan pada pasien yang mengalami gangguan pertukaran gas, serta pasien yang mengalami gagal jantung dengan sesak nafas bertujuan untuk mencegah hipoksia, meningkatkan kadar oksigen serta mengembalikan nilai normal saturasi oksigen (Widiyanto & Yamin,

2014). Namun tidak hanya memberikan terapi oksigen, untuk mengatasi sesak nafas pada pasien gagal jantung bisa diberikan Terapi non farmakologis untuk meminimalisir kerja jantung dari dyspnea salah satunya adalah pemberian posisi semi fowler. Posisi semi fowler merupakan posisi 45 derajat pada bagian kepala daerah tempat tidur. Tujuan dari posisi semi fowler adalah membantu mengatasi kesulitan pernapasan dan kardiovaskular (Wongkar, 2015).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Wijayati, Sugih (2019), tentang “Pengaruh Posisi Semi Fowler 45° terhadap Kenaikan Nilai Saturasi Oksigen pada Pasien Gagal Jantung Kongestif di RSUD Loekmono Hadi Kudus”, ditemukan perbedaan nilai saturasi oksigen sebelum dilakukan pengaturan posisi semi fowler 45° dan setelah dilakukan pengaturan posisi semi fowler 45°. Saturasi oksigen pasien meningkat dari 96% menjadi 98%.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Aprilia (2022) tentang “Efektifitas Pemberian Posisi Semi Fowler dan Posisi Fowler terhadap Saturasi Oksigen pada Pasien Gagal Jantung di IGD RSUD Ulin Banjarmasin”, ditemukan perbedaan nilai saturasi oksigen sebelum dilakukan pengaturan posisi semi fowler adalah 95% dan terjadi peningkatan setelah dilakukan pengaturan posisi semi fowler menjadi 98%.

Hasil penelitian Sepinawati (2023) tentang “Pengaruh Pemberian Posisi Semi Fowler terhadap Peningkatan Saturasi Oksigen pada pasien CHF di RSUD Dr. (H.C). Ir. Soekarno Provinsi Kepulauan Bangka Belitung”, ditemukan perbedaan nilai saturasi oksigen sebelum diberi posisi semi fowler adalah 91% dan terjadi peningkatan setelah diberikan posisi semi fowler menjadi 93%.

Hasil pengamatan dan survei awal yang peneliti lakukan pada tanggal 15 September 2023, terdapat 1 orang yang dirawat dengan diagnosa medis

Congestive Heart Failure (CHF) di Bangsal Jantung RSUP Dr. M. Djamil Padang, dengan diagnosa keperawatan utama pada pasien tersebut adalah gangguan pertukaran gas. Berdasarkan wawancara yang dilakukan kepada pasien keluhan utama yang dirasakan pasien adalah sesak napas saat beraktivitas, eksremitas sulit digerakkan dan badan terasa lemah, frekuensi nafas 26x/menit dan terpasang oksigen nasal kanul 3L. Hasil survei pendokumentasian keperawatan didapatkan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan khususnya dalam memenuhi kebutuhan oksigen pasien, tindakan keperawatan yang telah dilakukan untuk mengatasi keluhan pasien adalah pemberian oksigen nasal kanul 3-5 L/menit, memonitor tanda-tanda vital, dan mengatur posisi semi fowler.

Berdasarkan uraian diatas, maka peneliti telah melakukan penelitian dengan melakukan Analisa antara hasil temuan dalam penelitian dan teori yang ada tentang “Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Oksigen pada Pasien dengan *Congestive Heart Failure* (CHF) di Bangsal Jantung RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2024”

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang, maka rumusan masalah penelitian adalah bagaimana asuhan keperawatan gangguan pemenuhan kebutuhan oksigen pada pasien dengan CHF di Bangsal Jantung RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2024.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian adalah untuk mendeskripsikan asuhan keperawatan gangguan pemenuhan kebutuhan oksigen pada pasien dengan CHF di Bangsal Jantung RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2024.

2. Tujuan Khusus

- a. Mendeskripsikan hasil pengkajian gangguan pemenuhan kebutuhan oksigen pada pasien dengan CHF di Bangsal Jantung RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2024.

- b. Mendeskripsikan diagnose keperawatan gangguan pemenuhan kebutuhan oksigen pada pasien dengan CHF di Bangsal Jantung RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2024.
- c. Mendeskripsikan rencana asuhan keperawatam gangguan pemenuhan kebutuhan oksigen pada pasien dengan CHF di Bangsal Jantung RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2024.
- d. Mendeskripsikan implementasi keperawatan gangguan pemenuhan kebutuhan oksigen pada pasien dengan CHF di Bangsal Jantung RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2024.
- e. Mendeskripsikan evaluasi keperawatan gangguan pemenuhan kebutuhan oksigen pada pasien dengan CHF di Bangsal Jantung RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2024.

D. Manfaat Penelitian

1. Aplikatif

a. Bagi Peneliti

Penelitian studi kasus ini diharapkan dapat menambah wawasan dan pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan oksigen pada pasien CHF dengan melakukan pengaturan posisi semi fowler/fowler.

b. Bagi Perawat

Hasil penelitian diharapkan dapat memberikan sumbangan pikiran bagi perawat dalam memberi asuhan keperawatan gangguan pemenuhan kebutuhan oksigen pada pasien CHF dengan melakukan pengaturan posisi semi fowler/fowler.

c. Bagi Mahasiswa

Penelitian diharapkan dapat memberikan sumbangan pikiran bagi mahasiswa dalam penerapan asuhan keperawatan gangguan pemenuhan kebutuhan oksigen pada pasien CHF dengan melakukan pengaturan posisi semi fowler/fowler.

2. Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian dapat digunakan sebagai data dasar bagi peneliti selanjutnya dalam melakukan penelitian tentang efektifitas pengaturan posisi semi fowler/fowler pada pasien CHF yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan oksigen.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Oksigen pada CHF

1. Pengertian Oksigen dan Oksigenasi

Oksigen merupakan kebutuhan dasar manusia yang digunakan untuk kelangsungan metabolisme sel tubuh, untuk mempertahankan hidupnya, dan untuk aktivitas berbagai organ atau sel (Rohayati, 2019). Oksigen adalah gas yang tidak berwarna dan tidak berbau. Oksigen dihirup dari lingkungan lalu di bawa keseluruhan tubuh melalui darah untuk dilakukan pembakaran. Kemudian, sisa pembakaran karbondioksida kembali diangkut darah ke paru-paru untuk dibuang ke lingkungan (Ambarwati, 2014).

Oksigenasi adalah proses masuknya oksigen di atmosfer, kemudian masuk melalui organ pernapasan bagian atas, selanjutnya masuk ke organ pernapasan bagian bawah. Proses difusi terjadi antara alveoli dan membrane kapiler diparu kemudian oksigen masuk ke aliran darah jantung – paru dan diedarkan oleh jantung ke seluruh tubuh. Proses ini disebut dengan oksigenasi.

2. Proses Oksigenasi

Menurut Rohayati (2019), proses oksigenasi terdiri dari tiga proses yaitu:

a. Ventilasi

Ventilasi adalah proses keluar masuknya oksigen dari atmosfer ke dalam alveoli atau dari alveoli ke atmosfer. Hal ini dipengaruhi oleh beberapa factor, yaitu adanya perbedaan tekanan antara atmosfer dengan paru, semakin tinggi tempat maka tekanan udara semakin rendah, begitu juga sebaliknya, semakin rendah tempat tekanan udara semakin tinggi.

b. Difusi gas

difusi gas adalah pertukaran oksigen di alveoli dengan kapiler paru dan CO_2 di kapiler dengan alveoli. Hal ini dipengaruhi oleh beberapa factor yaitu, luasnya permukaan paru, tebal membrane respirasi atau permeabilitas yang terdiri atas epitel alveoli dan interstisial.

c. Transportasi gas

Transportasi gas adalah proses pendistribusian O_2 kapiler ke jaringan tubuh dan CO_2 jaringan tubuh ke kapiler. Hal ini dipengaruhi oleh beberapa factor yaitu, curah jantung (kardiak output), kondisi pembuluh darah, latihan (exercise), perbandingan sel darah dengan darah secara keseluruhan (hematokrit), serta eritrosit dan kadar Hb.

3. Sistem yang Berpengaruh dalam Pemenuhan Kebutuhan Oksigen

Pemenuhan kebutuhan oksigen tubuh sangat ditentukan oleh adekuatnya system yang ada didalam tubuh meliputi, system pernapasan, system kardiovaskuler, dan system hematologic (Tarwoto & Wartonah, 2015).

a. System Pernapasan

System pernapasan atau respirasi berperan dalam menjamin ketersediaan oksigen untuk kelangsungan metabolisme sel – sel tubuh dan pertukaran gas. Melalui peran system respirasi oksigen diambil dari atmosfer, ditranspor masuk ke paru – paru dan terjadi pertukaran gas oksigen dengan karbon dioksida di alveoli, kemudian oksigen akan didifusi masuk ke kapiler darah untuk dimanfaatkan oleh sel dalam proses metabolisme (Tarwoto & Wartonah, 2015).

b. System Kardiovaskuler

System kardiovaskuler berperan dalam proses oksigenasi ke jaringan tubuh, yaitu berperan dalam proses transportasi oksigen. Oksigen ditransportasikan ke seluruh tubuh melalui aliran darah.

Aliran darah yang adekuat hanya dapat terjadi apabila fungsi jantung normal. Kemampuan oksigenasi pada jaringan sangat ditentukan oleh adekuatnya fungsi jantung. Fungsi jantung yang adekuat dapat dilihat dari kemampuan jantung memompa darah dan perubahan tekanan darah, system kardiovaskuler ini akan saling berkaitan dengan system pernapasan dalam proses oksigenasi (Tarwoto & Wartonah, 2015).

c. System Hematologi

Sel darah yang sangat berperan dalam oksigenasi adalah sel darah merah, karena di dalamnya terdapat hemoglobin yang mampu mengikat oksigen. Hemoglobin merupakan molekul yang mengandung empat subunit protein globular dan unit heme (Tarwoto & Wartonah, 2015).

4. Factor – factor yang Mempengaruhi Kebutuhan Oksigen

Menurut Ambarwati (2014), factor factor yang mempengaruhi fungsi pernapasan dalam tubuh yaitu, factor fisiologis, status kesehatan, factor perkembangan, factor perilaku dan lingkungan

a. Factor Fisiologis

- a) Penurunan kapasitas angkut O₂. Secara fisiologis, daya angkut Hb untuk membawa O₂ ke jaringan adalah 97%, tetapi nilai ini bisa berubah kapan saja apabila terdapat gangguan pada tubuh. Misalnya, pada seseorang anemia atau terpapar zat beracun, kondisi ini dapat mengakibatkan penurunan kapasitas pengikatan O₂.
- b) Penurunan konsentrasi O₂ inspirasi, hal ini dapat terjadi akibat penggunaan alat terapi pernapasan dan penurunan kadar O₂ lingkungan
- c) Hypovolemia, hal ini disebabkan oleh penurunan volume sirkulasi darah akibat kehilangan cairan ekstraseluler yang berlebihan.

- d) Peningkatan laju metabolik, hal ini dapat terjadi pada kasus infeksi dan demam terus menerus yang mengakibatkan peningkatan laju metabolic.
 - e) Kondisi lainnya, kondisi yang mempengaruhi pergerakan dinding dada seperti kehamilan, obesitas, abnormalitas, muskuloskeletal, trauma, penyakit otot, penyakit susunan saraf, gangguan saraf pusat dan penyakit kronis.
- b. Status Kesehatan
- Seseorang yang mengalami penyakit jantung, penyakit kronis, dan penyakit obstruksi pernapasan, dapat mengalami kesulitan dalam mencukupi kebutuhan oksigen. Sebaliknya, pada orang sehat, system kardiovaskuler dan system pernapasan berfungsi dengan baik, dapat mencukupi kebutuhan oksigen dalam tubuh secara adekuat.
- c. Factor Perkembangan
- a) Dewasa muda dan paruh baya, keadaan stress, kebiasaan merokok, diet yang tidak sehat, kurang berolahraga merupakan factor yang dapat meningkatkan resiko penyakit jantung dan paru pada usia ini.
 - b) Lansia, proses penuaan yang terjadi pada lansia menyebabkan perubahan pada fungsi normal pernapasan, seperti elastisitas paru, pelebaran alveolus, dilatasi saluran bronkus, dan kifosis tulang belakang yang menghambat ekspansi paru sehingga O₂ berpengaruh pada penurunan kadar O₂.
- d. Factor Perilaku
- Perilaku kesehatan individu dapat berpengaruh terhadap fungsi pernapasan. Status nutrisi, kebiasaan berolahraga, ketergantungan zat adiktif, emosi, dan gaya hidup secara tidak langsung akan berpengaruh dalam pemenuhan kebutuhan oksigen.
- a) Nutrisi, pada obesitas dapat menghambat ekspansi paru, sedangkan malnutrisi berat dapat mengakibatkan pelisutan

otot pernapasan yang akan mengurangi kekuatan kerja pernapasan

- b) Olahraga, aktivitas fisik akan meningkatkan kerja metabolic, denyut jantung, dan kedalaman frekuensi pernapasan yang akan meningkatkan kebutuhan oksigen.
 - c) Ketergantungan zat adiktif, penggunaan alcohol dan obat-obat yang berlebihan dapat mengganggu proses oksigenasi.
 - d) Emosi, Emosi adalah gejolak dalam jiwa yang biasanya diluapkan atau diungkapkan dalam bentuk perbuatan yang tidak terkendali. Saat seseorang mengalami rasa takut, cemas dan marah, akan mempercepat denyut jantung sehingga kebutuhan oksigen meningkat.
 - e) Gaya hidup, gaya hidup dapat mempengaruhi status oksigenasi. Pada seorang merokok dapat memperburuk penyakit arteri coroner dan pembuluh darah arteri. Nikotin yang terkandung dalam rokok dapat menyebabkan vasokonstriksi pembuluh darah perifer dan pembuluh darah coroner. Hal ini mengakibatkan suplai darah ke jaringan mengalami penurunan.
- e. Lingkungan
- a) Suhu, suhu dapat mempengaruhi afinitas atau kekuatan ikatan Hb dan O₂, hal ini suhu dapat berpengaruh terhadap kebutuhan oksigen seseorang.
 - b) Ketinggian, pada daratan yang tinggi akan terjadi penurunan pada tekanan udara sehingga tekanan oksigen juga ikut turun. Akibatnya orang yang tinggal didataran tinggi cenderung mengalami peningkatan frekuensi pernapasan dan denyut jantung. Sebaliknya, orang yang tinggal didataran rendah akan terjadi peningkatan tekanan oksigen.
 - c) Polusi udara, polusi udara seperti asap atau debu sering kali menyebabkan sakit kepala, pusing, batuk, tersedak dan berbagai gangguan pernapasan lain pada orang menghisapnya

5. Masalah terkait Pemenuhan Kebutuhan Oksigen

a. Hipoksemia

Hipoksemia adalah suatu kondisi dimana terjadi penurunan konsentrasi oksigen dalam arteri atau saturasi (O₂) dibawah normal. Hal ini disebabkan oleh gangguan ventilasi, perfusi, difusi, paru atau berada pada tempat yang kurang oksigen. Keadaan ini tubuh akan melakukan kompensasi dengan cara meningkatkan pernapasan, meningkatkan stroke volume, vasodilatasi pembuluh darah dan peningkatan nadi. Tanda dan gejala hipoksemia yaitu, sesak nafas dengan frekuensi nafas 35x/menit, nadi cepat dan dangkal serta sianosis.

b. Hipoksia

Hipoksia merupakan suatu kondisi tidak terpenuhinya oksigen didalam tubuh karena defisiensi oksigen atau peningkatan oksigen dalam sel, yang ditandai dengan sianosis pada kulit. Hipoksia dapat terjadi karena kekurangan Hb, menurunnya difusi O₂ dari alveoli ke seluruh tubuh, menurunnya perfusi jaringan atau karena gangguan ventilasi yang menurunkan kadar oksigen. Hal ini ditandai dengan kelelahan, kecemasan, menurunnya kemampuan konsentrasi, nadi meningkat, pernapasan cepat dan dalam, sianosis, sesak napas serta *clubbing finger*.

c. Gagal napas

Gagal napas adalah suatu kondisi dimana tubuh mengalami kegagalan dalam pemenuhan kebutuhan oksigen karena pasien kehilangan kemampuan ventilasi secara adekuat sehingga terjadi kegagalan pertukaran gas karbon dioksida dan oksigen. Hal ini ditandai dengan adanya peningkatan CO₂ dan penurunan O₂ dalam darah secara signifikan yang disebabkan oleh gangguan system saraf pusat yang mengontrol system pernapasan, kelemahan neuromuscular, keracunan obat, gangguan metabolisme, kelemahan otot pernapasan dan obstruksi jalan napas.

d. Perubahan pola napas

Frekuensi napas pada orang dewasa 18 – 22 x/menit, dengan irama teratur, serta inspirasi lebih Panjang dari ekspirasi. Pernapasan normal disebut eupnea. Macam – macam perubahan pola napas yaitu:

- 1) Dispnea, merupakan suatu kondisi terasa sesak dan berat saat bernapas yang disebabkan karena turunnya kadar gas dalam darah/jaringan, aktivitas berat dan berlebihan, dan pengaruh psikis.
- 2) Apnea, yaitu tidak bernapas atau bisa dikatakan henti napas.
- 3) Takipnea, adalah pernapasan dengan frekuensi lebih dari 22x/menit yang terjadi karena ateletaksis atau emboli.
- 4) Bradypnea, adalah pola napas yang lambat kurang dari normal 18x/menit yang terjadi pada keadaan peningkatan tekanan intracranial disertai narkotik atau sedative.
- 5) Hiperventilasi, yaitu cara tubuh mengkompensasi peningkatan oksigen di paru – paru agar pernapasan cepat dan dalam, ditandai dengan denyut nadi meningkat, napas pendek, nyeri pada dada, konsentrasi CO₂ menurun. Keadaan ini disebabkan karena infeksi, keseimbangan asam basa atau gangguan psikologis.
- 6) Kussmaul, adalah pola napas yang cepat dan dangkal yang biasanya terjadi pada orang yang menderita asidosis metabolic, diabetes melitus dan uremia.
- 7) Cheyne-stokes, yaitu siklus pernapasan yang amplitudanya naik, kemudian turun, berhenti, dan mulai dari siklus baru.
- 8) Biot, adalah pernapasan yang iramanya seperti Cheyne Stokes, tetapi amplitudanya berbeda, sering ditemui pada rangasangan selaput otak, tekanan intracranial yang meningkat, dan trauma kepala.

- 9) Stridor, yaitu pernapasan yang bising karena terjadi penyempitan saluran napas, sering dijumpai pada kasus spasme trakea atau obstruksi laring.
- 10) Paradoksial, yaitu pernapasan yang ditandai dengan adanya pergerakan dinding paru berlawanan dengan keadaan normal, yang sering terjadi atelaktasis
- 11) Ortopnea, adalah kesulitan bernapas, kecuali saat duduk atau berdiri, yang biasanya terjadi pada orang yang menderita kongestif paru
- 12) Hipoventilasi, adalah usaha tubuh mengeluarkan karbondioksida yang cukup dilakukan saat ventilasi alveolar serta tidak cukupnya penggunaan oksigen, hal ini ditandai dengan nyeri kepala, kesadaran menurun, disorientasi, atau ketidakseimbangan elektrolit, yang terjadi akibat atelectasis, lumpuhnya otot pernapasan, depresi pusat pernapasan, tahanan jalan udara meningkat, penurunan tahanan jaringan paru dan toraks, penurunan *compliance* paru dan toraks.

e. Obstruksi Jalan Napas

Adalah keadaan pernapasan abnormal yang terjadi karena ketidakmampuan untuk batuk secara efektif, yang disebabkan oleh sekresi kental atau berlebihan akibat dari infeksi, imobilisasi, stasis sekresi dan batuk tidak efektif karena persarafan seperti *cerebrovascular accident (CVA)*, efek pengobatan sedative, dan lainnya. Manifestasi klinis yang ditunjukkan berupa batuk tidak efektif, tidak mampu mengeluarkan secret, suara napas menunjukkan adanya sumbatan, serta jumlah, irama, dan kedalaman napas abnormal.

