

**PENERAPAN POSISI SEMI FOWLER UNTUK MENINGKATKAN
SATURASI OKSIGEN DALAM ASUHAN KEPERAWATAN
PADA PASIEN *CONGESTIVE HEART FAILURE*
(CHF) DI RUANGAN BANGSAL JANTUNG
RSUP DR. M. DJAMIL PADANG**

KARYA TULIS AKHIR

Dijukan Pada Program Studi Pendidikan Profesi Ners Kemenkes
Poltekkes Padang Sebagai Persyaratan Dalam Menyelesaikan
Pendidikan Profesi Ners



OLEH :

EADHIL MUHAMMAD YUSRI, S.Te.Kep
NIM. 233410008

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
KEMENKES POLTEKKES PADANG
TAHUN 2024**

BALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Akhir (KTA) ini diajukan oleh :

Judul Karya Tulis Akhir : Penerapan Posisi Semi Fowler Untuk Meningkatkan Saturasi Oksigen Dalam Asuhan Keperawatan Pada Pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) Di Ruang Rawat Jantung RSUD Dr. M. Djansil Padang

Nama : Fadhil Muhammad Yusril, S.Tr.Kep

Nim : 233410068

Karya Tulis Akhir ini telah disetujui untuk diseminarkan dihadapan Tim Penguji Prodi Pendidikan Profesi Ners Kemenkes Politeknik Kesehatan Padang

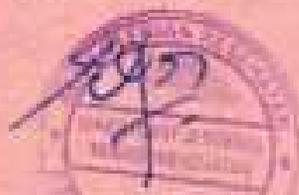
Padang, 30 Mei 2024

Komisi Pembimbing :



(Ns. Sila Dewi Anggremi, S.Pd, M. Kep, Sp. KMB)
NIP. 19700327 199303 2 002

Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners



(Ns. Elvija Merti, M.Kep, Sp. Kep.Mat)
NIP. 19800423 200212 2 001

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Akhir (KTA) ini diajukan oleh :

Judul Karya Tulis Akhir : Penerapan Posisi Semi Fowler Untuk Meningkatkan Saturasi Oksigen Dalam Asuhan Keperawatan Pada Pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) Di Ruang Rawat Jantung RSUD Dr. M. Djamil Padang

Nama : Fadhl Muhammad Yusril, S.Tr.Kep

Nim : 233410068

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji KTA dan diterima sebagai salah satu persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar profesi Ners pada Program Studi Pendidikan Profesi Ners Jurusan Keperawatan Kemenkes Politeknik Kesehatan Padang.

DEWAN PENGUJI

Ketua Penguji : Ns. Nova Yanti, M.Kep, Sp.Kep.MB

Anggota Penguji : Misfatra Noor, M.Kep, Ns, Sp.Kep.MB

Anggota Penguji : Ns. Sila Dewi Anggrani, S.Pd.M. Kep, Sp. KMB

()
()
()

Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners



(Ns. Elysa Merti, M.Kep, Sp. Kep.Mat)
NIP. 19800425 200212 2 001

PERSYARATAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama lengkap : Fadhil Muhammad Yusril, S.Tr.Kep
NIM : 233410008
Tanggal lahir : 09 Februari 2001
Tahun masuk Profesi : 2023
Nama PA : Renidayati, S. Kp. M. Kep. Sp. Jiwa
Nama Pembimbing KTA : Nu. Sila Dewi Anggreni, S.Pd.,M. Kep. Sp. KMB

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan Karya Tulis Akhir ilmiah saya, yang berjudul Penerapan Posisi Semi Fowler Untuk Meningkatkan Saturasi Oksigen Dalam Asuhan Keperawatan Pada Pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) Di Ruangang Bangsal Jantung RSUP Dr. M. Djamil Padang.

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan tindakan plagiat, maka saya bertanggung jawab sepenuhnya dan bersedia menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Padang, Juni 2024

Yang Membuat Pernyataan



(FADHIL MUHAMMAD YUSRIL, S.Tr.Kep)
NIM, 233410008

**PENERAPAN POSISI SEMI FOWLER UNTUK MENINGKATKAN
SATURASI OKSIGEN DALAM ASUHAN KEPERAWATAN
PADA PASIEN *CONGESTIVE HEART FAILURE* (CHF)
DI RUANGAN BANGSAL JANTUNG
RSUP DR. M. DJAMIL PADANG**

KARYA TULIS AKHIR



OLEH :

FADHIL MUHAMMAD YUSRIL, S.Tr.Kep
NIM. 233410008

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
KEMENKES POLTEKKES PADANG
TAHUN 2024**

KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti ucapkan kepada Allah SWT karena atas berkat dan rahmat-Nya peneliti dapat menyelesaikan Karya Tulis Akhir ini dengan