6. Tindakan Keperawatan pada Gangguan Kebutuhan Oksigen

a. Menghitung Pernapasan

Adalah tindakan dengan cara menghitung frekuensi, irama dan kedalaman pernapasan dengan tujuan untuk mengetahui jumlah

pernapasan dengan tujuan untuk mengetahui jumlah pernapasan, sifat, keadaan umum pasien, dan perkembangan penyakit.

b. Fisioterapi Dada

Adalah tindakan vibrasi, perkusi dan postural drainase, yang mana tindakan tersebut sangat penting untuk membersihkan dan meningkatkan kelancaran jalan nafas pada pasien dengan gangguan jalan nafas.

c. Postural Drainase

Adalah suatu tindakan pengeluaran secret dari berbagai segmen paru dengan memanfaatkan gaya gravitasi bumi dan dalam pengeluaran secret dibutuhkan posisi yang berbeda pada setiap segmen paru.

d. Terapi Oksigen

Terapi oksigen diberikan kepada pasien yang mengalami gangguan ventilasi pada seluruh area paru, pasien dengan gangguan pertukaran gas, serta mereka yang mengalami gagal jantung dan membutuhkan terapi oksigen dengan tujuan untuk mencegah hipoksia.

e. Membatasi aktivitas fisik pasien secara bertahap

f. Latihan nafas dalam

Adalah suatu tindakan dengan cara bernapas untuk memperbaiki ventilasi alveoli atau memelihara pertukaran gas sehingga kepatenan jalan nafas tetap terjaga. Relaksasi nafas dalam dapat melatih otot-otot diafragma yang digunakan untuk mengkompensasi kekurangan oksigen dan meningkatkan efisiensi pernapasan sehingga dapat mengurangi sesak nafas. Latihan nafas dalam yang dilakukan berulang kali secara teratur dapat melatih otot-otot pernafasan, mengurangi beratnya gangguan pernafasan, menurunkan gejala dyspne, sehingga terjadi peningkatan perfusi dan perbaikan alveoli yang dapat meningkatkan kadar oksigen dalam paru sehingga terjadi peningkatan saturasi oksigen (Satriani, 2023). Indikasi dan kontraindikasi latihan nafas dalam.

Menurut Hayati, 2020 yaitu :

Indikasi :

- a) Pasien yang mengalami nyeri
- b) Pasien yang mengalami cemas dan stress
- c) Pasien yang mengalami sesak napas

Kontraindikasi

- a) Pasien yang mengalami batuk berdarah

Prosedur Teknik Relaksasi Nafas Dalam

Menurut Ulinuha, 2017. Langkah -langkah Teknik relaksasi nafas dalam adalah :

- a) Atur posisi pasien dalam keadaan nyaman
- b) Minta pasien menempatkan tangannya kebagian dada dan perut
- c) Minta pasien menarik nafas melalui hidung secara perlahan sampai dada dan abdomen terasa terangkat maksimal.
- d) Minta pasien menahan nafas selama 3 detik kemudian keluarkan secara perlahan melalui mulut
- e) Beritahu pasien bahwa pada saat menghembuskan nafas melalui mulut, mulut dalam posisi mecucu
- f) Minta pasien untuk mengeluarkan nafas sampai perut mengempis
- g) Lakukan latihan nafas ini selama 2-4 kali
- g. Latihan batuk efektif
Adalah suatu tindakan dengan cara melatih pasien yang tidak mampu batuk untuk mengeluarkan secret atau benda asing yang berada dalam laring, trakea maupun pada bronkus.
- h. Memposisikan Pasien Fowler dan Semi Fowler
Adalah posisi setengah duduk atau duduk dengan bagian kepala tempat tidur lebih tinggi. Melalui posisi ini, gravitasi menarik diafragma ke bawah sehingga memungkinkan ekspansi dada dan ventilasi paru yang lebih besar. Posisi semi fowler dapat diberikan selama 25-30 menit (Ruth, 2015).

Tujuan pemberian posisi semi fowler :

- a) Menurunkan sesak nafas
- b) Meningkatkan dorongan pada diafragma sehingga meningkatkan ekspansi dada dan ventilasi paru
- c) Mempertahankan kenyamanan posisi pasien
- d) Mengurangi tegangan intra abdomen dan otot abdomen
- e) Memperlancar gerakan pernapasan pada pasien *bedrest* total
- f) Menurunkan pengembangan dinding dada (Marwah, 2014).

Indikasi pemberian posisi semi fowler

Posisi semi fowler diberikan pada pasien yang mengalami sesak nafas, pasien dengan tirah baring lama dan pasien yang mengalami gangguan imobilisasi.

Kontraindikasi pemberian posisi semi fowler

- a) Pasien dengan hipermobilitas
- b) Efusi sendi
- c) Inflamasi
- d) Pasien yang mengalami patah tulang

Hasil penelitian yang dilakukan Wijayati Sugih (2019) tentang pengaruh posisi semi fowler 45 derajat terhadap kenaikan nilai saturasi oksigen pada pasien gagal jantung kongestif di RSUD Loekmono Hadi Kudus, terdapat perbedaan nilai saturasi oksigen sebelum dilakukan pengaturan semi fowler 45 derajat dan setelah dilakukan pengaturan posisi semi fowler 45 derajat. Saturasi oksigen pasien meningkat dari 96% menjadi 98%.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Aprilia (2022) tentang “Efektivitas Pemberian Posisi Semi Fowler dan Posisi Fowler terhadap Saturasi Oksigen pada Pasien Gagal Jantung di IGD RSUD Ulin Banjarmasin”, ditemukan perbedaan nilai saturasi oksigen sebelum dilakukan pengaturan posisi semi fowler adalah

95% dan terjadi peningkatan setelah dilakukan pengaturan posisi semi fowler menjadi 98%.

Hasil penelitian Sepinawati (2022) tentang “Pengaruh Pemberian Posisi Semi Fowler terhadap Peningkatan Saturasi Oksigen pada pasien CHF di RSUD Dr. (H.C). Ir. Soekarno Provinsi Kepulauan Bangka Belitung”, ditemukan perbedaan nilai saturasi oksigen sebelum diberi posisi semi fowler adalah 91% dan terjadi peningkatan setelah diberikan posisi semi fowler menjadi 93%.

7. Pengertian CHF

Menurut Majid, Abdul (2018) Gagal jantung kongestive adalah kegagalan pemompaan (dimana cardiac output tidak mencukupi kebutuhan metabolic), sedangkan tekanan pengisian ke jantung masih cukup tinggi. Mekanisme yang mendasar tentang gagal jantung adalah kerusakan sifat kontraktilitas jantung yang berkurang dan ventrikel tidak mampu memompa darah sebanyak yang masuk selama diastole. Sehingga menyebabkan volume diastolic akhir ventrikel secara progresif bertambah. Hal yang terjadi akibat akhir dari gangguan jantung tersebut adalah jantung tidak dapat mencukupi kebutuhan oksigen diseluruh organ.

Gagal jantung kongestive adalah kondisi jantung tidak bisa memompa darah secukupnya dalam memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh, gagal jantung kongestive terjadi pada ventrikel kiri dan ventrikel kanan serta gagal jantung kongestive campuran. Gagal jantung kongestive kiri terjadi ketika ventrikel kiri tidak berfungsi dengan baik dimana seharusnya ventrikel kiri berfungsi untuk mengalirkan darah ke seluruh tubuh melalui aorta kemudian diteruskan ke pembuluh darah arteri diseluruh tubuh, namun karena fungsi ventrikel kiri yang tidak berjalan secara optimal maka terjadi peningkatan volume dan tekanan pada atrium kiri yang mengakibatkan terjadinya penumpukan cairan diparu-paru sehingga terjadi lah gangguan proses pertukaran

gas anatar O₂ dan CO₂ di alveolus. Sedangkan, gagal jantung kongestive kanan terjadi ketika ventrikel kanan mengalami kesulitan untuk memompa darah ke paru-paru sehingga mengakibatkan darah kembali ke pembuluh darah balik dan menyebabkan adanya penumpukan cairan dioksremias dan organ tubuh lainnya. Gagal jantung kongestive campuran terjadi ketika mengalami gagal jantung kiri kemudian diikuti gagal jantung kanan yang terjadi secara bersamaan (Kemenkes, 2022).

8. Klasifikasi CHF

a. Gagal Jantung Akut-Kronik

- 1) Gagal jantung akut terjadi secara tiba tiba, ditandai dengan penurunan kardiak output dan tidak adekuatnya perfusi jaringan, hal ini dapat mengakibatkan edema paru dan kolaps pembuluh darah.
- 2) Gagal jantung kronik terjadi secara perlahan ditandai dengan penyakit jantung iskemik, penyakit paru kronis. Pada gagal jantung kronik terjadi retensi air dan sodium pada ventrikel sehingga menyebabkan hypervolemia, akibatnya ventrikel dilatasi dan hipertrofi.

b. Gagal Jantung Kanan-Kiri

- 1) Gagal jantung kiri terjadi karena ventrikel gagal untuk memompa darah secara adekuat sehingga menyebabkan kongesti pulmonal, hipertensi dan kelainan pada katub aorta/mitral.
- 2) Gagal jantung kanan, disebabkan peningkatan tekanan pulmo akibat gagal jantung kiri yang berlangsung cukup lama sehingga cairan yang terbenyung akan berakumulasi secara sistemik dikaki, asites, hepatomegaly, efusi pleura, dll.

c. Gagal Jantung Sistolik-Diastolik

- 1) Sistolik terjadi karena penurunan kontraktilitas ventrikel kiri sehingga ventrikel kiri tidak mampu memompa darah akibatnya kardiak output menurun dan ventrikel hipertrofi.
- 2) Diastolik karena ketidakmampuan ventrikel dalam pengisian darah akibatnya stroke volume *cardiac* output turun.

Menurut New York Heart Assosiation (NYHA) membuat klasifikasi fungsional CHF dalam kelas 4 kelas yaitu :

- a) Kelas I : Bila pasien dapat melakukan aktivitas berat tanpa keluhan
- b) Kelas II : Bila pasien tidak dapat melakukan aktivitas lebih berat dari aktivitas sehari – hari tanpa keluhan.
- c) Kelas III : Bila pasien tidak dapat melakukan aktivitas sehari hari tanpa keluhan
- d) Kelas IV : Bila pasien sama sekali tidak dapat melakukan aktivitas apapun dan harus tirah baring.

9. Patofisiologi CHF

Mekanisme fisiologis yang menyebabkan gagal jantung meliputi keadaan keadaan:

a. Preload (beban awal)

Jumlah darah yang mengisi jantung berbanding langsung dengan tekanan yang ditimbulkan oleh panjangnya regangan serabut jantung.

b. Kontraktilitas

Perubahan kekuatan kontriksi berkaitan dengan panjangnya regangan serabut jantung

c. After lood (beban akhir)

Besarnya tekanan ventrikel yang harus dihasilkan untuk memompa darah melawan tekanan yang diperlukan oleh tekanan arteri.

Kelainan fungsi otot jantung disebabkan karena aterosklerosis coroner, hipertensi arterial, dan penyakit otot degenerative atau

inflamasi. Aterosklerosis coroner menyebabkan terjadinya disfungsi miokardium yang berakibat terganggunya aliran darah ke otot jantung. Terjadi hipoksia dan asidosis (akibat penumpukan asam laktat). Proses yang mengawali terjadinya gagal jantung biasanya adalah infark miokard. Sedangkan, hipertensi sistemik/pulmonal (peningkatan afterload) meningkatkan beban kerja jantung dan mengakibatkan hipertrofi pada serabut otot jantung.

Efek hipertrofi miokard tersebut dianggap sebagai mekanisme kompensasi karena akan meningkatkan kontraktilitas jantung. Akan tetapi, untuk alasan yang tidak jelas, hipertrofi otot jantung tadi tidak berfungsi secara normal, dan akhirnya terjadi gagal jantung. Penyakit degenerative secara normal, dan akhirnya terjadi gagal jantung. Penyakit degeneratif dan miokardium berhubungan dengan gagal jantung karena secara tidak langsung dapat merusak serabut jantung sehingga kontraktilitas jantung menurun (Majid, Abdul, 2018). Akibat dari hal tersebut terjadi gagal jantung kongestive (gagal jantung ventrikel kiri dan kanan), pada gagal jantung ventrikel kiri darah dari atrium kiri ke ventrikel kiri mengalami hambatan, sehingga atrium kiri dilatasi dan hipertrofi. Aliran darah dari paru ke atrium kiri terbungkus. Akibatnya tekanan dalam vena pulmonal, kapiler paru dan arteri pulmonalis meninggi. Bendungan terjadi juga diparu yang akan mengakibatkan edema paru dengan hal tersebut proses difusi antara O₂ dan CO₂ terganggu, timbul sesak atau dispnea, pH menurun, Co₂ menurun, O₂ menurun lalu muncul masalah gangguan pertukaran gas.

Gagal jantung ventrikel kanan karena ketidakmampuan jantung kanan mengakibatkan penimbunan darah dalam atrium kanan, vena kava dan sirkulasi besar. Penimbunan darah di vena hepatica menyebabkan hepatomegaly dan kemudian menyebabkan terjadinya asites. Pada ginjal akan menyebabkan penimbunan air dan natrium sehingga terjadi edema juga meningkatkan tekanan vena jugularis dan pelebaran vena – vena yang lainnya (Aspiani, Yuli 2017).

Menurut Kasron (2016) gagal jantung dapat terjadi jika salah satu atau lebih dari keadaan preload, kontraktilitas, afterload terganggu. Contoh keadaan yang menyebabkan peningkatan preload, adalah regurgitasi aorta, dan cacat septum ventrikel. Sedangkan peningkatan afterload dapat disebabkan oleh stenosis aorta, dan hipertensi sistemik. Kontraktilitas otot jantung menurun disebabkan karena infark miokard dan kelainan pada otot jantung.

Apabila suplai darah tidak lancar diparu-paru (darah tidak masuk ke jantung, menyebabkan penimbunan cairan diparu – paru yang dapat menurunkan pertukaran O₂ dan Co₂ antara udara dan darah diparu paru. Sehingga oksigenasi arteri berkurang dan terjadi peningkatan CO₂ , yang akan membentuk asam di dalam tubuh. Hal ini akan memberikan suatu gejala sesak napas (dyspnea), ortopnea (dyspnea saat berbaring) terjadi apabila aliran darah dari ekstremitas meningkatkan aliran balik vena ke jantung dan paru – paru. Dispnea terjadi akibat penimbunan cairan dalam alveoli yang mengganggu pertukaran gas.

Apabila terjadi pembesaran vena dihepar mengakibatkan hepatomegaly dan nyeri tekan pada kuadran kanan. Suplai darah yang kurang di daerah otot dan kulit, menyebabkan kulit menjadi pucat dan dingin serta timbul gejala letih, lemah, lesu (Kasron, 2016).

10. Gangguan Oksigenasi pada Pasien CHF

Gagal jantung kongestive adalah kondisi jantung tidak bisa memompa darah secukupnya dalam memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh, gagal jantung kongestive terjadi pada ventrikel kiri dan ventrikel kanan serta gagal jantung kongestive campuran (Kemenkes, 2022).

Kelainan pada kontraktilitas miokardium yang khas pada CHF akibat penyakit jantung iskemik, mengganggu kemampuan pengosongan ventrikel yang efektif. Kontraktilitas ventrikel kiri yang menurun mengurangi volume sekuncup, dan meningkat volume residu

ventrikel, terjadi peningkatan tekanan akhir diastolic ventrikel kiri. Dengan meningkatnya LVEDP, terjadi pula peningkatan tekanan atrium kiri (LAP) karena atrium dan ventrikel berhubungan langsung selama diastole.

Peningkatan LAP diteruskan ke belakang kedalam pembuluh darah paru-paru, meningkatkan tekanan kapiler dan vena paru-paru. Apabila tekanan hidrostatis melebihi anyaman kapiler paru-paru melebihi tekanan onkotik, pembuluh darah, akan terjadi transudasi cairan ke dalam interstisial. Jika kecepatan transudasi melebihi kecepatan drainase limfatik, akan terjadi edema interstisial. Peningkatan tekanan lebih lanjut akan menyebabkan cairan merembes ke dalam alveoli dan terjadilah edema paru yang ditandai dengan batuk dan napas pendek. Meningkatnya tekanan vena sistemik dapat mengakibatkan edema perifer umum dan penambahan berat badan (Muttaqin, 2014).

Menurut Brunner & Suddarth (2016), respon tubuh terhadap perubahan fisiologi pasien CHF akibat adanya gangguan pada ventrikel yang akan memberikan respon tubuh yang berbeda antara gagal jantung kiri dengan gagal jantung kanan.

a. Gagal Jantung Kiri

Kongesti paru menonjol pada ventrikel kiri, karena ventrikel kiri tidak mampu memompa darah yang datang dari paru. Peningkatan tekanan dalam sirkulasi paru menyebabkan cairan terdorong ke jaringan paru. Respon tubuh yang terjadi meliputi dispnea, batuk, mudah Lelah, denyut jantung cepat (takikardi) dengan bunyi jantung S3, kecemasan dan kegelisahan.

a) Dispnea

Dispnea terjadi akibat penimbunan cairan dalam alveoli yang mengganggu pertukaran gas. Dispnea dapat terjadi saat istirahat atau dicetuskan oleh Gerakan yang minimal atau sedang. Dapat terjadi ortopnea, kesulitan bernapas saat berbaring. Pasien yang

mengalami ortopnea tidak akan mau berbaring, tetapi akan menggunakan bantal agar bisa tegak ditempat tidur atau duduk dikursi, bahkan saat tidur. Beberapa pasien yang hanya mengalami ortopnea pada malam hari, suatu kondisi yang dinamakan paroximal nocturnal dispnea (PND). Hal ini terjadi bila pasien, yang sebelumnya duduk lama dengan posisi kaki dan tangan dibawah, pergi berbaring ketempat tidur. Setelah beberapa jam cairan yang tertimbun di eksremitas yang sebelumnya berada dibawah mulai diabsorpsi, dan ventrikel kiri yang sudah mulai terganggu, tidak mampu mengosongkan peningkatan volume dengan adekuat. Akibatnya, tekanan dalam sirkulasi paru meningkat dan lebih lanjut, cairan akan berpindah ke alveoli.

b) Batuk

Batuk yang berhubungan dengan gagal ventrikel kiri bisa kering dan tidak produktif, tetapi yang tersering adalah batuk basah, yaitu batuk yang menghasilkan sputum berbusa dalam jumlah banyak, yang kadang disertai bercak darah.

c) Mudah Lelah

Mudah Lelah terjadi akibat curah jantung yang kurang menghambat jaringan sirkulasi normal dan oksigen serta menurunnya pembuangan sisa katabolisme, juga terjadi akibat meningkatnya energi yang digunakan untuk bernapas dan insomnia yang terjadi akibat distress pernapasan dan batuk.

d) Kegelisahan dan kecemasan

Kegelisahan dan kecemasan terjadi akibat gangguan oksigenasi jaringan, stress akibat kesakitan bernapas dan pengetahuan bahwa jantung tidak berfungsi dengan baik. Begitu terjadi kecemasan, terjadi juga dispnea, yang pada akhirnya memperberat kecemasan dan akan mengganggu pola istirahat dan aktivitas sehari-hari.

b. Gagal Jantung Kanan

Bila ventrikel kanan gagal, yang menonjol adalah kongestive visera dan jaringan perifer. Hal ini terjadi karena sisi kanan jantung tidak mampu mengosongkan volume darah dengan adekuat sehingga tidak dapat mengakomodasi semua darah yang secara normal kembali ke sirkulasi vena. Respon tubuh yang tampak meliputi edema ekstremitas bawah (edema dependen), yang biasanya merupakan pitting edema, penambahan berat badan, hepatomegaly, distensi vena leher, asites, anoreksia dan mual, nocturia dan lemah.

a) Edema

Edema dimulai pada kaki dan tumit (edema dependen) dan secara bertahap bertambah ke atas tungkai dan paha pada akhirnya ke genitalia eksterna dan tubuh bagian bawah. Edema sacral sering jarang terjadi pada pasien yang berbaring lama, karena daerah sacral menjadi daerah dependen. Pitting edema adalah edema yang akan tetap cekung bahkan setelah penekanan ringan dengan ujung jari, baru jelas terlihat setelah terjadi retensi cairan.

b) Hepatomegaly

Hepatomegali dan nyeri tekan pada kuadran kanan atas abdomen terjadi akibat pembesaran vena dihepar. Bila proses ini berkembang, maka tekanan dalam pembuluh portal meningkat sehingga cairan terdorong keluar rongga abdomen, suatu kondisi yang disebut dengan asites. Pengumpulan cairan dalam rongga abdomen pada diafragma dan distress pernapasan.

c) Anoreksia

Anoreksia (hilangnya selera makan) dan mual terjadi akibat pembesaran vena dan stasis vena didalam rongga abdomen.

d) Nokturia

Nocturia atau rasa ingin BAK pada malam hari, terjadi karena perfusi renal didukung oleh posisi penderita saat berbaring. Diuresis terjadi paling sering pada malam hari karena curah jantung akan membaik dengan istirahat.

e) Lemah

Lemah yang menyertai HF sisi kanan disebabkan karena menurunnya curah jantung, gangguan sirkulasi dan pembuangan produk sampah katabolisme yang tidak adekuat dari jantung.

11. Manifestasi klinis Congestive Heart Failure (CHF)

Menurut Kasron (2016), Tanda dominan gagal jantung adalah meningkatnya volume intravaskuler. Kongestif jaringan terjadi akibat tekanan arteri dan vena yang meningkat akibat turunnya curah jantung pada kegagalan jantung. Ventrikel kanan dan kiri dapat mengalami kegagalan secara terpisah. Gagal ventrikel kiri paling sering mendahului gagal ventrikel kanan. Kegagalan salah satu ventrikel mengakibatkan terjadinya penurunan perfusi jaringan, tetapi manifestasi kongestif dapat berbeda tergantung pada kegagalan ventrikel mana yang terjadi.

a. Gagal jantung kiri

- 1) Dispnea, terjadi akibat penimbunan cairan dalam alveoli dan mengganggu pertukaran gas. Dapat terjadi ortopnea, beberapa pasien dapat mengalami ortopnea pada malam hari yang dikenal dengan istilah *Paroksimal Nokturnal Dispnea* (PND).
- 2) Batuk
- 3) Mudah Lelah, terjadi karena curah jantung berkurang, menghambat jaringan dari sirkulasi normal dan oksigen serta menurunnya pembuangan sisa hasil katabolisme, juga terjadi karena peningkatan energi yang digunakan untuk bernafas dan insomnia yang terjadi karena distress pernapasan dan batuk.

- 4) Kegelisahan dan kecemasan, terjadi karena gangguan oksigenasi jaringan, stress akibat kesulitan bernafas dan pengetahuan bahwa jantung tidak berfungsi dengan baik.
 - 5) Stenosis
- b. Gagal jantung kanan
- 1) Kongestif jaringan perifer dan visceral
 - 2) Edema ekstremitas bawah (edema dependen), biasanya edema pitting, penambahan BB
 - 3) Hepatomegaly dan nyeri tekan pada kuadran kanan atas abdomen, yang terjadi karena pembesaran vena dihepar.
 - 4) Anoreksia dan muntah, terjadi karena pembesaran vena dan stasis vena dalam rongga abdomen.
 - 5) Nokturia
 - 6) Kelemahan

12. Penatalaksanaan CHF

Penatalaksanaan yang dapat dilakukan berdasarkan kelas NYHA yang dikemukakan oleh Kasron (2016) yaitu :

- a. Kelas I : non farmakologi, yang mencakup, seperti diet rendah garam, batasi cairan, menurunkan berat badan, menghindari alcohol dan rokok, aktivitas fisik serta manajemen stress.
- b. Kelas II : terapi pengobatan, mencakup seperti diuretic, vasodilator, ace inhibitor, digitalis, dopamineroik, oksigen
- c. Kelas IV : kombinasi diuretic, digitalis, ACE inhibitor, seumur hidup.

Selain itu Kasron (2016) juga mengemukakan pendapat lain, penatalaksanaan yang dapat dilakukan pada pasien dengan CHF yaitu :

- a. Nonfarmakologis
 - 1) Meningkatkan oksigenasi dengan memberikan oksigen dan menurunkan konsumsi oksigen melalui istirahat atau pembatasan aktivitas
 - 2) Melakukan diet pembatasan 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) Membatasi cairan (kurang lebih 1200-1500 cc/hari)
- 5) Melakukan olahraga teratur

b. Farmakologi

Tujuannya untuk mengurangi preload dan afterload

1) First Line Drugs ; diuretic

Tujuan : untuk mengurangi afterload pada disfungsi sistolik dan mengurangi kongestif pulmonal pada disfungsi diastolic

Obat : thazide diuretics untuk CHF, loop diuretic, metalazon (kombinasi dari loop diuretic yang berfungsi untuk meningkatkan pengeluaran cairan), kalium-sparing diuretic.

2) Second Line Drugs; ACE inhibitor

Tujuan : untuk meningkatkan COP dan menurunkan kerja jantung

Obat :

- a) Digoxin, meningkatkan kontraktilitas, obat ini tidak digunakan untuk kegagalan diastolic yang mana dibutuhkan pengembangan ventrikel untuk relaksasi.
- b) Hidralazin, berfungsi untuk menurunkan afterload pada disfungsi sistolik
- c) Isobarbide Dinitrat, berfungsi untuk mengurangi preload dan afterload untuk disfungsi sistolik, hindari vasodilator pada disfungsi sistolik
- d) Calsium Channel Blocker, untuk kegagalan diastolic, meningkatkan relaksasi dan pengisian ventrikel (jangan digunakan pada Congestive Heart Failure (CHF) kronik).
- e) Beta Blocker, dikontraindikasikan karena menekan respon miokard. Digunakan pada disfungsi diastolic untuk mengurangi HR, mencegah iskemi miokard, menurunkan tekanan darah, dan hipertrofi ventrikel kiri.

- c. Pendidikan Kesehatan
 - a) Informasikan pada klien, keluarga, dan pemberi perawatan tentang penyakit CHF dan penanganannya
 - b) Informasi difokuskan pada monitoring berat badan setiap hari dan intake cairan
 - c) Diet yang sesuai pasien CHF adalah pemberian makanan tambahan yang mengandung kalium, seperti pisang, jeruk, dll.
 - d) Teknik konservasi energi dan latihan aktivitas fisik yang dapat ditoleransi dengan bantuan terapi (Kasron, 2016).

B. Konsep Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan

Oksigen pada Pasien CHF

1. Pengkajian Keperawatan

a. Identitas klien

Identitas klien meliputi, nama klien, jenis kelamin, tanggal lahir, nomor MR, usia, agama, alamat, status perkawinan, pekerjaan, dan tanggal masuk RS. Berdasarkan risiko CHF, kejadian penyakit ini akan meningkat pada orang lanjut usia karena penurunan fungsi ventrikel akibat penuaan. Kondisi ini akan menyebabkan jantung tidak mampu memompakan darah secara adekuat yang akan mempengaruhi kebutuhan oksigen (Kasron, 2016).

b. Identitas Penanggung Jawab

Identitas penanggung jawab meliputi, nama, umur, pekerjaan, alamat dan hubungan dengan klien.

c. Riwayat kesehatan

a) Keluhan utama

Keluhan utama pasien CHF dengan gangguan pemenuhan kebutuhan oksigen adalah dispnea, penurunan toleransi aktivitas. Keluhan lain yang muncul pada pasien antara lain batuk, peningkatan produksi sputum, dispnea, hemoptisis,

wheezing, stridor, dan chest pain, jantung berdebar debar, perasaan lemah (Sahrudi, dan Akhyarul Anam, 2021).

b) Riwayat Kesehatan Sekarang

Keluhan yang muncul pada pasien CHF dengan masalah gangguan pemenuhan kebutuhan oksigen pada saat dikaji adalah sesak napas yang mengganggu proses tidur, kesulitan makan karena sesak napas, sesak napas saat beraktivitas serta munculnya rasa cemas karena sesak napas.

c) Riwayat Kesehatan Dahulu

Riwayat kesehatan klien memiliki kebiasaan atau pola hidup yang kurang sehat seperti gaya hidup merokok atau terpapar polusi udara, adanya riwayat penyakit jantung yang akan dapat mengindikasikan adanya gangguan pada fungsi pernapasan, episode gagal jantung sebelumnya, factor risiko lain seperti hipertensi, diabetes, iskemia miokard, obat – obatan yang pernah dikonsumsi, diet, dan aktivitas lainnya yang pernah dilakukan (Sahrudi, dan Akhyarul Anam, 2021).

d) Riwayat Kesehatan Keluarga

Riwayat kesehatan keluarga biasanya ditemukan pola hidup keluarga yang tidak sehat, kemudian adanya riwayat keluarga yang memiliki penyakit keturunan seperti adanya riwayat penyakit pernapasan, jantung, hipertensi, DM, dan gagal ginjal.

e) Pola Aktivitas Sehari-hari

Menurut Muttaqin (2014) pola aktivitas yang perlu dikaji dengan pasien CHF dengan masalah gangguan pemenuhan kebutuhan oksigen yaitu :

1. Pola nutrisi dan metabolisme

Pola nutrisi dan metabolisme pada pasien biasanya mengalami kesulitan dan masalah dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi karena adanya sesak napas saat makan.

2. Pola eliminasi

Pola eliminasi pada pasien biasanya didapatkan pola berkemih yang menurun, urin yang berwarna gelap, berkemih malam hari (nocturia), dan bisa terjadi diare ataupun konstipasi.

3. Pola Istirahat dan Tidur

Pola istirahat dan tidur klien biasanya 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

Pola aktivitas dan latihan klien biasanya mengalami kelelahan atau keletihan terus menerus sepanjang hari, serta sesak napas saat melakukan aktivitas.

d. Pemeriksaan Fisik

Menurut Tarwoto dan Wartonah (2015), pemeriksaan fisik pada klien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan oksigen mencakup empat teknik, yaitu inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi. Dari pemeriksaan ini dapat diketahui antara lain adanya pembengkakan, pola napas yang tidak normal, atau suara napas yang tidak normal.

Pemeriksaan ini dilakukan dengan cara memeriksa seluruh anggota tubuh. Tarwoto dan Wartonah (2015) menyatakan, hasil pemeriksaan fisik yang biasanya ditemukan adalah :

- 1) Keadaan umum :biasanya pasien gelisah karena sesak napas
- 2) Tingkat kesadaran : pasien composmentis sampai terjadi penurunan kesadaran
- 3) Tanda -tanda vital
 - a. Tekanan darah : hipotensi atau hipertensi
 - b. Pernapasan : takipnea
 - c. Nadi : takikardia

d. Suhu : hipotermia atau hipertermia

- 4) Kepala : normocephal
- 5) Mata : biasanya konjungtiva anemis (karena anemia), konjungtiva sianosis (karena hipoksemia), konjungtiva terdapat pethecial (karena emboli lemak atau endocarditis), kondisi sklera tergantung dengan kondisi hati yang baik atau tidak.
- 6) Mulut dan bibir : biasanya membrane mukosa sianosis, bibir kering, bernapas dengan mengerutkan mulut
- 7) Hidung : biasanya hidung sianosis, bernapas dengan menggunakan cuping hidung
- 8) Telinga : telinga sianosis, sejajar dengan kantung mata
- 9) Leher : biasanya pada leher terjadi pembengkakan vena jugularis
- 10) Kulit : sianosis perifer (vasokonstriksi dan menurunnya aliran darah perifer), sianosis secara umum (hipoksemia), penurunan turgor (dehidrasi), edema, edema periorbital.
- 11) Thoraks
 - a. Paru – paru
 - a) Inspeksi : Retraksi dinding dada (karena peningkatan aktivitas pernapasan dispnea).
 - b) Palpasi : fremitus kiri dan kanan sama
 - c) Perkusi : perkusi biasanya resonansi atau hiperresonan
 - d) Auskultasi : Suara napas tidak normal biasanya crackles atau ronki basah halus terdengar pada dasar posterior paru, karena sebagai bukti gagal ventrikel kiri.
 - b. Jantung
 - a) Inspeksi : iktus kordis terlihat
 - b) Palpasi : PMI bergeser ke kiri, inferior karena dilatasi atau hipertrofi ventrikel.

c) Perkusi: perkusi biasanya batas jantung ada pergeseran yang menandakan adanya hipertrofi jantung

d) Auskultasi : bunyi jantung S1 dan S2 biasanya lemah karena menurunnya kerja pompa. Bg tambahan Irama gallop dan murmur.

12) Abdomen

a) Inspeksi : ada perubahan warna kulit, kulit tampak kering

b) Auskultasi : Bising usus dalam batas normal.

c) Palpasi : Adanya distensi abdomen, terdapat hepatomegaly dan splenomegaly

d) Perkusi : timpani

13) Genitalia dan anus : klien dengan CHF biasanya akan mengalami masalah dalam proses eliminasi (BAB dan BAK) sehingga pasien harus dipasang kateter.

14) Eksremitas : Jari dan kuku sianosis, CRT . 2 detik, akral teraba dingin, edema pada tungkai

e. Pengkajian Psikososial

Pengkajian psikososial yang perlu dikaji adalah

1. Kaji tentang aspek kebiasaan hidup klien yang secara signifikan berpengaruh terhadap fungsi respirasi.
2. Penyakit gagal jantung kongestive akan mengalami isolasi social, masalah keuangan, pekerjaan atau ketidakmampuan dalam melakukan aktivitas.

f. Pemeriksaan Diagnostik

1. EKG, kelainan yang ditemukan pada pasien CHF yaitu :

- 1) Sinus takikardi
- 2) Sinus bradikardia
- 3) Atrial takikardi/futer/fibrilasi
- 4) Aritmia ventrikel
- 5) Iskemia/infark

- 6) Gelombang Q menunjukkan infark sebelumnya dan kelainan segmen ST menunjukkan penyakit jantung iskemik
 - 7) Hipertrofi ventrikel kiri dan gelombang T terbalik menunjukkan stenosis aorta dan penyakit jantung hipertensi
2. Ekokardigrafi

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

3. Rontgen Toraks

Foto rontgen torak 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 : (a) Kardiomegali (b) Hipertrofi ventrikel (c) Kongesti vena paru (d) Edema interstisial (e) Efusi pleura (f) Infiltrat paru.

4. Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium yang dapat dilakukan mencakup pemeriksaan gas darah arteri, oksimetri, dan pemeriksaan darah lengkap (Saputra, 2014). Abnormalitas pemeriksaan laboratorium yang ditemukan pada pasien CHF adalah :

- a. Nilai normal AGD
 - a) PH (7,35-7,45)
 - b) PO₂ (80-100 mmHg)
 - c) PCO₂ (35-45 mmHg)
 - d) HCO₃ (22-26 mEq/L)
- b. Peningkatan kreatinin serum (150 μmol/L)

- c. Anemia (Hb,13 gr/dl pada laki-laki,<12 gr/dl pada perempuan)
- d. Hyponatremia (<135 mmol/L)
- e. Hypernatremia (>150 mmol/L)
- f. Hipokalemia (>3,5 mmol/L)
- g. Hiperkalemia (>5,5 mmol/L)
- h. Hiperglikemia (>200 mg/dl)
- i. Hiperurisemia (>500 u mmol/L)
- j. BNP (< 100pg/ml, NT pro BNP <400 pg/ml)
- k. Kadar albumin tinggi (>45 g/L)
- l. Kadar albumin rendah (2,5 (18) CRP>10mg/L)
- m. Leukositosis metrofilik (Penghimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskuler Indonesia, 2015).

2. Diagnose Keperawatan

Menurut SDKI (2016), diagnose keperawatan pada pasien CHF dengan gangguan pemenuhan kebutuhan oksigen adalah :

- a. Gangguan pertukaran gas b.d perubahan membrane alveolus-kapiler

3. Intervensi Keperawatan

Tabel 2. 1 Intervensi Keperawatan

| No | Diagnosa Keperawatan (SDKI) | Tujuan (SLKI) | Intervensi Keperawatan (SIKI) |
|----|---|---|--|
| 1. | <p>Gangguan pertukaran gas b.d perubahan membrane alveolus-kapiler</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor</p> <p><i>Subjektif :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> a. Dispnea <p><i>Objektif :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> a. PCO2 meningkat/menurun b. PO2 menurun c. Takikardi d. pH arteri meningkat/menurun e. bunyi napas | <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pertukaran gas meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. dispnea menurun 2. bunyi napas tambahan menurun 3. PCO2 | <p>Pemantauan respirasi</p> <p><i>Observasi :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas 2. Monitor pola napas 3. Auskultasi bunyi napas 4. Monitor saturasi oksigen 5. Monitor nilai |

| | | | |
|--|-----------------|---|--|
| | <p>tambahan</p> | <p>membaik</p> <p>4. PO2 membaik</p> <p>5. Takikardi membaik</p> <p>6. pH arteri membaik</p> <p>7. pola napas membaik</p> | <p>AGD</p> <p>6. Monitor hasil x-ray toraks</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <p>1. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien</p> <p>2. Dokumentasikan hasil pemantauan</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</p> <p>2. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu</p> <p>Terapi oksigen</p> <p><i>Observasi :</i></p> <p>1. Monitor kecepatan aliran oksigen</p> <p>2. Monitor tingkat kecemasan saat pemberian oksigen</p> <p>3. Monitor integritas mukosa hidung akibat pemasangan oksigen</p> <p>4. Monitor saturasi oksigen</p> <p>5. Monitor nilai AGD</p> <p>6. Monitor tekanan darah</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <p>1. Siapkan dan atur peralatan pemberian oksigen</p> <p>2. Berikan oksigen tambahan , jika perlu</p> |
|--|-----------------|---|--|

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | <p>3. Tetap berikan oksigen saat pasien ditransportasi</p> <p>4. Gunakan perangkat oksigen yang sesuai dengan tingkat mobilitas pasien</p> <p>5. Berikan pasien posisi semi fowler dengan kaki kebawah atau posisi nyaman</p> <p>6. Berikan diet jantung yang sesuai (batasi asupan kafein, natrium, kolesterol, makanan tinggi lemak)</p> <p>7. Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress (relaksasi nafas dalam)</p> <p><i>Edukasi :</i></p> <p>1. Ajarkan pasien dengan cara membatasi aktivitas dengan istirahat</p> <p>2. Anjurkan pasien beraktivitas fisik secara bertahap</p> <p>3. Anjurkan pasien berhenti merokok</p> <p><i>Kolaborasi :</i></p> <p>1. Kolaborasi penentuan dosis oksigen</p> <p>2. Kolaborasi penggunaan oksigen saat</p> |
|--|--|--|--|

| | | | |
|--|--|--|---|
| | | | aktivitas dan/atau tidur. 3. Kolaborasi pemberian diuretic |
|--|--|--|---|

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan realisasi tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan, kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon pasien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Hadinata dan Abdillah, 2022). Pada tahap ini perawat akan mengimplementasikan intervensi yang telah direncanakan berdasarkan hasil pengkajian dan penegakan diagnose yang diharapkan dapat tercapai tujuan dan hasil sesuai yang diinginkan untuk mendukung dan meningkatkan status kesehatan pasien.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan untuk dapat menentukan keberhasilan dalam asuhan keperawatan. Evaluasi pada dasarnya membandingkan status keadaan kesehatan pasien dengan tujuan atau kriteria hasil yang telah ditetapkan. Evaluasi perkembangan kesehatan dapat dilihat dari hasil tindakan keperawatan. Tujuannya untuk mengetahui sejauh mana perawatan dapat dicapai dan memberikan umpan balik terhadap asuhan keperawatan yang diberikan. Jika tidak tercapai, maka perlu dikaji ulang letak kesalahannya, dicari jalan keluarnya, kemudia catat apa yang ditemukan serta apakah perlu dilakukan intervensi (Tarwoto & Wartonah, 2015).

BAB III METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan adalah deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Penelitian deskriptif adalah 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, I Made Sudarma, dkk, 2021). Penelitian studi kasus adalah jenis penelitian yang mengeksplorasi suatu kasus dalam jangka waktu tertentu melalui pengumpulan data secara mendalam dan terperinci dari berbagai sumber informasi terpercaya kebenarannya (Rahardjo, 2017).

B. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di Bangsal Jantung RSUP Dr. M. Djamil Padang. Waktu penelitian dimulai dari bulan Desember 2023 sampai dengan Mei 2024.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah sekelompok orang, benda, atau hal yang menjadi sumber penelitian pengambilan sampel (Abubakar, Rifa'I, 2021). Populasi penelitian adalah seluruh pasien CHF yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan oksigen di Bangsal Jantung RSUP Dr. M. Djamil Padang. Populasi penelitian adalah pasien CHF dengan gangguan pemenuhan kebutuhan oksigen. Pada saat pengumpulan data didapatkan populasi sebanyak satu orang pasien.

2. Sampel

Sampel merupakan sebagian dari populasi penelitian atau contoh dari keseluruhan (Abubakar, Rifa'I, 2021). Sampel adalah satu orang pasien CHF yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan oksigen di Bangsal Jantung RSUP Dr. M. Djamil Padang. Sampel penelitian

pada penelitian ini adalah satu orang pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan oksigen pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) di Bangsal Jantung RSUP Dr. M. Djamil Padang.

Kriteria sampel dalam penelitian ini yaitu :

a. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah :

- 1) Pasien dan keluarga setuju berpartisipasi dengan penelitian

b. Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah :

- 1) Pasien yang meninggal

Pada saat penelitian populasi yang ditemukan satu orang dan sesuai dengan kriteria inklusi, maka satu orang tersebut lah dijadikan subjek penelitian.

D. Alat/Instrument Pengumpulan Data

Alat atau pemeriksaan fisik berupa tensimeter, stetoskop, pulse oxymetri, termometeri, penlight, dan EKG. Instrument 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, dan studi dokumentasi (Indrawati, dkk. 2014).

1. Format Pengkajian

Terdiri dari identitas pasien, identifikasi penanggung jawab, riwayat kesehatan pasien, kebutuhan dasar, dan pemeriksaan fisik, data psikologis, data ekonomi social, 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 Diagnose Keperawatan

Terdiri nama pasien, nomor rekam medis, diagnose 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, diagnose keperawatan, intervensi berdasarkan SLKI dan SIKI.
5. Format Implementasi Keperawatan
Terdiri nama pasien, nomor rekam medis, hari dan tanggal, diagnose 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, diagnose keperawatan, evaluasi keperawatan, dan paraf yang melakukan evaluasi terhadap pasien.

E. Pengumpulan Data

1. Jenis Data

a. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh secara langsung dari sumber data penelitian atau responden (Adiputra, I Made Sudarma, dkk, 2021). 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.

b. Data Sekunder

Data Sekunder adalah data yang didapat dari dokumen – dokumen grafis (table, catatan, notulen rapat, dll), foto – foto, film, rekaman video, benda – benda, dll yang dapat memperkaya data primer (Siyoto, Sandu & Ali Sodik, 2015). 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 RSUP Dr. M. Djamil Padang.

F. Metode Pengumpulan Data

Pengumpulan data merupakan bagian inti dari kegiatan penelitian, pengumpulan data yang baik merupakan satu syarat utama keberhasilan dalam penelitian (Indrawati, 2014). Cara pengumpulan data dalam penelitian ini adalah :

a. Wawancara

Wawancara adalah proses interaksi dan komunikasi antara satu orang dengan orang lainnya yang bertujuan untuk memperoleh data (Indrawati, dkk. 2014). 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, suhu, menghitung frekuensi pernapasan, menghitung frekuensi nadi, mengukur intake dan output pasien.

c. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik adalah suatu kegiatan pengumpulan data yang dilakukan dengan menggunakan alat bantu (Indrawati, dkk. 2014). Peneliti melakukan pemeriksaan terkait keadaan umum pasien dan pemeriksaan dengan teknik IPPA (*inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi*).

d. Studi Dokumentasi

Dokumentasi adalah suatu metode pengumpulan data kualitatif yang dilakukan dengan melihat atau menganalisis dokumen – dokumen yang terkait dengan masalah penelitian (Indrawati, dkk. 2014). Pengumpulan data peneliti ini akan menggunakan data dari rumah sakit untuk menunjang penelitian yang akan peneliti

lakukan. Berdasarkan hasil dokumentasi, peneliti menemukan adanya riwayat kesehatan pasien, program pengobatan, hasil laboratorium, pemeriksaan EKG, serta tindakan yang akan dilakukan terkait penanganan masalah kesehatan yang terjadi pada pasien.

G. Analisis Data

Analisis data penelitian dengan analisis deskriptif. Analisis deskriptif adalah suatu usaha pengumpulan data dan menyusun data. Setelah data tersusun langkah selanjutnya adalah mengolah data dengan menggambarkan dan meringkas data secara ilmiah dalam bentuk tabel atau grafik (Nursalam, 2017).

Analisis yang akan dilakukan pada penelitian ini adalah menganalisis semua temuan pada tahapan proses keperawatan yang ditemukan dengan menggunakan konsep dan teori keperawatan pada satu orang pasien CHF dengan gangguan pemenuhan kebutuhan oksigen. Data yang didapat dari hasil melakukan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, penegakan diagnose keperawatan, merencanakan tindakan, melakukan tindakan sampai mengevaluasi hasil tindakan dinarasikan, kemudian dibandingkan dengan teori asuhan keperawatan gangguan pemenuhan kebutuhan oksigen pada pasien CHF. Analisa yang dilakukan adalah untuk menentukan kesesuaian antara teori yang ada dengan kondisi pasien.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Deskripsi Kasus

Pada bab ini peneliti membahas tentang proses asuhan keperawatan yang dilakukan pada satu orang pasien yang dirawat di ruang Bangsal Jantung RSUP Dr. M. Djamil Padang. Pembahasan proses keperawatan pada partisipan dilakukan dengan membandingkan hasil asuhan keperawatan dengan teori proses keperawatan yang terdiri dari tahap pengkajian keperawatan, diagnose keperawatan, rencana keperawatan, implementasi keperawatan serta evaluasi keperawatan terhadap masalah yang muncul.

1. Pengkajian Keperawatan

Hasil pengkajian terhadap identitas didapatkan pasien perempuan berumur 77 tahun, alamat Padang. Pasien bekerja sebagai Ibu Rumah Tangga, janda, agama Islam, pendidikan terakhir SLTA.

Keluhan utama pasien masuk ke RSUP Dr. M. Djamil Padang melalui IGD pada tanggal 29 Februari 2024 jam 13.00 WIB dengan keluhan utama sesak napas meningkat sejak satu hari sebelum masuk RS. Sesak dirasakan terus menerus sejak satu bulan ini.

Pada saat dilakukan pengkajian tanggal 1 Maret 2024 jam 08.00 WIB, pasien mengatakan napas masih terasa sesak, sesak bertambah saat beristirahat dan beraktivitas. Pasien juga mengeluh badannya terasa lemah, pasien mengeluh tidak nafsu makan dan tidak bisa beristirahat pada malam hari karena sesak.

Pengkajian riwayat kesehatan dahulu pasien mengatakan 10 tahun yang lalu pernah operasi saraf terjepit. Pasien mengatakan 5 tahun yang lalu mengidap penyakit hipertensi, dan tidak pernah control rutin ke fasilitas kesehatan. Pasien memiliki kebiasaan mengkonsumsi makanan yang asin dan berminyak seperti gorengan dan makanan yang bersantan.

Pengkajian riwayat kesehatan keluarga, pasien ibu dan kakak laki laki nya meninggal karena sakit jantung.

Hasil pengkajian yang didapatkan pada pola aktivitas sehari-hari pasien yang berhubungan dengan masalah oksigenasi, didapatkan pola istirahat/tidur pasien, selama dirumah sakit pasien tidak bisa tidur karena nafas nya yang sesak. Pola aktivitas dan latihan pasien didapatkan bahwa saat sakit pasien mengatakan lebih banyak diatas tempat tidur dan dibantu oleh keluarga atau perawat, karena jika terlalu banyak bergerak napas pasien menjadi sesak.

Hasil pemeriksaan fisik yang dilakukan pada pasien didapatkan data yang berhubungan dengan masalah oksigenasi adalah pasien tampak sesak napas. Pengukuran HR 108 kali/menit (takikardi), RR 40 kali/menit (takipnea).

Berdasarkan hasil pemeriksaan penunjang, Analisa gas darah pasien tanggal 1 Maret 2024 didapatkan nilai : PH :7,33 PCO₂ : 30 mmHg PO₂ : 73 mmHg Hb : 11,3 g/dL.

Program pengobatan yang didapatkan oleh pasien terkait penanganan masalah oksigenasi adalah memberikan oksigen NRM 10 l/menit, IVD RL, Syring pump drip lasik 2 x 20 mg (dijalankan 3 cc habis selama 5 jam), NTG 10 mg/jam (IV) (di jalankan 3 cc habis selama 16 jam), Spirolactone 1 x 25 mg (PO), Aspilet 1 x 80 mg (PO), Atorvastatin 1 x 40 mg (PO) , Lovenox 2 0,4 cc (IV), Asetilsistein 2 x 200 mg (PO), Levofloxacin 1 x 750 mg (IV), Ramipril 1 x 2,5 mg (PO), Asetolazolamid 3 x 250 mg (PO), Klopidoogrel 1 x 75 mg (PO).

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis yang ditemukan berdasarkan hasil pengkajian keperawatan terhadap pasien, yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan

oksigen dengan kasus Congestive Heart Failure (CHF) yaitu: gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membrane alveolus – kapiler, didukung dengan data subjektif : pasien mengeluh sesak napas (dyspnea). Data objektif : napas pasien tampak sesak, PCO₂ 30 mmHg, PO₂ : 73 mmHg, Nadi : 108x/menit, pH : 7.33.

3. Intervensi Keperawatan

- a. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membrane alveolus-kapiler.

SLKI :

- 1) Dispnea menurun
- 2) Bunyi napas tambahan menurun
- 3) PCO₂ membaik
- 4) PO₂ membaik
- 5) Takikardi membaik
- 6) pH arteri membaik
- 7) Pola napas membaik

SIKI :

Pemantauan respirasi

Observasi :

1. Monitor frekuensi napas
2. Monitor pola napas
3. Monitor saturasi oksigen

Terapeutik

1. Dokumentasikan hasil pemantauan

Edukasi

1. Informasikan hasil pemantauan

Terapi oksigen

Observasi :

1. Monitor kecepatan aliran oksigen
2. Monitor nilai AGD

Terapeutik

1. Siapkan dan atur peralatan pemberian oksigen
2. Berikan pasien posisi semi fowler dengan kaki kebawah atau posisi nyaman
3. Berikan terapi relaksasi napas dalam

Edukasi :

1. Anjurkan pasien beraktivitas fisik secara bertahap
2. Anjurkan patuh dalam mengkonsumsi diit

Kolaborasi :

1. Kolaborasi penentuan dosis oksigen
2. Kolaborasi pemberian diuretic

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan pada diagnose keperawatan gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membrane alveolus-kapiler.

Tindakan yang dilakukan pada hari pertama, pada shift pagi dari jam 08.00 – 14.00 wib, yaitu : memberikan terapi oksigen NRM 10 L/menit sesuai prosedur, memposisikan pasien semi fowler dengan menaikkan tempat tidur 45⁰. Menghitung frekuensi napas, memantau pola napas, memantau hasil labor dan memeriksa saturasi oksigen serta pemberian obat NRM 10 L/menit, IVD RL, Syring pump drip lasik 2 x 20 mg (dijalankan 3 cc habis selama 5 jam), NTG 10 mg/jam (IV), (di jalankan 3 cc habis selama 16 jam), Spirolactone 1 x 25 mg (PO), Aspilet 1 x 80 mg (PO), Atorvastatin 1 x 40 mg (PO) , Lovenox 2 0,4 cc (IV), Asetilsistein 2 x 200 mg (PO), Levofloxacin 1 x 750 mg (IV), Ramipril 1 x 2,5 mg (PO), Asetolazolamid 3 x 250 mg (PO), Klopidoqrel 1 x 75 mg (PO), obat ini diberikan satu kali pada shift pagi. Respon pasien yang didapatkan setelah dilakukan tindakan, pasien tampak sesak, nadi 108 kali/menit, RR 38 kali/menit, saturasi oksigen 96% terpasang oksigen NRM 10 L/menit, PCO₂ 30 mmHg, PO₂ 73 mmHg, pH 7,33

Hari kedua

Memberikan terapi oksigen NRM 10 L/menit sesuai prosedur, memposisikan pasien semi fowler dengan menaikkan tempat tidur 45⁰. Menghitung frekuensi napas, memantau pola napas, dan memeriksa saturasi oksigen serta pemberian obat NRM 10 L/menit, IVD RL, Syring pump drip lasik 2 x 20 mg (dijalankan 3 cc habis selama 5 jam), NTG 10 mg/jam (IV), (di jalankan 3 cc habis selama 16 jam), Spirolactone 1 x 25 mg (PO), Aspilet 1 x 80 mg (PO), Atorvastatin 1 x 40 mg (PO) , Lovenox 2 0,4 cc (IV), Asetilsistein 2 x 200 mg (PO), Levofloxacin 1 x 750 mg (IV), Ramipril 1 x 2,5 mg (PO), Asetolazolamid 3 x 250 mg (PO), Klopidoogrel 1 x 75 mg (PO). Respon pasien yang didapatkan setelah dilakukan tindakan, pasien tampak sesak, RR 35 kali/menit (takipnea) , nadi 100 kali/menit, saturasi oksigen 97% dengan terpasang NRM 10 L/menit,

Hari ketiga

Memberikan terapi oksigen NRM 10 L/menit sesuai prosedur, memposisikan pasien semi fowler dengan menaikkan tempat tidur 45⁰. Menghitung frekuensi napas, memantau pola napas, dan memeriksa saturasi oksigen serta pemberian obat NRM 10 L/menit, IVD RL, Syring pump drip lasik 2 x 20 mg (dijalankan 3 cc habis selama 5 jam), NTG 10 mg/jam (IV), (di jalankan 3 cc habis selama 16 jam), Spirolactone 1 x 25 mg (PO), Aspilet 1 x 80 mg (PO), Atorvastatin 1 x 40 mg (PO) , Lovenox 2 0,4 cc (IV), Asetilsistein 2 x 200 mg (PO), Levofloxacin 1 x 750 mg (IV), Ramipril 1 x 2,5 mg (PO), Asetolazolamid 3 x 250 mg (PO), Klopidoogrel 1 x 75 mg (PO). Respon pasien yang didapatkan setelah dilakukan tindakan, pasien tampak sesak, RR 30 kali/menit (takipnea), nadi 98 kali/menit, saturasi oksigen 98% dengan terpasang NRM 10 L/menit.

Hari keempat

Memberikan oksigen nasal kanul 4 L/menit, tetap mengatur posisi semi fowler, dengan menaikkan bed bagian kepala setinggi 45⁰ dan menganjurkan pasien melakukan Teknik relaksasi napas dalam, dengan langkah langkah sebagai berikut : Atur posisi pasien dalam keadaan nyaman, minta pasien menempatkan tangannya kebagian dada dan perut, minta pasien menarik nafas melalui hidung secara perlahan sampai dada dan abdomen terasa terangkat maksimal, minta pasien menahan nafas selama 3 detik kemudian keluarkan secara perlahan melalui mulut, beritahu pasien bahwa pada saat menghembuskan nafas melalui mulut, mulut dalam posisi mecucu, anjurkan pasien untuk mengeluarkan nafas sampai perut mengempis, lakukan latihan nafas ini selama 2-4 kali. Menghitung frekuensi napas, memantau pola napas, memantau hasil labor, memeriksa saturasi oksigen, dan pemberian obat NRM 10 L/menit, IVD RL, Syring pump drip lasik 2 x 20 mg (dijalankan 3 cc habis selama 5 jam), Spirolactone 1 x 25 mg (PO), Atorvastatin 1 x 40 mg (PO) , Lovenox 2 0,4 cc (IV), Asetilsistein 2 x 200 mg (PO), Levofloxacin 1 x 750 mg (IV), Ramipril 1 x 2,5 mg (PO), Asetolazolamid 3 x 250 mg (PO), Klopidoogrel 1 x 75 mg (PO). Respon pasien yang didapatkan : pasien tampak sesak, RR 28 kali/menit (takipnea), nadi 96 kali/menit takikardi, saturasi oksigen 98% dengan terpasang O2 nasal kanul 4 L/menit.

Hari kelima

Memberikan oksigen nasal kanul 4 L/menit, tetap mengatur posisi semi fowler, dengan menaikkan bed bagian kepala setinggi 45⁰ dan menganjurkan pasien melakukan Teknik relaksasi napas dalam, dengan langkah langkah sebagai berikut : Atur posisi pasien dalam keadaan nyaman, minta pasien menempatkan tangannya kebagian dada dan perut, minta pasien menarik nafas melalui hidung secara perlahan sampai dada dan abdomen terasa terangkat maksimal, minta

pasien menahan nafas selama 3 detik kemudian keluarkan secara perlahan melalui mulut, beritahu pasien bahwa pada saat menghembuskan nafas melalui mulut, mulut dalam posisi mecucu, anjurkan pasien untuk mengeluarkan nafas sampai perut mengempis, lakukan latihan nafas ini selama 2-4 kali. Menghitung frekuensi napas, memantau pola napas, memantau hasil labor, memeriksa saturasi oksigen, dan pemberian obat NRM 10 L/menit, IVD RL, Syring pump drip lasik 2 x 20 mg (dijalankan 3 cc habis selama 5 jam), Spirolactone 1 x 25 mg (PO), Atorvastatin 1 x 40 mg (PO), Lovenox 2 0,4 cc (IV), Asetilsistein 2 x 200 mg (PO), Levofloxacin 1 x 750 mg (IV), Ramipril 1 x 2,5 mg (PO), Asetolazolamid 3 x 250 mg (PO), Klopidoqrel 1 x 75 mg (PO). Respon pasien yang didapatkan : RR 26 (takipnea) kali/menit, nadi 95 kali/menit, saturasi oksigen 98% dengan terpasang O₂ nasal kanul 4 L/menit.

Pada hari keenam,

Tindakan yang dilakukan yaitu memberikan oksigen nasal kanul 4 L/menit, tetap mengatur posisi semi fowler, dengan menaikkan bed bagian kepala setinggi 45⁰ dan menganjurkan pasien melakukan Teknik relaksasi napas dalam, dengan langkah langkah sebagai berikut : Atur posisi pasien dalam keadaan nyaman, minta pasien menempatkan tangannya kebagian dada dan perut, minta pasien menarik nafas melalui hidung secara perlahan sampai dada dan abdomen terasa terangkat maksimal, minta pasien menahan nafas selama 3 detik kemudian keluarkan secara perlahan melalui mulut, beritahu pasien bahwa pada saat menghembuskan nafas melalui mulut, mulut dalam posisi mecucu, anjurkan pasien untuk mengeluarkan nafas sampai perut mengempis, lakukan latihan nafas ini selama 2-4 kali. Menghitung frekuensi napas, memantau pola napas, memantau hasil labor, memeriksa saturasi oksigen, memberikan discharge planning menganjurkan pasien beraktivitas secara bertahap, menganjurkan pasien melakukan Teknik napas

dalam, menganjurkan pasien melakukan posisi semi fowler jika terjadi sesak lagi menganjurkan pasien patuh dalam konsumsi diit, dan pemberian obat NRM 10 L/menit, IVD RL, Syring pump drip lasik 2 x 20 mg (dijalankan 3 cc habis selama 5 jam), Spirolactone 1 x 25 mg (PO), Atorvastatin 1 x 40 mg (PO) , Lovenox 2 0,4 cc (IV), Asetilsistein 2 x 200 mg (PO), Levofloxacin 1 x 750 mg (IV), Ramipril 1 x 2,5 mg (PO), Asetolazolamid 3 x 250 mg (PO), Klopidoogrel 1 x 75 mg (PO). Didapatkan respon pasien setelah melakukan tindakan RR 24 kali/menit, nadi 93 kali/menit, saturasi oksigen 99%, pH : 7.45 PCO₂ : 38 mmHg, PO₂ : 95 mmHg,

5. Evaluasi Keperawatan

Tahap asuhan keperawatan yang dilakukan setiap hari selama 6 hari, mulai dari tanggal 1 Maret sampai dengan 6 Maret 2024 menggunakan format SOAP.

Hari pertama :

S : pasien mengatakan napas nya terasa sesak, **O** : dyspnea meningkat, PCO₂ memburuk, PO₂ memburuk, pH memburuk, takikardi memburuk, pola napas memburuk **A** : Masalah gangguan pertukaran gas meningkat, **P** : intervensi dilanjutkan dengan pemberian terapi oksigen NRM 10L/menit, berikan pasien posisi semi fowler, monitor frekuensi napas, monitor pola napas, monitor saturasi oksigen dan kolaborasi pemberian obat

Hari kedua :

S : pasien mengatakan napas nya masih terasa sesak, **O** : ditandai dengan dyspnea cukup meningkat, PO₂ memburuk, PCO₂ memburuk pH cukup membaik, takikardi membaik, pola napas cukup memburuk **A** : masalah gangguan pertukaran gas belum meningkat, **P** : intervensi dilanjutkan dengan pemberian terapi oksigen NRM 10L/menit,

berikan pasien posisi semi fowler, monitor frekuensi napas, monitor pola napas, monitor saturasi oksigen dan kolab pemberian obat

Hari ketiga :

S : pasien mengatakan napasnya masih terasa sesak, **O** : dyspnea sedang, takikardi membaik, pola napas cukup memburuk, **A** : masalah gangguan pertukaran gas belum meningkat **P** : intervensi dilanjutkan dengan pemberian terapi oksigen nasal kanul 4 L/menit, berikan pasien posisi semi fowler, berikan terapi relaksasi napas dalam, monitor pola napas, monitor saturasi oksigen, monitor frekuensi napas dan kolab pemberian obat.

Hari keempat :

S : pasien mengatakan masih terasa sesak, tetapi sudah berkurang dari sebelumnya, **O** : pasien tampak sesak, RR 28 kali/menit (takipnea), nadi 96 kali/menit, saturasi oksigen 98%, **A** : masalah gangguan pertukaran gas belum teratasi ditandai dengan dyspnea cukup menurun, nilai AGD belum membaik, takikardi membaik, pola napas sedang, **P** : intervensi dilanjutkan dengan pemberian terapi oksigen nasal kanul 4 L/menit, berikan pasien posisi semi fowler, berikan terapi relaksasi napas dalam, monitor pola napas, monitor saturasi oksigen, monitor frekuensi napas dan kolab pemberian obat.

Hari kelima :

S : pasien mengatakan sesaknya timbul sesekali, **O** : RR 26 (takipnea) kali/menit, nadi 95 kali/menit, saturasi oksigen 98%, **A** : masalah gangguan pertukaran gas belum teratasi ditandai dengan dyspnea cukup menurun, takikardi membaik, pola napas cukup membaik, **P** : intervensi dilanjutkan dengan pemberian terapi oksigen nasal kanul 4 L/menit, beri pasien posisi semi fowler, berikan terapi relaksasi napas dalam, monitor pola napas, monitor saturasi oksigen, monitor frekuensi napas dan kolab pemberian obat.

Hari keenam :

S : pasien mengatakan napas nya sudah tidak sesak lagi, **O** : dyspnea menurun, pH membaik, PCO₂ membaik, PO₂ membaik, takikardi membaik, pola napas membaik, **A** : masalah gangguan pertukaran gas meningkat **P** : intervensi dihentikan, perawatan selanjutnya dilakukan oleh keluarga dirumah setelah diberi edukasi tentang pasien dianjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, menganjurkan untuk melakukan pengaturan posisi semi fowler/fowler jika terjadi sesak napas, menganjurkan untuk melakukan Teknik nafas dalam dan memperbanyak istirahat, serta patuh dalam mengkonsumsi diit yang telah dianjurkan.

B. Pembahasan Hasil Penelitian

Pada pembahasan ini peneliti akan membahas hubungan antara teori dan laporan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Congestive Heart Failure* yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan oksigen, yang telah dilakukan asuhan keperawatan pada tanggal 1 Maret sampai 6 Maret 2024 di Bangsal Jantung RSUP Dr. M. Djamil Padang. Dimana pembahasan ini akan dibahas sesuai dengan tahapan asuhan keperawatan yang dimulai dengan tahap pengkajian keperawatan, merumuskan diagnose keperawatan, menyusun intervensi keperawatan, melakukan implementasi keperawatan sampai dengan evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian Keperawatan

- a. Pada kasus hasil pengkajian terkait gangguan kebutuhan oksigenasi pada pasien ditemukan, bahwa keluhan utama yang dirasakan pasien sebelum masuk rumah sakit adalah sesak napas (dyspnea). Gejala yang timbul pada pasien dengan gagal jantung dimulai karena ketidakmampuan jantung untuk memompakan darah yang kaya akan oksigen dan nutrisi ke seluruh tubuh, sehingga akan mempengaruhi organ lain. Kondisi ini akan menyebabkan terjadinya masalah oksigenasi pada pasien yang ditandai dengan

adanya sesak napas, sesak saat beraktivitas dan kesulitan tidur akibat sesak napas.

Manifestasi klinis berupa sesak napas dan sesak bertambah ketika beraktivitas terjadi akibat penimbunan cairan dalam alveoli yang mengganggu pertukaran gas. Dispnea bahkan dapat terjadi saat istirahat atau dicetuskan oleh Gerakan yang minimal atau sedang. Mudah Lelah dan juga sesak napas saat beraktivitas terjadi akibat curah jantung yang kurang dan menghambat jaringan dari sirkulasi normal dan oksigen serta menurunnya pembuangan sisa katabolisme, juga terjadi akibat meningkatnya energi yang digunakan untuk bernafas (Brunner & Suddarth, 2016).

Keluhan pada kasus tersebut sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Kasron (2016) bahwa pada pasien dengan CHF biasanya akan mengalami perubahan pola napas salah satunya dyspnea. Hal ini disebabkan karena akibat penimbunan cairan dalam alveoli dan mengganggu pertukaran gas. Sehingga oksigenasi arteri berkurang dan terjadi peningkatan CO₂ yang akan membentuk asam didalam tubuh. Kondisi memberikan gejala berupa sesak napas (dyspnea), ortopnea (dyspnea saat berbaring) yang terjadi apabila aliran darah dari ekstremitas meningkatkan aliran balik vena ke jantung dan paru-paru.

Kasus ini sejalan dengan penelitian Samsi Bariatun (2018), pasien gagal jantung kongestive sering kesulitan mempertahankan oksigen sehingga cenderung merasa sesak napas. Gagal jantung kongestive menyebabkan suplai darah ke paru-paru menurun dan darah di paru – paru tidak dapat masuk ke jantung. Keadaan ini menyebabkan penimbunan cairan diparu-paru, sehingga terganggunya pertukaran oksigen dan karbondioksida di alveolus. Peneliti mengungkapkan bahwa pasien gagal jantung mengalami

perubahan pola napasnya sehingga juga mempengaruhi pada pola dan kualitas tidurnya. Hal tersebut sama yang dialami dengan pasien.

- b. Pada kasus ini riwayat kesehatan sekarang pasien terasa sesak, sesak bertambah saat beraktivitas, miring kiri miring kanan dan pada malam hari. Pasien tidak nafsu makan dan mengalami gangguan tidur pada malam hari karena sesak.

Kasus ini didukung oleh penelitian yang dilakukan pada saat survey awal oleh Sepinawati (2022) bahwa ketiga pasien CHF di RSUD Dr. (H.C) Ir. Soekarno Provinsi Kepulauan Bangka Belitung, mengeluh sesak napas terutama saat melakukan aktivitas.

Tanda dan gejala berupa sesak napas bertambah saat beraktivitas terjadi akibat penimbunan cairan dalam alveolus yang mengganggu pertukaran gas. Sesak napas dapat terjadi saat istirahat atau dicetuskan oleh Gerakan yang minimal atau sedang. Mudah Lelah, lemah dan sesak napas saat beraktivitas terjadi akibat penurunan curah jantung yang kurang dan menghambat jaringan dan sirkulasi normal. (Brunner & Suddarth, 2016).

Kasus ini sejalan dengan yang disampaikan Fitriya, Reni (2015) penyakit CHF tidak hanya berdampak secara fisik tetapi juga berdampak terhadap psikologis yang menyebabkan pasien CHF mengalami kecemasan, depresi, putus asa serta tidak nafsu makan dan mengalami gangguan tidur.

- c. Riwayat Kesehatan Dahulu pada kasus ini pasien mengatakan 5 tahun yang lalu mengidap penyakit hipertensi. Pasien suka mengkonsumsi makan yang asin dan berminyak seperti gorengan dan makanan yang bersantan. Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Majid (2018), bahwa penyebab dari gagal jantung/CHF salah satunya yaitu : hipertensi sistemik/pulmonal.

Congestive Heart Failure (CHF). Dari hasil penelitiannya menunjukkan bahwa dari 21 responden 70,00% yang menderita CHF yang disebabkan oleh iskemia kardiomiopati dan HT mengakibatkan terjadinya penurunan suplai darah ke arteri coroner dan menurunkan atau menghentikan suplai oksigen ke seluruh tubuh.

Factor risiko yang menjadi pemicu penyakit CHF pada pasien tersebut sesuai dengan teori yang ada, yaitu pasien yang memiliki riwayat hipertensi. Selain itu didukung dengan pola makan pasien yang tidak sehat, sering mengkonsumsi makanan yang asin, berminyak, dan bersantan.

Hal ini diperkuat oleh penelitian yang di ungkapkan Delima (2015) tentang prevelensi dan factor determinan penyakit jantung di Indonesia, kebiasaan setiap hari mengkonsumsi makanan berlemak cenderung meningkatkan terjadinya risiko penyakit jantung.

Kebiasaan diet pasien yang tidak sehat akan meningkatkan risiko terbentuknya flak dipembuluh darah, yang memperberat terjadinya factor risiko penyakit CHF.

- d. Riwayat Kesehatan Keluarga pada kasus ini pasien mengatakan ibu dan kakak laki laki nya meninggal karena sakit jantung. Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Muttaqin (2014) bahwa biasanya ada anggota keluarga yang memiliki penyakit jantung pada orang tua dan merupakan factor resiko utama terjadinya penyakit jantung pada keturunannya.
- e. Pada saat dilakukan pemeriksaan fisik pada pasien ditemukan keadaan umum pasien tampak sesak. Hasil TTV didapatkan frekuensi napas 40 kali/menit (takipnea), nadi 108 kali/menit

(takikardi), saturasi oksigen 96%. Pada saat dilakukan pemeriksaan fisik tidak terdapat bunyi napas tambahan pada pasien

Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Tarwoto dan Wartonah (2015) dan Saputra (2014) bahwa, pada pemeriksaan fisik pasien CHF ditemui keadaan sesak napas. Tekanan darah hipertensi atau hipotensi, pernapasan takipnea serta nadi takikardi.

Pemeriksaan fisik yang ditemukan pada saat melakukan pengkajian pada pasien CHF, yaitu keluhan sesak napas, dan sesak bertambah saat beraktivitas, yang terjadi akibat penimbunan cairan didalam alveoli yang mengganggu proses pertukaran gas. Dispnea dapat terjadi saat beristirahat atau saat melakukan gerakan minimal atau sedang. Perasaan mudah Lelah dan sesak napas saat beraktivitas terjadi akibat curah jantung berkurang yang menghambat jaringan dari sirkulasi normal dan oksigen serta menurunnya pembuangan sisa katabolisme. Fungsi jantung yang melemah akibat gagal jantung selain menimbulkan keluhan sesak napas, sesak saat beraktivitas, kualitas tidur yang buruk, juga dapat menimbulkan adanya rasa Lelah, dan retensi cairan dibagian ekstremitas.

Hasil AGD pasien : PH menurun PCO₂ menurun , PO₂ menurun. Pasien yang terdiagnosa CHF mempunyai kemungkinan besar untuk mengalami terjadinya perubahan pada hasil AGD maupun kimia klinik dari nilai normal yang ada. Hal tersebut sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Saputra (2014), bahwa akan ditemukan abnormalitas pada pemeriksaan Analisa gas darah, seperti pada nilai pH (7,35 – 7,45), PCO₂ (35 – 45), PO₂ (80–100), SO₂ (95 – 98), HCO₃ (22-26), terjadinya peningkatan kreatinin serum, pada pasien dapat terjadi anemia, hyponatremia, hypernatremia, hipokalemia, hiperkalemia, hiperglikemia,

hiperurisemia, kadar albumin yang tinggi/rendah, dan leukositosis neutrofilik.

Hal ini terdapat kesesuaian antara teori dengan hasil penelitian yang didapatkan, dimana pada pasien CHF dengan gangguan pemenuhan kebutuhan oksigen akan terjadi perubahan atau terdapat nilai abnormalitas pada pemeriksaan hasil laboratorium baik dari nilai kimia klinik, Analisa gas darah, elektrolit, dan hematologi. Tindakan dalam penelitian hasil labor tentang analisa gas darah sangat penting dilakukan, karena dengan melihat hasil Analisa gas darah dapat kita tentukan bagaimana kondisi oksigenasi ditubuh pasien seperti PO₂ dan PCO₂, sehingga dapat menentukan cara pemberian oksigen yang tepat dibutuhkan oleh pasien.

- f. Program pengobatan pada kasus tersebut adalah : pemberian oksigen NRM 10 L/menit dan berbagai obat salah satunya furosemide.

Pemberian furosemide pada pasien bertujuan untuk membantu dalam mengeluarkan cairan yang ada didalam tubuh pasien. Rasa sesak yang dirasakan oleh pasien disebabkan karena adanya penumpukan cairan didalam tubuh pasien seperti diparu dan ekremitas, hal ini bisa menyebabkan terjadinya gangguan pada proses difusi yang akan menyebabkan sesak napas. Dengan pemberian cairan furosemide maka akan membantu menurunkan edema/penumpukan cairan di tubuh pasien.

Hal tersebut sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Kasron (2016), penatalaksanaan yang dapat dilakukan pada pasien CHF antara lain dengan pemberian diuretic dan ace inhibitor. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Wilantika Ida Wardani (2018) pada kedua responden dengan diagnose medis CHF di

RSUP dr. Soedraji Tirtonegoro Klaten. Pada responden pertama program pengobatan yang didapatkan adalah terapi infus RL 500cc/24 jam, injeksi furosemid 20mg/8jam, candesartan 1x4 mg, digoxin 1x 0,25 mg, simarc 2x2 mg, nitrocaf 2x2,5 mg, spironolactone 1x25 mg. sedangkan pada responden kedua mendapatkan terapi infus NaCl 20 tetes per menit, injeksi arixtra 2,5 mg/24 jam, aspilet 1x80 mg, clopidogrel 1x75 mg, atorvastatin 1x40 mg.

Hal ini terdapat kesesuaian antara teori dengan data yang ditemukan. Pemberian obat – obatan yang tergolong jenis diuretic pada pasien CHF bertujuan untuk mengurangi afterload pada disfungsi diastolic, sedangkan pemberian obat-obatan yang tergolong ACE Inhibitor bertujuan untuk meningkatkan COP dan menurunkan kinerja jantung. Dalam hal ini perawat diharapkan dapat berkolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya, agar tepat pemberian obat pada pasien.

2. Diagnose Keperawatan

Gagal jantung kongestive adalah kondisi jantung tidak bisa memompa darah secukupnya dalam memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh. Kondisi ini disebabkan oleh adanya kegagalan otot jantung untuk menjalankan fungsi tersebut. Kelainan pada kontraktilitas miokardium yang khas pada CHF akibat penyakit jantung, mengganggu pengosongan ventrikel yang efektif, sehingga akan menimbulkan berbagai macam gejala.

Menurut teori yang peneliti temukan sesuai dengan kondisi klinis yang terkait CHF terdapat satu diagnose keperawatan yang berhubungan dengan oksigen, yaitu : gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membrane alveolus-kapiler. (SDKI, 2016). Di dukung dengan data subjektif : pasien mengeluh sesak

napas (dyspnea). Data objektif : napas pasien tampak sesak, PCO₂ menurun, PO₂ menurun, Nadi meningkat, pH menurun.

Dalam penegakkan diagnose keperawatan, peneliti melihat kepada keluhan yang ditemukan pada partisipan yang mengacu pada SDKI. Gejala yang muncul pada partisipan menunjukkan adanya permasalahan pada kebutuhan oksigenasi.

Menurut Henderson kebutuhan akan oksigenasi merupakan kebutuhan yang terpenting dan yang pertama dalam kebutuhan dasar manusia. Manusia memerlukan adanya proses pernapasan yang normal untuk memenuhi kebutuhan terhadap oksigen. Dalam pemenuhan kebutuhan oksigen ini diperlukan oksigen yang cukup unrtuk memenuhi kebutuhan dasar manusia. Jika masalah pemenuhan okisgen ini teratasi maka masalah lain juga akan ikut teratasi (Brunner & Suddarth, 2016).

3. Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan disusun berdasarkan diagnose keperawatan tersebut di buat berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Rencana tindakan keperawatan yang dilakukan untuk diagnose gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membrane alveolus-kapiler adalah pemantauan respirasi didasarkan pada SIKI yaitu : monitor frekuensi dan pola napas, monitor saturasi oksigen, monitor nilai AGD, dan dokumentasi kan hasil pemantauan. Kemudian rencana tindakan selanjutnya adalah pemberian terapi oksigen, didasarkan pada SIKI yaitu monitor aliran kecepatan oksigen, monitor posisi alat terapi oksigen, berikan posisi semi fowler atau fowler, berikan terapi relaksasi napas dalam, anjurkan pasien beraktivitas secara bertahap, dan kolaborasi pemberian diuretic.

SIKI yang dilakukan pada diagnose gangguan pertukaran gas berhubungan membrane alveolus-kapiler dengan kriteria hasil :

pertukaran gas, didasarkan pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), yaitu : Dispnea menurun, Dispnea menurun, bunyi napas tambahan menurun, PCO₂ membaik, PO₂ membaik, takikardi membaik, pH arteri membaik, pola napas membaik.

Perencanaan yang akan dilakukan pada pasien CHF dengan gangguan kebutuhan oksigen untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan SLKI peneliti bisa menyesuaikan tindakan yang akan dilakukan sesuai dengan kasus pasien.

4. Implementasi Keperawatan

Peneliti melakukan implementasi keperawatan berdasarkan tindakan yang telah direncanakan. Peneliti melakukan penelitian pada shift pagi atau shift sore. Peneliti melakukan implementasi selama 6x pertemuan. Implementasi yang dilakukan pada pasien memiliki hubungan dengan pemecahan masalah gangguan pemenuhan kebutuhan oksigenasi pasien.

Implementasi keperawatan pada diagnose gangguan pertukaran gas berhubungan perubahan membrane alveoulus-kapiler adalah memberikan terapi oksigen, menghitung frekuensi, memposisikan pasien semi fowler atau fowler, lalu mengajarkan pasien melakukan Teknik relaksasi napas dalam, kemudian memantau hasil AGD, memeriksa saturasi oksigen, dan pemberian obat, yaitu terapi oksigen dan salah satunya obat furosemid.

Menurut peneliti, oksigen yang diberikan pada pasien dengan gangguan pertukaran gas serta pasien yang mengalami gagal jantung membutuhkan pemberian oksigen untuk mencegah terjadinya hipoksia.

Tindakan dalam penilaian hasil labor tentang AGD sangat penting dilakukan, karena dengan melihat hasil AGD dapat kita tentukan bagaimana kondisi oksigenasi ditubuh pasien seperti PO₂ dan PCO₂,

sehingga dapat menentukan cara pemberian oksigen yang tepat dibutuhkan oleh pasien. Namun dalam penilaian hasil AGD tidak dapat dilakukan setiap hari karena tidak adanya permintaan labor untuk pasien setiap harinya.

Pemberian furosemide pada pasien bertujuan untuk membantu dalam mengeluarkan cairan yang ada didalam tubuh pasien. Rasa sesak yang dirasakan oleh pasien disebabkan karena adanya penumpukan cairan didalam tubuh pasien seperti diparu dan ekremitas, hal ini bisa menyebabkan terjadinya gangguan pada proses difusi yang akan menyebabkan sesak napas. Dengan pemberian cairan furosemide maka akan membantu menurunkan edema/penumpukan cairan di tubuh pasien.

Berdasarkan teori yang dikemukakan oleh A. Alimul Hidayat dan Musrifatul Uliyah (2021) pelaksanaan yang dapat dilakukan untuk memenuhi gangguan pemenuhan kebutuhan oksigen pada pasien CHF diantaranya memeriksa pola napas pasien (frekuensi, upaya dan kedalaman), pemberian oksigen, serta mengatur posisi semi fowler dan fowler. Pengaturan posisi semi fowler/fowler adalah posisi duduk atau setengah duduk dengan bagian kepala tempat tidur lebih tinggi. Melalui posisi ini, gravitasi menarik diafragma ke bawah sehingga memungkinkan ekspansi dada dan ventilasi paru yang lebih besar. Posisi semi fowler/fowler dapat dilakukan selama 25-30 menit (Ruth, 2015). Tujuan dilakukan pengaturan posisi semi fowler yaitu, menurunkan sesak napas, meningkatkan dorongan pada diafragma sehingga meningkatkan ekspansi dada dan ventilasi paru, memperlancar gerakan pernapasan pada pasien bedrest total, meningkatkan saturasi oksigen serta menurunkan pengembangan dinding dada (Marwah, 2014). Posisi ini dapat diberikan pada pasien yang mengalami sesak napas, pasien tirah baring dan pasien yang mengalami gangguan imobilisasi, sedangkan pasien yang tidak boleh

dilakukan pengaturan posisi ini yaitu, pasien efusi sendi, pasien patah tulang, dan pasien hipermobilitas.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Wijayati, Sugih (2019), tentang “Pengaruh Posisi Semi Fowler 45° terhadap Kenaikan Nilai Saturasi Oksigen pada Pasien Gagal Jantung Kongestif di RSUD Loekmono Hadi Kudus”, ditemukan perbedaan nilai saturasi oksigen sebelum dilakukan pengaturan posisi semi fowler 45° dan setelah dilakukan pengaturan posisi semi fowler 45°. Saturasi oksigen pasien meningkat dari 96% menjadi 98%.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Aprilia (2022) tentang “Efektivitas Pemberian Posisi Semi Fowler dan Posisi Fowler terhadap Saturasi Oksigen pada Pasien Gagal Jantung di IGD RSUD Ulin Banjarmasin”, ditemukan perbedaan nilai saturasi oksigen sebelum dilakukan pengaturan posisi semi fowler adalah 95% dan terjadi peningkatan setelah dilakukan pengaturan posisi semi fowler menjadi 98%.

Hasil penelitian Sepinawati (2022) tentang “Pengaruh Pemberian Posisi Semi Fowler terhadap Peningkatan Saturasi Oksigen pada pasien CHF di RSUD Dr. (H.C). Ir. Soekarno Provinsi Kepulauan Bangka Belitung”, ditemukan perbedaan nilai saturasi oksigen sebelum diberi posisi semi fowler adalah 91% dan terjadi peningkatan setelah diberikan posisi semi fowler menjadi 93%.

Implementasi yang dilakukan sesuai dengan teori yang ada. Dalam hal pemberian tindakan kepada pasien seperti menentukan dosis pemberian oksigen yang akan diberikan ke pasien, sangat diperlukan penilaian hasil laboratorium, tentang Analisa gas darah, seperti PO₂, PCO₂ dan pH, sehingga dapat menentukan cara pemberian yang tepat

dan berapa banyak oksigen yang diberikan setiap menitnya pada pasien.

Perawat ruangan diharapkan pada saat melaksanakan tindakan keperawatan, mengajarkan teknik relaksasi napas dalam tetap memperhatikan posisi pasien, yaitu menganjurkan pasien dalam posisi semi fowler atau fowler, kemudian menganjurkan pasien dalam keadaan nyaman, meminta pasien untuk menarik napas melalui hidung sampai dada dan abdomen terangkat maksimal, lalu tahan selama 3 detik, kemudian menganjurkan pasien untuk menghembuskan napas melalui mulut, mulut dalam keadaan mecucu. Perawat juga diharapkan menganjurkan pasien untuk melakukan Teknik tersebut secara berulang 2-4 kali, dengan memperhatikan pengaturan posisi, frekuensi dan durasi pelaksanaan Teknik relaksasi napas dalam dapat meningkatkan ventilasi alveolus dan memelihara pertukaran gas.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan untuk dapat menentukan keberhasilan dalam asuhan keperawatan. Evaluasi pada dasarnya membandingkan status keadaan kesehatan pasien dengan tujuan atau kriteria hasil yang telah ditetapkan. Evaluasi perkembangan kesehatan dapat dilihat dari hasil tindakan keperawatan keperawatan, yang bertujuan untuk mengetahui sejauh mana perawatan dapat dicapai dan memberikan umpan balik terhadap asuhan keperawatan yang diberikan. Jika tidak tercapai, maka perlu dikaji ulang letak kesalahannya, dicari jalan keluarnya, kemudian catat apa yang ditemukan serta apakah perlu dilakukan intervensi (Tarwoto & Wartonah, 2015). Evaluasi keperawatan dilakukan dalam bentuk SOAP. Dalam penelitian ini, peneliti melakukan evaluasi keperawatan terhadap tindakan yang sudah diberikan kepada pasien selama 6 hari yang dimulai pada tanggal 1 Maret 2024 sampai dengan 6 Maret 2024. Dalam proses evaluasi keperawatan dibutuhkan kerja sama antara

peneliti dengan perawat, dan antar peneliti dengan pasien serta keluarga yang terlibat.

Hasil evaluasi terhadap pasien,

S : pasien mengatakan napasnya sudah tidak sesak

O : frekuensi napas pasien 24 kali/menit membaik, nadi pasien 93 kali/menit membaik, saturasi oksigen 99% membaik, nilai AGD membaik pH : 7,45, PCO₂ : 38 mmHg, PO₂ : 95 mmHg.

A : masalah gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membrane alveolus-kapiler teratasi. Kriteria hasil yang telah dicapai setelah dilakukan tindakan keperawatan terhadap pasien untuk masalah keperawatan gangguan pertukaran gas adalah : dispnea menurun, PCO₂ membaik, PO₂ membaik, takikardia membaik, HCO₃ membaik, pH membaik dan frekuensi napas dalam rentang normal serta pola napas membaik.

P : intervensi dihentikan, dilanjutkan dengan discharge planning kepada keluarga, pasien dianjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, menganjurkan untuk melakukan pengaturan posisi semi fowler/fowler jika terjadi sesak napas, menganjurkan untuk melakukan Teknik nafas dalam dan memperbanyak istirahat, serta patuh dalam mengkonsumsi diet yang telah dianjurkan.

Evaluasi keperawatan pada *pasien Congestive Heart Failure (CHF)* dengan gangguan pemenuhan kebutuhan oksigen pada penelitian yang telah dilakukan sesuai dengan SLKI (2016). Evaluasi tindakan yang telah dilakukan peneliti untuk mencegah tidak terpenuhinya kebutuhan oksigen, menunjukkan pengaruh positif pada pasien, yang dibuktikan dengan kepatenan jalan napas pasien, diharapkan pasien dapat mengontrol aktivitasnya untuk mengurangi beban kerja jantung, menganjurkan pasien untuk melakukan posisi semi fowler/fowler ketika sesak napas mulai kambuh, serta menganjurkan untuk melakukan Tarik nafas dalam. Dalam hal ini perawat diharapkan dapat

mempertahankan implementasi yang telah dilakukan kepada pasien gangguan pemenuhan kebutuhan oksigen pada pasien CHF salah satu dengan mengatur posisi semi fowler untuk meningkatkan saturasi oksigen dan melakukan pengkajian ulang terhadap kondisi pasien, baik secara subjektif maupun objektif, kemudian didukung dengan pemeriksaan fisik dan penunjang agar kita dapat mengetahui tingkat keberhasilan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan serta menentukan rencana tindakan selanjutnya.

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian asuhan keperawatan gangguan pemenuhan kebutuhan oksigen pada pasien Congestive Heart Failure (CHF) di Bangsal Jantung RSUP Dr. M. Djamil Padang, peneliti dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Hasil pengkajian didapatkan frekuensi napas pasien 40 kali/menit, sesak napas, sesak bertambah saat beraktivitas dan istirahat. Hasil pemeriksaan Analisa Gas Darah, pH : 7.33, PCO₂ : 30 mmHg, PO₂ : 73 mmHg, SaO₂ : 96%
2. Diagnose keperawatan yang ditemukan yaitu gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membrane alveolus-kapiler. Diagnose ini muncul karena adanya tanda dan gejala serta keluhan yang dirasakan oleh pasien berdasarkan SDKI (2016).
3. Intervensi keperawatan yang dilakukan oleh peneliti, baik intervensi yang dilakukan secara mandiri maupun kolaborasi seperti pemberian oksigen, memonitor frekuensi dan pola napas, anjurkan beraktivitas secara bertahap, anjurkan patuh dalam konsumsi diit, berikan pasien posisi semi fowler, berikan Terapi relaksasi napas dalam, monitor nilai AGD, dan kolaborasi pemberian obat, bertujuan untuk memenuhi kebutuhan sel akan oksigen, sehingga sel tubuh bisa bermetabolisme dengan baik. Hal ini bertujuan untuk mengatasi terjadinya masalah oksigenasi dengan cara mengurangi beban kerja jantung dengan cara pemberian terapi dan obat – obatan tersebut.
4. Implementasi keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan yang telah peneliti susun. Implementasi keperawatan yang dilakukan pada kasus seperti memberikan terapi oksigen, mengatur posisi semi fowler, mengajarkan Teknik relaksasi napas dalam, menghitung frekuensi napas, memantau pola napas, memeriksa saturasi oksigen, memantau nilai AGD, serta pemberian obat.

5. Evaluasi keperawatan masalah gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membrane alveolus-kapiler teratasi pada hari keenam dengan kriteria hasil dispnea menurun, pola napas membaik, hasil Analisa Gas Darah PCO₂ membaik, PO₂ membaik, takikardia membaik, dan Ph arteri membaik.

B. Saran

1. Bagi RSUP Dr.M.Djamil Padang

Disarankan melalui perawat ruangan di Bangsal Jantung RSUP Dr.M.Djamil Padang diharapkan dapat menerapkan asuhan keperawatan gangguan pemenuhan kebutuhan oksigen pada pasien CHF salah satu dengan mengatur posisi semi fowler atau fowler untuk meningkatkan saturasi oksigen.

2. Bagi Mahasiswa dan Peneliti Selanjutnya

Disarankan bagi mahasiswa dan peneliti selanjutnya untuk meneliti tentang efektifitas pengaturan posisi semi fowler atau fowler dalam peningkatan saturasi oksigen pada pasien CHF dengan gangguan pemenuhan kebutuhan oksigen.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdullah. 2014. *Kebutuhan Dasar Manusia Untuk Mahasiswa Keperawatan*. Jakarta : Trans Info Media
- Abubakar, Rifa'i. 2021 *Pengantar Metode Penelitian*. Yogyakarta : SUKA-Press UIN Sunan Kalijaga
- Adiputra, I Madw Sudarma, dkk. 2021. *Metodologi Penelitian Kesehatan Sumatera Utara* : Yayasan Kita Menulis
- Ambarwati, Fitri Respati. 2014. *Konsep Kebutuhan Dasar Manusia*. Yogyakarta : Dua Satria Offset
- Aprina, Astuti, T., & Rohayati. (2019). *Konsep Dasar Keperawatan*. Bandar Lampung: TIM.
- Aprilia, Rosana, dkk. 2022. *Efektifitas Pemberian Posisi Semi Fowler dan Posisi Fowler Terhadap Saturasi Oksigen Pada Pasien Gagal Jantung Di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Daerah Ulin Banjarmasin*. Diambil dari <https://journal.stikessuakainsan.ac.id/index.php/jksi/article/view/332/207> (Diakses, 10 Januari 2024).
- Astriani, N. M. D. Y., Pratama, A. A., & Sandy, P. W. S. J. (2021). *Teknik relaksasi nafas dalam terhadap peningkatan saturasi oksigen pada pasien PPOK*. Jurnal Keperawatan Silampari, 5(1), 59–66.
- Aspiani, Reni Yuli. 2017. *Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Kardiovaskuler*. Jakarta: EGC 2014.
- Brunner and Suddarth. 2016. *Keperawatan Medikal Bedah* ed. 12. Jakarta : EGC
- Hadinata, D. & Abdillah, A. (2022). *Metodologi Keperawatan*. Widinsa Bhakti Persada Bandung.
- Hayati, K., Murni Karokaro, T., & Witama, F. (2023). *Pengaruh Kombinasi Posisi Semi Fowler dengan Lateral Kanan terhadap Perubahan Hemodinamika pada Pasien Gagal Jantung di Ruang CVCU Rumah Sakit Grandmed Lubuk Pakam*. Jurnal Kesehatan Masyarakat & Gizi, 5(2), 266–272. Diambil dari <https://ojs.stikesmucis.ac.id/index.php/jynus/article/view/325> (Diakses, 26 Desember 2023).
- Hidayat, Aziz Alimul dan Musrifatul Uliyah. 2021. *Keperawatan Dasar 1 untuk Pendidikan Vokasi*. Surabaya : Health Books Publishing.
- Karon. 2016. *Kelainan dan Penyakit jantung : Pencegahan Serta Pengobatannya*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Kemenkes, 2022. *Gejala Gagal Jantung Kongestive*. Diambil dari https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/1783/gejala-gagal-jantung-kongestif-yuk-cari-tahu-lebih-lanjut (Diakses, 28 Desember 2023)

- Majid, Abdul. 2018. *Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Gangguan Sistim Kardiovaskuler*. Yogyakarta : Pustaka Baru
- Marwah, (2014) *Pengaruh Pemberian Posisi Semi Fowler Terhadap Respiratory Rate Pasien Tuberkulosis Paru Di RSUD Kabupaten Pekalongan*. Diambil dari <https://docplayer.info/33188133-Pengaruh-pemberianposisi-semi-fowler-terhadap-respiratory-rate-pasien-tuberkulosis-paru-dirsud-kabupaten-pekalongan.html>. (Diakses, 24 Desember 2023).
- Maulidta. 2015. *Gambaran Karakteristik Pasien CHF di Instalasi Rawat Jalan RSUD Tugurejo Semarang*. Diambil dari <http://scholar.unand.ac.id/54238/2/2.%20BAB%201%20PENDAHULUAN.pdf> (Diakses, 20 April 2024).
- Mudjia Rahardjo. 2017. *Studi Kasus dalam Penelitian Kualitatif Konsep dan Prosedurnya*. Jurnal Ilmiah. Malang: Universitas Islam Negeri Maulana Malik Ibrahim Malang.
- Mutaqqin, Arif. 2014. *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Pernapasan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Nursalam. 2017. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrumen Penelitian Keperawatan Edisi 2*. Jakarta: Salemba Medika.
- Patrisia, Ineke, dkk. 2020. *Asuhan Keperawatan Pada Kebutuhan Dasar Manusia*. Sumatera Utara : Yayasan Kita Menulis
- Ruth M. 2015. *Physiotherapy For Respiratory And Cardiac Problems*. Churchill Livingstone : London.
- Sahrudi,Akhyarul. (2021). *Kardiovaskuler dalam asuhan keperawatan medical bedah*,. Jakarta cv. Trans info medika.
- Saputra, Lyndon. 2014. *Catatan Ringkas : Kebutuhan Dasar Manusia*. Tangerang Selatan : Binarupa Aksara
- Sepinawati, dkk. 2023. *Pengaruh Pemberian Posisi Semi Fowler Terhadap Peningkatan Saturasi Oksigen Pasien CHF Di RSUD DR.(H.C).Ir. Soekarno Provinsi Kepulauan Bangka Belitung*. Diambil dari <https://pdfs.semanticscholar.org/2825/4fa93e19a5ec5402a12a610003b6c4fb6d90.pdf> (Diakses, 10 Januari 2024).
- Siyoto, Sandu, dan Ali Sodik. 2015. *Dasar Metodologi Penelitian*. Yogyakarta : Literasi Media Publishing
- Tarwoto & Wartolah. 2015. *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2016. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta : Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia

Tim Pokja SLKI DPP PPNI. 2016. *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Jakarta : Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. 2016. *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Jakarta : Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia

Wahyudi, Andri Setiya, Wahid, Abd.. (2016). *Buku ajar ilmu keperawatan dasar* (Cet. I). Jakarta: Mitra Wacana Media.

Widiyanto & Yamin. (2014). *Terapi Oksigen Terhadap Perubahan Saturasi Oksigen Melalui Pemeriksaan Oksimetri Pada Pasien Infark Miokard Akut (IMA)*. Prosiding Konferensi Nasional II PPNI Jawa Tengah. Diambil dari <http://jurnal.unimuwijayas.ac.id/index.php/psn12012010/article/viewFile/1135/1189> (Diakses 12 Oktober 2023).

LAMPIRAN

Asuhan Keperawatan Gangguan Pemrosesan Kebutuhan Utama Pada Pasien Compressive Heart Failure di Bangsal Jantung RSGM Dr. M Djamil Padang Tahun 2024

| NO | KEGIATAN | DESEMBER | JANUARI | FEBRUARI | MARET | APRIL | MAY | JUNI |
|----|-----------------------------------|----------|---------|----------|-------|-------|-----|------|
| 1 | Konsultasi dan ACC judul Proposal | | | | | | | |
| 2 | Pembuatan dan Kritisasi Proposal | | | | | | | |
| 3 | Pendaftaran sidang Proposal | | | | | | | |
| 4 | Sidang Proposal | | | | | | | |
| 5 | Perbaikan Proposal | | | | | | | |
| 6 | Penelitian dan Perencanaan | | | | | | | |
| 7 | Pendaftaran Ujian KTI | | | | | | | |
| 8 | Sidang KTI | | | | | | | |
| 9 | Perbaikan KTI | | | | | | | |
| 10 | Publikasi | | | | | | | |

Pembimbing I



H. Erling, S.Kep. M.Kep.
NIP. 1964012719870132002

Pembimbing II



Hernani, S.K.E.M. (Bismillah)
NIP. 196205121982102001

Padang, Juni 2024
Mahasiswa



Adilla Sabahella
NIM. 213110004



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG

Jl. Simpang Pondok Kopi Nanggalo Padang 25146 Telepon (0751) 7058128 (*Hunting*)
Website : <http://www.poltekkes-pdg.ac.id>
Email : direktorat@poltekkes-pdg.ac.id



Nomor : PP.03.01/4298/2023
Perihal : ***Izin Pengambilan Data***

30 Agustus 2023

Kepada Yth. :

Direktur RSUP Dr. M. Djamil 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. 2023/2024, maka dengan ini kami mohon kepada Bapak/Ibu untuk memberikan izin kepada Mahasiswa untuk melakukan **Pengambilan Data** di Instansi yang Bapak/Ibu Pimpin (nama mahasiswa terlampir)

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

03 September 2023
Direktur Politeknik Kesehatan
Kementerian Kesehatan Padang,



RENIDAYATI, S.Kp, M.Kep, Sp.Jiwa
NIP 197205281995032001

Lampiran Surat Tugas
Nomor : PP.03.01/4298/2023
Tanggal : 03 September 2023

NAMA-NAMA MAHASISWA YANG MELAKUKAN PENGAMBILAN DATA

| NO | NAMA | NIM | JUDUL PROPOSAL KTI |
|-----------|-------------------------|------------|--|
| 1 | Tasya Yolanda Putri | 213110152 | Asuhan Keperawatan Pada Pasien Sirosis Hepatis Di RSUP Dr M. Djamil Padang |
| 2 | Putri Rahima Dwi Andini | 213110136 | Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ca Colon Di RSUP DR. M. Djamil Padang |
| 3 | Nasyiwa Ayumi Salsabila | 213110134 | Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Oksigenasi Pada Pasien Dengan Chf Di RSUP DR M Djamil Padang |
| 4 | Afrida Yanti | 213110082 | Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Op Kolostomi Dengan Indikasi Ca Colon Di RSUP DR. M. DJAMIL PADANG |
| 5 | Elisa Safitri | 213110102 | Asuhan Keperawatan Pada Pasien Kanker Serviks Di RSUP Dr M. Djamil Padang |
| 6 | Melisyia Tri Andara | 213110128 | Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Sectio Caesarea Atas Indikasi PEB Di RSUP Dr M. Djamil Padang |
| 7 | Alifa Ramadhani | 2131110084 | Asuhan Keperawatan Gangguan Rasa Aman Nyaman Nyeri Pada Pasien Fraktur Di RSUP Dr M.Djamil Padang |
| 8 | Faulan Hamdani | 213110106 | Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas Fisik Pada Pasien Fraktur Femur Di RSUP Dr M.Djamil Padang |
| 9 | Dindriana Azzahra | 213110098 | Asuhan Keperawatan Gangguan Oksigenasi Pada Pasien TB Paru Di RSUP Dr M. Djamil Padang |
| 10 | Fitria Fatma | 213110110 | Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ca Mammae Di RSUP DR. M. DJAMIL PADANG |
| 11 | Atika Sania Azzahra | 213110091 | Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Rasa Aman Nyaman Nyeri Pada Pasien Ca Mammae Di RSUP DR.M.DJAMIL PADANG |

| | | | |
|----|--------------------------------|-----------|--|
| 12 | Adilla Salsabila | 213110081 | Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Oksigen Pada Pasien Dengan CHF Di Bangsal Jantung RSUP DR. M.Djamil Padang |
| 13 | Gianna Daryus | 213110114 | Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Oksigen Pada Pasien Dengan Penyakit Paru Obstruktif Kronik (Ppok) Rsup Dr. M.Djamil Padang |
| 14 | Marshelindia Syahrani ariyetti | 213110125 | Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Bronkopneumonia Di IRNA Kebidanan Dan Anak Rsup Dr. M.Djamil Padang |
| 15 | Intan Ismawardany | 213110117 | Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Penyakit Jantung Bawaan Di IRNA Kebidanan Dan Anak Rsup Dr. M.Djamil Padang |
| 16 | Duratul fakhira | 21310101 | Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Leukemia Limfoblastik Akut Di IRNA Kebidanan Dan Anak RSUP Dr.M Djamil Padang |
| 17 | Divya Ayunda Putri | 213110100 | Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Nutrisi Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe II Di Rsup Dr. Mdjamil Padang |
| 18 | Gebi Rahmadia Putri | 213110112 | Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Stroke Iskemik Di RSUP Dr.Mdjamil Padang |
| 19 | Hafzahul Amanah | 213110115 | Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Hidrosefalus Di IRNA Kebidanan Dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang |
| 20 | Alia Salsabila Effendi | 213110083 | Asuhan Keperawatan Gangguan Aman Nyaman Pada Pasien Decubitus Di RSUP Dr. M. Djamil Padang |
| 21 | Riski Wallidaiya | 213110141 | Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Rasa Aman Nyaman Nyeri Pada Pasien Cedera Kepala Di Irna Bedah Trauma Center Rsup Dr.M.Djamil Padang |
| 22 | Vioni Petricia | 213110155 | Asuhan Keperawatan Anak Pada Anak Dengan Penyakit Gagal Ginjal Kronik Di RSUP Dr M Djamil Padang |
| 23 | Delvianda Rasyid | 213110096 | Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Chronic Kidney Disease (CKD) Di RSUP Dr M |

| | | | |
|----|--------------------|-----------|---|
| | | | Djamil Padang |
| 24 | Amelia Calista | 213110086 | Asuhan Keperawatan Pada Pasien DM Tipe 2 Dengan Ulkus Diabetikum Di RSUP.Dr.M.Djamil Padang |
| 25 | Atika Rizki Amalia | 213110090 | Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Kanker Payudara Di RSUP Dr.M.Djamil Padang |
| 26 | Meisya Melanni | 213110127 | Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Oksigenasi Pada Pasien Efusi Pleura Di RSUP Dr. M. Djamil Padang |
| 27 | Siti Aisyah Alfira | 213110147 | Asuhan Keperawatan Pada Pasien CKD Di RSUP Dr. M. Djamil Padang |
| 28 | Dhea Indah Putri | 213110097 | Asuhan Keperawatan Pada Pasien Sirkosis Hepatic Di RSUP Dr. M. Djamil Padang |

Direktur Politeknik Kesehatan
Kementerian Kesehatan Padang,



RENIDAYATI, S.Kp, M.Kep, Sp.Jiwa
NIP 197205281995032001

LEMBARAN DISPOSISI

Instalasi Rekam Medis

Tgl/Nomor : 15 / Sep - 2023
Asal : Sub. Koordinator Pendidikan
Isi / Ringkasan : Izin Survei Awal Atau Izin Melakukan Penelitian, an..... Achya Sidiqi

INTRUKSI / INFORMASI :

Apri Ferry Anst.

Mohon dipelajari dan

ditindaklanjuti

tersebut ts 15/9/23

DITERUSKAN KEPADA :

- Ka. Instalasi Rekam Medis
- Sekretaris Rekam Medis
- Sub P.J. Administrasi
- Sub P.J. Logistik
- P.J. Rekam Medis IGD
- P.J. Rekam Medis Rawat Jalan
- P.J. Pengelolaan Rekam Medis Rawat Inap
- P.J. Monitoring Evaluasi Rekam Medis & Pelaporan
- _____



RSUP DR. M. DJAMIL PADANG
DIREKTORAT SDM, PENDIDIKAN DAN UMUM
KELOMPOK SUBSTANSI PENDIDIKAN & PENELITIAN

Jalan Perintis Kemerdekaan Padang -25127 Telp. (0751) 32371, 810253, 810254, ext 245

Email : didat.mdjamil@yahoo.com

NOTA DINAS

Nomor: DP.03.01/XVI.1.3.2//Fy3 /IX/2023

Yth. : 1. Ka. Instalasi Pusat Jantung
2. Ka. Instalasi Rekam Medis

Dari : Sub Koordinator Penelitian dan Pengembangan
Hal : Izin Survei Awal
Tanggal : 11 September 2023

Sehubungan dengan peneliti tersebut di bawah ini akan melakukan studi pendahuluan guna menyusun proposal penelitian, maka dengan ini kami mohon bantuannya untuk memberikan data awal/keterangan kepada:

Nama : Adilla Salsabila
NIM/BP : 2131100881
Institusi : DIII Program Studi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang

Untuk mendapatkan informasi di Bagian Bapak/Ibu dalam rangka melakukan penelitian dengan judul:

"Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Oksigen pada Pasien dengan CHF di Bangsal Jantung RSUP Dr. M. Djamil Padang "

Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

acc ut Dayani
Su 15/9/23

dr. Hendra Permana. Sp.S(K). M.Biomed



RSUP DR. M. DJAMIL PADANG
DIREKTORAT SDM, PENDIDIKAN DAN UMUM
KELOMPOK SUBSTANSI PENDIDIKAN & PENELITIAN

Jalan Perintis Kemerdekaan Padang -25127 Telp. (0751) 32371, 810253, 810254, ext 245

Email : dkiat.mdjamil@yahoo.com

NOTA DINAS

Nomor: DP.03.01/XVI.1.3.2/IX/2023

Yth. Ka. Instalasi Pusat Jantung

Dari : Sub Koordinator Penelitian dan Pengembangan
Hal : Izin Survei Awal
Tanggal : 11 September 2023

Sehubungan dengan peneliti tersebut di bawah ini akan melakukan studi pendahuluan guna menyusun proposal penelitian, maka dengan ini kami mohon bantuannya untuk memberikan data awal/keterangan kepada:

Nama : Adilla Salsabila
NIM/BP : 2131100881
Institusi : DIII Program Studi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang

Untuk mendapatkan informasi di Bagian Bapak/Ibu dalam rangka melakukan penelitian dengan judul:

"Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Oksigen pada Pasien dengan CHF di Bangsal Jantung RSUP Dr. M. Djamil Padang "

Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

dr. Hendra Permana, Sp.S(K), M.Biomed

Acep
Ditakuba
Byakul - Data awal

Tgl: 15/9-2023
ka. SF

Ms. Lina Yermi Parfina, S.Kep
SPP: 1136/091/044/14/2023

NOTA DINAS

Nomor: DP.04.03/D.XVI.2.3/ 25> /2024

Yth. : Ka. Instalasi Pusat Jantung
Dari : Asisten Manajer Penelitian
Hal : Izin Melakukan Penelitian
Tanggal : 22 Februari 2024

Sehubungan dengan surat Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Padang Nomor. PP.03.01/1910/2024 tanggal 27 Januari 2024 perihal tersebut di atas, bersama ini kami kirimkan peneliti:

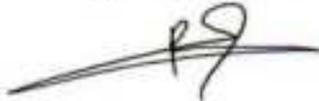
Nama : Adilla Salsabila
NIM/BP : 213110081
Institusi : DIII Program Studi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang

Untuk melakukan penelitian di Instalasi yang Bapak/Ibu pimpin dalam rangka pembuatan karya tulis/skripsi/tesis dengan judul :

"Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Oksigen pada Pasien CHF di Ruangang Bangsal Jantung RSUP Dr. Mjamil Padang Tahun 2024 "

Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Sub - PJ MUTU IPST.



Ns. Rosi Setib Asko, S.Kep

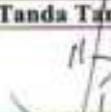
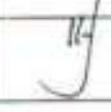


Ns. Alfitri, M.Kep, Sp.MB

Note : Mohon disampaikan kembali apabila yang bersangkutan telah selesai pengambilan data penelitian

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

Nama : Adilla Salsabila
 NIM : 213110081
 Pembimbing I : Efitra S.Kep, M.Kep
 Judul : Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Oksigen pada Pasien dengan Congestive Heart Failure (CHF) di Bangsal Jantung RSUP DR. M. Djamil Padang

| NO | Tanggal | Kegiatan Atau Saran Pembimbing | Tanda Tangan |
|----|------------|--|---|
| 1 | 22/08/2023 | Konsultasi judul/Masalah penelitian |  |
| 2 | 28/08/2023 | Acc Judul KTI/Identifikasi masalah KTI |  |
| 3 | 22/11/2023 | BAB I |  |
| 4 | 29/11/2023 | BAB I |  |
| 5 | 14/12/2023 | BAB I dan BAB II |  |
| 6 | 21/12/2023 | BAB I, BAB II dan BAB III |  |
| 7 | 22/12/2023 | BAB I, BAB II, dan BAB III |  |
| 8 | 28/12/2023 | BAB I, BAB II dan BAB III |  |
| 9 | 29/12/2023 | ACC untuk sidang |  |
| 10 | 10/01/2024 | Perbaikan KTI |  |

| | | | |
|----|------------|-------------------------------|---|
| 11 | 15/01/2024 | Revisi Proposal KTI |  |
| 10 | 2/04/2024 | Bimbingan format Askep |  |
| 11 | 4/04/2024 | BAB III dan BAB IV |  |
| 12 | 21/04/2024 | BAB III, BAB IV dan BAB V |  |
| 14 | 21/05/2024 | BAB I, II, III, IV dan BAB V |  |
| 15 | 27/05/2024 | BAB I, II, III, IV dan BAB V |  |
| 16 | 30/05/2024 | BAB I, II, III, IV, dan BAB V |  |
| 17 | 1/06/2024 | ACC sidang KTI |  |

Mengetahui
KA Prodi DIII Keperawatan Padang



Ns. Yessi Fadriyanti, S. Kep. M. Kep
NIP.19750121 199903 2 005

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

Nama : Adilla Salsabila
Nim : 213110081
Pembimbing II : Herwati, SKM, M. Biomed
Judul : Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Oksigen pada Pasien dengan Congestive Heart Failure (CHF) di Bangsal Jantung RSUP DR. M. Djamil Padang

| NO | Tanggal | Kegiatan Atau Saran Pembimbing | Tanda Tangan |
|----|------------|--|---|
| 1 | 28/08/2023 | Konsul judul, ACC judul |  |
| 2 | 23/11/2023 | Konsul BAB I |  |
| 3 | 27/11/2023 | Konsul BAB I, II |  |
| 4 | 29/11/2023 | Konsul BAB I, II, III |  |
| 5 | 05/12/2023 | Konsul BAB I, II, III |  |
| 6 | 14/12/2023 | Konsul BAB I, II, III, daftar pustaka dan lampiran |  |
| 7 | 27/12/2023 | Konsul BAB I, II, III |  |
| 8 | 28/12/2023 | ACC ujian proposal |  |
| 9 | 10/01/2024 | Perbaikan proposal KTI |  |
| 10 | 15/01/2024 | Revisi proposal KTI |  |
| 11 | 26/03/2024 | Konsul BAB III, IV |  |

| | | | |
|----|------------|--|---|
| 12 | 28/03/2024 | Konsul BAB III, IV |  |
| 13 | 5/04/2024 | Konsul BAB III, IV, V |  |
| 14 | 20/04/2024 | Konsul BAB I, II, III, IV, V, abstrak, daftar pustaka dan lampiran |  |
| 15 | 21/05/2024 | Konsul BAB I, II, III, IV, V, abstrak, daftar pustaka dan lampiran |  |
| 16 | 27/05/2024 | ACC untuk sidang |  |

Mengetahui
KA Prodi DIII Keperawatan Padang



Ns. Yessi Fadriyanti, S.Kep.M.Kep
NIP.19750121 199903 2 005

SURAT PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada, Yth.

Calon Responden penelitian

Di tempat

Dengan hormat,

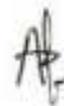
Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Adilla Salsabila
Nim : 213110081
Jurusan : D3 Keperawatan

Bermaksud akan mengadakan penelitian dengan judul "**Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Oksigen pada Pasien Congestive Heart Failure (CHF) Di Bangsal Jantung RSUP Dr M Djamil Padang**"

Penelitian ini tidak akan menimbulkan akibat yang merugikan bagi responden. Semua informasi dari hasil penelitian akan dijaga kerahasiaannya dan hanya dipergunakan untuk kepentingan penelitian. Jika saudara/l bersedia, maka saya mohon kesediaan untuk mendatangi lembar persetujuan yang saya lampirkan. Atas perhatian dan ketersediaannya menjadi responden saya ucapkan terimakasih.

Hormat saya,



Adilla Salsabila

INFORMED CONCENT

(Lembar Persetujuan)

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Responden : *Mardenis*

Umur/Tgl. Lahir : *77 tahun / 15 Februari 1947*

Penanggung Jawab : *Ardhi*

Hubungan : *Anak Pasien*

Setelah mendapatkan penjelasan dari saudara peneliti, saya bersedia menjadi reponden pada penelitian atas nama Adilla Salsabila, Nim 213110081, Mahasiswa Prodi D-III Keperawatan Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang.

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

Padang, *1 Maret*2024

Responden

Ardhi

(*Ardhi. Lhaman.*)



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 : Adilla Salsabila
NIM : 213110081
RUANGAN PRAKTIK : Bangsal Jantung

A. IDENTITAS KLIEN DAN KELUARGA

1. Identitas Klien

Nama : Ny. M
Umur : 77 tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Pendidikan : SLTA
Alamat : Padang

2. Identifikasi Penanggung jawab

Nama : Tn. A
Pekerjaan : Wiraswasta
Alamat : Padang
Hubungan : Anak pasien

3. Diagnosa Dan Informasi Medik Yang Penting Waktu Masuk

Tanggal Masuk : 29 Februari 2024
No. Medical Record : 00.68.45.17
Ruang Rawat : Bangsal Jantung HCU 4
Diagnosa Medik : CHF
Yang mengirim/merujuk : Keluarga

Alasan Masuk : Sesak napas meningkat sejak 1 hari sebelum masuk RS, sesak napas dirasakan sejak 1 bulan sebelum masuk RS

4. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat Kesehatan Sekarang

- Keluhan Utama Masuk : Klien masuk ke RSUP Dr. M. Djamil Padang melalui IGD pada tanggal 29 Februari 2024 jam 13.00 Wib dengan keluhan utama sesak napas meningkat sejak 1 hari sebelum masuk RS. Sesak dirasakan terus menerus sejak 1 bulan ini.

- Keluhan Saat Ini (Waktu Pengkajian) : Pada saat pengkajian dilakukan tanggal 1 Maret 2024 jam 08.00 Wib, klien mengatakan napas masih terasa sesak, sesak bertambah saat pasien miring kiri dan kanan serta saat istirahat. Klien juga mengatakan badannya terasa lemah, klien mengeluh tidak nafsu makan dan tidak bisa beristirahat pada malam hari karena sesak napas.

b. Riwayat Kesehatan Yang Lalu : Klien mengatakan 10 tahun yang lalu pernah operasi saraf terjepit. Pasien mengatakan 5 tahun yang lalu mengidap penyakit hipertensi dan tidak pernah control rutin ke fasilitas kesehatan. Klien memiliki kebiasaan mengkonsumsi makanan yang asin dan berminyak seperti gorengan dan makanan yang bersantan.

- c. Riwayat Kesehatan Keluarga : Klien mengatakan ibu dan kakak laki-lakinya meninggal karena sakit jantung.
- d. Riwayat Psikososial : Klien mengatakan cemas dengan penyakitnya, dan merasa tidak tenang.

5. Kebutuhan Dasar

a. Makan

Sehat : Klien makan 3x sehari, klien sering mengkonsumsi makanan yang asin dan berminyak seperti gorengan dan makanan bersantan.

Sakit : Klien tidak nafsu makan dan porsi makanan yang dihabiskan hanya sedikit. Klien mendapatkan terapi diet jantung III via oral 3x sehari.

b. Minum

Sehat : Klien minum 7-8 gelas/hari

Sakit : Klien minum 4-5 gelas/hari

c. Tidur

Sehat : Klien mengatakan saat sehat tidur 7-8jam dan tidak mengalami gangguan saat tidur.

Sakit : Klien mengatakan tidur hanya 3-4jam/hari karena napas nya yang sesak pada malam hari.

d. Mandi

Sehat : Klien mengatakan mandi 2kali sehari secara mandiri

Sakit : Klien mengatakan mandi 1kali sehari dengan bantuan keluarga/perawat

e. Eliminasi

| | |
|-------|--|
| Sehat | : Klien mengatakan BAB 1x sehari dengan konsistensi feses lunak, warna kuning kecoklatan dan bau khas feses, BAK 6-7x sehari, warna urin kuning |
| Sakit | : Klien mengatakan BAB 1x sehari konsistensi feses lunak, warna kuning kecoklatan dan bau khas feses. Output urin klien 1.600/hari, klien terpasang kateter urin |

f. Aktifitas pasien

| | |
|-------|--|
| Sehat | : Klien mengatakan bekerja sebagai Ibu Rumah Tangga dan bisa melakukan aktivitas secara mandiri |
| Sakit | : Klien mengatakan tidak dapat bekerja karena napas yang sesak dan badannya terasa lemah. Aktivitas dibantu oleh perawat/keluarga. |

6. Pemeriksaan Fisik

| | |
|------------------------|--|
| - Tinggi / Berat Badan | : 160 cm / 76 kg |
| - Tekanan Darah | : 145/80 mmHg |
| - Suhu | : 37 ⁰ C |
| - Saturasi Oksigen | : 96% |
| - Nadi | : 108 X / Menit |
| - Pernafasan | : 40X / Menit |
| - Rambut | : Berwarna putih sebagian. Tampak kering, pendek dan lurus, kulit kepala bersih |
| - Telinga | : Simetris kiri dan kanan, tidak ada penumpukan serumen, pendengaran sudah mulai berkurang |

- pada telinga sebelah kanan, tidak memakai alat bantu pendengaran
- Mata : Simetris kiri dan kanan, konjungtiva anemis, sklera ikterik, tidak menggunakan alat bantu penglihatan
 - Hidung : Napas terlihat sesak, klien terpasang O2 NRM 10 l/menit
 - Mulut : Mukosa bibir kering
 - Leher : Adanya pembesaran vena jugularis 5+3cmH2O
 - Toraks : I : ictus cordis tidak terlihat
 P: fremitus sama kanan dan kiri
 P: Atas : R1c IV, Bawah : RIC V
 A: S1 S2 reguler, tidak ada murmur dan gallop
 - Abdomen : I : Normal, tidak ada bekas operasi
 P: Tidak ada nyeri tekan
 P: Timpani
 A: Bising usus +
 - Kulit : Kulit tampak kering dan pucat
 - Ekstremitas : Atas : Tidak tampak edema, CRT <2 detik, akral teraba hangat
 Bawah : Tidak terdapat edema kaki kanan dan kiri, akral teraba hangat

7. Data Psikologis

Status emosional : Klien tampak tidak tenang saat proses pengkajian karena sesak napas.

Kecemasan : Klien tampak cemas saat proses pengkajian

- Pola koping : Mampu menyesuaikan diri walaupun ada perasaan cemas
- Gaya komunikasi : Pasien berbicara lambat, karena sesak. Pasien kooperatif dan mudah untuk diajak berkomunikasi saat pengkajian dan tidak bersifat tertutup
- Konsep Diri : Klien mampu mengontrol diri dan tetap sabar dengan penyakitnya, dan berharap cepat kembali beraktivitas seperti semula
8. Data Ekonomi Sosial : Klien merupakan Ibu Rumah Tangga, untuk biaya kehidupan sehari-hari pasien dibantu oleh anak-anak nya, untuk pembayaran rumah sakit menggunakan BPJS.
9. Data Spiritual : Pasien mengatakan bahwa ia beragama islam, saat sakit ibadah nya tetap berjalan lancar.
10. Lingkungan Tempat Tinggal
- Tempat pembuangan kotoran : Pembuangan kotoran di tanki
- Tempat pembuangan sampah : Dibuang di TPS umum yang berada tidak jauh dari gang rumah nya
- Pekarangan : Bersih dan tidak ada sampah
- Sumber air minum : Air minum berasal dari PDAM
- Pembuangan air limbah : Dialirkan ke bak penampungan
11. Pemeriksaan laboratorium / pemeriksaan penunjang

| Tanggal | Pemeriksaan | Hasil | Satuan | Nilai Rujukan |
|------------|-------------|-------|--------------------|---------------|
| 01/03/2024 | Hemoglobin | 11.3 | g/dL | 12.0 – 14.0 |
| | Leukosit | 6.15 | $10^3/\text{mm}^3$ | 5.0 – 10.0 |
| | Trombosit | 195 | $10^3/\text{mm}^3$ | 150 – 400 |
| | Hematokrit | 33 | % | 37.0 – 43.0 |
| | Eritrosit | 3.37 | $10^6/\text{uL}$ | 4.00 – 4.50 |
| | MCV | 98 | fL | 82.0 – 92.0 |
| | MCH | 33 | Pg | 27.0 – 31.0 |

| | | | | |
|--|--------------------|----------------|--------|--|
| | MCHC | 34 | % | 32.0 – 36.0 |
| | RDW-CV | 15.6 | % | 11.5 – 14.5 |
| | Basofil | 0.00 | % | 0 – 1 |
| | Eosinofil | 5 | % | 1 – 3 |
| | Neutrofil Batang | 0.00 | % | 2.0 – 6.0 |
| | Neutrofil Segmen | 49 | % | 50.0 – 70.0 |
| | Limfosit | 39 | % | 20.0 – 40.0 |
| | Monosit | 7 | % | 2.0 – 8.0 |
| | Albumin | 3.3 | g/dL | 3.3 – 5.0 |
| | Kolesterol total | 137 | mg/dL | < 200 |
| | Kolesterol HDL | 43 | mg/dL | >40 |
| | Kolesterol LDL | 76 | mg/dL | <100 |
| | Trigliserida | 91 | mg/dL | <150 |
| | SGOT | 28 | U/L | <32 |
| | SGPT | 18 | U/L | <31 |
| | Kalsium | 8.0 | mg/dL | 8.1 – 10.4 |
| | Ureum Darah | 17 | mg/dL | 10 – 50 |
| | Kreatinin Darah | 0.7 | mg/dL | 0.6 – 1.2 |
| | Troponin I | 10 | ng/L | <2 : Rute Out MCI 2 – 100 : Borderline >100 : Rule In MCI |
| | Gula darah sewaktu | 147 | mg/dL | 50 – 200 |
| | Natrium | 141 | mmol/L | 136 – 145 |
| | Kalium | 3.9 | mmol/L | 3.5 – 5.1 |
| | Klorida | 111 | mmol/L | 97 - 111 |
| | hBsAg | Non Reaktif | | Non Reaktif |
| | pH | 7.33 | | 7.35-7.45 |

| | | | | |
|--|-------------------------------|------|--------|--------------------|
| | pCO ₂ | 30 | mm Hg | 35 – 45 |
| | pO ₂ | 73 | mm Hg | 83 – 108 |
| | SO ₂ | 96 | % | 95 – 98 |
| | HCT | 38 | % | 35 – 51 |
| | HCO ₃ ⁻ | 31.8 | mmol/L | 18 – 23 |
| | TCO ₂ | 33.0 | mmol/L | 22 – 29 |
| | BE _{ecf} | 8.9 | mmol/L | 22 – 29 |
| | BE (B) | 8.3 | mmol/L | (-2.0) – (+3.0) |

a. Pemeriksaan Diagnostik :

- Pemeriksaan Radiologi : Rontgen

12. Program Terapi Dokter

| No | Nama Obat | Dosis | Cara |
|-----|----------------|------------|------|
| 1. | RL | 500/24 jam | IV |
| 2. | NTG | 10 mg/jam | IV |
| 3. | Furosemid | 2 x 20 mg | IV |
| 4. | Lovenox | 2 x 0,4 cc | IV |
| 5. | Levofloxacin | 1 x 750 mg | IV |
| 6. | Spirolactone | 1 x 25 mg | PO |
| 7. | Aspilet | 1 x 80 mg | PO |
| 8. | Atorvastatin | 1 x 40 mg | PO |
| 9. | Asetilsistein | 2 x 200 mg | PO |
| 10. | Ranitidin | 2 x 50 mg | PO |
| 11. | CPG | 1 x 75 mg | PO |
| 12. | Ramipril | 1 x 2,5 mg | PO |
| 13. | Asetolazolamid | 3 x 250 mg | PO |
| 14. | Klopidogrel | 1 x 75 mg | PO |

ANALISA DATA

NAMA PASIEN : Ny. M
NO. MR : 00.68.45.17

| NO | DATA | PENYEBAB | MASALAH |
|----|---|---|----------------------------|
| 1. | <p>Gejala dan Tanda Mayor</p> <p>Subjektif :</p> <p>a. Pasien mengeluh sesak napas</p> <p>Objektif :</p> <p>a. PCO₂ meningkat/menurun PCO₂ : 30 mmHg</p> <p>b. PO₂ menurun PO₂ : 73 mmHg</p> <p>c. Takikardia N : 108x/menit</p> <p>d. pH arteri meningkat/menurun pH : 7.33 mg/dL</p> | Perubahan membrane alveolus - kapiler | Gangguan pertukaran gas |

DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN

NAMA PASIEN : Ny. M

NO. MR : 00.68.45.17

| Tanggal Muncul | No | Diagnosa Keperawatan | Tanggal Teratasi | Tanda Tangan |
|----------------|----|--|------------------|--------------|
| 1/03/2024 | 1. | Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membrane alveolus – kapiler | 6/03/2024 | |

PERENCANAAN KEPERAWATAN

NAMA PASIEN : Ny. M
 NO. MR : 00.68.45.17

| No | Diagnosa Keperawatan | Perencanaan | |
|----|---|--|---|
| | | Tujuan (SLKI) | Intervensi (SIKI) |
| 1. | Gangguan pertukaran gas b.d perubahan membrane alveolus – kapiler | Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pertukaran gas meningkat, dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> a. Dyspnea menurun b. Bunyi napas tambahan menurun c. PCO2 membaik d. PO2 membaik e. Takikardia membaik f. pH arteri membaik g. Pola napas membaik | Pemantauan Respirasi <i>Observasi :</i> <ol style="list-style-type: none"> a. Monitor frekuensi, napas b. Monitor pola napas c. Monitor saturasi oksigen d. Monitor nilai AGD <i>Terapeutik :</i> <ol style="list-style-type: none"> a. Dokumentasikan hasil pemantauan <i>Edukasi :</i> <ol style="list-style-type: none"> a. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu Terapi Oksigen <i>Observasi :</i> <ol style="list-style-type: none"> a. Monitor kecepatan aliran oksigen b. Monitor tingkat kecemasan saat pemberian oksigen <i>Terapeutik :</i> <ol style="list-style-type: none"> a. Berikan pasien posisi semi fowler dengan kaki kebawah atau posisi nyamn b. Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | <p>(relaksasi nafas dalam)</p> <p><i>Edukasi :</i></p> <ul style="list-style-type: none">a. Ajarkan pasien dengan cara membatasi aktivitas dengan istirahatb. Anjurkan pasien beraktivitas fisik secara bertahapc. Anjurkan pasien berhenti merokok <p><i>Kolaborasi :</i></p> <ul style="list-style-type: none">a. Kolaborasi penentuan dosis oksigenb. Kolaborasi pemberian diuretic. |
|--|--|--|--|

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN

NAMA PASIEN : Ny. M
 NO. MR : 00.68.45.17

| Hari /Tgl | Diagnosa Keperawatan | Implementasi Keperawatan | Evaluasi Keperawatan (SOAP) | Paraf |
|-----------|-------------------------|---|---|-------|
| 1/03/2024 | Gangguan pertukaran gas | <ul style="list-style-type: none"> - Melakukan pengkajian - Mengukur TTV - Memberikan terapi oksigen sesuai prosedur (NRM 10 L/menit) - Mengatur posisi pasien semi fowler atau fowler dengan menaikkan bed pasien pada bagian kepala setinggi 45⁰ - Mengajarkan pasien melakukan Teknik relaksasi napas dalam - Memeriksa saturasi oksigen - Menghitung frekuensi napas - Memantau pola napas - Memantau | <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. pasien mengatakan napasnya terasa sesak <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien tampak sesak b. Pasien tampak menggunakan oksigen NRM 10 L/menit c. RR : 40 kali/menit (takipnea) d. Nadi : 108 kali/menit e. Saturasi oksigen 96% f. Nilai AGD <ul style="list-style-type: none"> - PCO₂ : 30 mmHg - PO₂ : 73 mmHg - HCO₃ : 31.8 mmol/L - pH : 7.33 <p>A : Masalah gangguan pertukaran gas belum teratasi, ditandai dengan dyspnea meningkat, nilai AGD memburuk, takikardi cukup memburuk, pola napas memburuk</p> <p>P :</p> | |

| | | | | |
|-----------|-------------------------|---|--|--|
| | | <p>nilai AGD</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memberikan obat | <p>Intervensi dilanjutkan dengan memberikan oksigen NRM 10L/menit, memposisikan pasien semi fowler, menghitung frekuensi napas, mengajarkan Teknik napas dalam, memantau pola napas, memeriksa saturasi oksigen, menghitung frekuensi napas dan pemberian obat.</p> | |
| 2/03/2024 | Gangguan pertukaran gas | <ul style="list-style-type: none"> a. Mengatur posisi pasien semi fowler atau fowler dengan menaikkan bed pasien bagian kepala setinggi 45⁰ b. Memberikan terapi oksigen sesuai dengan prosedur (NRM 10L/menit) c. Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam d. Memantau nilai AGD e. Memantau pola napas f. Menghitung frekuensi nafas g. Memeriksa saturasi oksigen h. Memberikan | <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien mengatakan napasnya masih terasa sesak <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien tampak sesak b. Pasien tampak menggunakan oksigen NRM 10 L/menit c. Nadi : 100 kali/menit d. RR : 35 kali/menit (takipnea) e. Saturasi oksigen 97% <p>A : Masalah gangguan pertukaran gas belum teratasi, ditandai dengan dyspnea cukup meningkat, AGD belum membaik, takikardi membaik, pola napas cukup membaik</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan dengan memberikan oksigen NRM 10L/menit, memposisikan pasien</p> | |

| | | | | |
|-----------|-------------------------|---|--|--|
| | | obat | semi fowler, menghitung frekuensi napas, mengajarkan Teknik napas dalam, memantau pola napas, memeriksa saturasi oksigen dan pemberian obat. | |
| 3/03/2024 | Gangguan pertukaran gas | <ul style="list-style-type: none"> a. Mengatur posisi pasien semi fowler atau fowler dengan menaikkan bed pasien bagian kepala setinggi 45⁰ b. Memberikan terapi oksigen sesuai dengan prosedur (NRM 10L/menit) c. Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam d. Menghitung frekuensi nafaas e. Memeriksa saturasi oksigen f. Memantau nilai AGD g. Memantau pola napas h. Memberikan obat | <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien mengatakan napasnya masih terasa sesak <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien tampak sesak b. Pasien tampak menggunakan oksigen NRM 10 L/menit c. Nadi : 98 kali/menit d. RR : 30 kali/menit (takipnea) e. Saturasi oksigen 98% <p>A : Masalah gangguan pertukaran gas belum teratasi, ditandai dengan dyspnea sedang, nilai AGD belum membaik, takikardi membaik, pola napas cukup memburuk</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan dengan pemberian nasal kanul 4 L/menit, mengatur posisi pasien semi fowler, mengajarkan teknik napas dalam, memantau pola napas, memeriksa saturasi oksigen, menghitung frekuensi napas dan</p> | |

| | | | | |
|-----------|-------------------------|---|---|--|
| | | | pemberian obat. | |
| 4/03/2024 | Gangguan pertukaran gas | <ul style="list-style-type: none"> a. Mengatur posisi pasien semi fowler atau fowler dengan menaikkan bed pasien bagian kepala setinggi 45⁰ b. Memberikan terapi oksigen dengan nasal kanul (4L/menit) c. Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam d. Menghitung frekuensi napas e. Memeriksa saturasi oksigen f. Memantau pola napas g. Memantau nilai AGD h. Memberikan obat | <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien mengatakan masih terasa sesak, tetapi sudah berkurang dari sebelumnya <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien tampak sesak b. Pasien tampak menggunakan oksigen nasal kanul 4L/menit c. RR : 28x/menit (takipnea) d. Nadi : 96x/menit e. Saturasi oksigen 98% <p>A :Masalah gangguan pertukaran gas belum teratasi ditandai dengan dyspnea cukup menurun, nilai AGD belum membaik, takikardi membaik, pola napas sedang</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan dengan pemberian oksigen nasal kanul 4L/menit, mengatur posisi pasien semi fowler, ajarkan Teknik napas dalam, memantau pola napas, memeriksa saturasi oksigen, menghitung frekuensi napas dan pemberian obat.</p> | |
| 5/03/2024 | Gangguan pertukaran gas | <ul style="list-style-type: none"> a. Mengatur posisi pasien semi fowler | <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien mengatakan | |

| | | | | |
|-----------|-------------------------|---|--|--|
| | | <p>atau fowler dengan menaikkan bed pasien bagian kepala setinggi 45⁰</p> <p>b. Memberikan terapi oksigen dengan nasal kanul (4 L/menit)</p> <p>c. Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam</p> <p>d. Menghitung frekuensi napas</p> <p>e. Memeriksa saturasi oksigen</p> <p>f. Memantau nilai AGD</p> <p>g. Memantau pola napas</p> <p>h. Memberikan obat</p> | <p>sesak timbul sesekali</p> <p>O :</p> <p>a. Pasien tampak menggunakan oksigen nasal kanul (4L/menit)</p> <p>b. RR : 26x/menit (takipnea)</p> <p>c. HR : 95 x/menit</p> <p>d. Saturasi oksigen 98%</p> <p>A :</p> <p>Masalah gangguan pertukaran gas belum teratasi, ditandai dengan dyspnea cukup menurun, takikardi membaik, pola napas cukup membaik</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan dengan pemberian oksigen nasal kanul 4L/menit, mengatur posisi pasien semi fowler, ajarkan Teknik napas dalam, memantau pola napas, memeriksa saturasi oksigen, menghitung frekuensi napas dan pemberian obat.</p> | |
| 6/03/2024 | Gangguan pertukaran gas | <p>a. Mengatur posisi pasien semi fowler atau fowler dengan menaikkan bed pasien bagian kepala setinggi 45⁰</p> <p>b. Memberikan</p> | <p>S :</p> <p>a. Pasien mengatakan napas nya sudah tidak sesak</p> <p>O :</p> <p>a. RR : 24x/menit</p> <p>b. HR : 93x/menit</p> <p>c. Saturasi oksigen 99%</p> | |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | <p>terapi oksigen dengan nasal kanul (4 L/menit)</p> <p>c. Mengevaluasi teknik relaksasi napas dalam</p> <p>d. Menghitung frekuensi nafas</p> <p>e. Memantau saturasi oksigen</p> <p>f. Memantau nilai AGD</p> <p>g. Memantau pola napas</p> <p>h. Memberikan obat</p> | <p>d. Hasil AGD membaik</p> <ul style="list-style-type: none"> - pH : 7.45 - PCO2 : 38 mmHg - PO2 : 95 mmHg <p>A : Masalah gangguan pertukaran gas sudah teratasi ditandai dengan dyspnea menurun, nilai AGD membaik, takikardi membaik, pola napas membaik</p> <p>P : Intervensi dihentikan, pasien dianjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, menganjurkan untuk melakukan pengaturan posisi semi fowler/fowler jika terjadi sesak napas, menganjurkan untuk melakukan Teknik napas dalam dan memperbanyak istirahat, serta patuh dalam mengkonsumsi diet yang telah dianjurkan.</p> | |
|--|--|--|--|--|

POLTEKKES KEMENKES PADANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG

DAFTAR HADIR PENELITIAN

Nama : Adilla salsabila
Nim : 213110081
Institusi : Poltekkes Kemenkes Padang
Ruangan : Bangsal jantung RSUP Dr. M. Djamil Padang

| NO | Hari/Tanggal | Tanda Tangan Petugas |
|----|-----------------------|--|
| 1 | Jumat / 1 Maret 2024 | <u>Ns. Farida, S.Kep</u> SIPK 1218/891/DEK/16/2022 F= |
| 2 | Sabtu / 2 Maret 2024 | <u>Ns. Farida, S.Kep</u> SIPK 1218/891/DEK/16/2022 F= |
| 3 | Minggu / 3 Maret 2024 | <u>Ns. Farida, S.Kep</u> SIPK 1218/891/DEK/16/2022 F= |
| 4 | Senin / 4 Maret 2024 | <u>Reny Relfy, A.Md.Kep</u> SIPK 1218/891/DEK/16/2022 |
| 5 | Selasa / 5 Maret 2024 | <u>Rs. Relfy, A.Md.Kep</u> SIPK 1218/891/DEK/16/2022 |
| 6 | Rabu / 6 Maret 2024 | <u>Reny Relfy, A.Md.Kep</u> SIPK 1218/891/DEK/16/2022 |
| | | <u>Reny Relfy, A.Md.Kep</u> SIPK 1218/891/DEK/16/2022 |

Mengetahui,
Kepala Ruangan


(Ns. Dila Mutiara Sukma, S.Kep
SIPK 214222/2017/DEK/16/2022)



Kementerian Kesehatan
RS M. Djamil

Jalan Perintis Kemerdekaan Padang
(0751) 895666
<https://rsdjamil.co.id>

SURAT KETERANGAN
DP.04.03/D.XVI.2.3/f.bs.J2024

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ns. Alfriti, M.Kep. Sp.MB
NIP : 197510102002121003
Jabatan : Asisten Manajer Penelitian

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : Adilla Salsabila
NIM/BP : 213110081
Institusi : DIII Program Studi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang

Telah selesai melakukan penelitian di Instalasi Pelayanan Jantung Terpadu RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tanggal 01 Maret 2024 s/d 06 Maret 2024, guna pembuatan karya tulis/skripsi/tesis/disertasi yang berjudul :

"Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Oksigen pada Pasien CHF di Ruangang Bangsal Jantung RSUP Dr. Mjamil Padang Tahun 2024 "

Demikianlah surat keterangan ini dibuat untuk dapat digunakan seperlunya.

Padang, 31 Mei 2024

a.n. Manajer Penelitian
Asisten Manajer Penelitian

KEMENTERIAN KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENJANG PELAYANAN KESEHATAN
RSUP DR. M. DJAMIL PADANG
Ns. Alfriti, M.Kep. Sp.MB
NIP. 197510102002121003

Kementerian Kesehatan tidak menerima suap dan/atau gratifikasi dalam bentuk apapun. Jika terdapat potensi suap atau gratifikasi silahkan laporkan melalui HALO KEMENKES 1500667 dan <https://wa.kemkes.go.id>. Untuk verifikasi keaslian tanda tangan elektronik, silahkan unggah dokumen pada laman <https://e.keminfo.go.id/verifPDF>.

KTI ADILLA SALSABILA 2

ORIGINALITY REPORT

18%

SIMILARITY INDEX

17%

INTERNET SOURCES

4%

PUBLICATIONS

6%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

| | | |
|----------|--|---------------|
| 1 | pustaka.poltekkes-pdg.ac.id Internet Source | 6% |
| 2 | www.scribd.com Internet Source | 2% |
| 3 | knepublishing.com Internet Source | 1% |
| 4 | Submitted to Badan PPSDM Kesehatan Kementerian Kesehatan Student Paper | 1% |
| 5 | www.pjnhk.go.id Internet Source | 1% |
| 6 | 123dok.com Internet Source | 1% |
| 7 | bangeud.blogspot.com Internet Source | <1% |
| 8 | repository.poltekkes-tjk.ac.id Internet Source | <1% |
| 9 | docobook.com Internet Source | <1% |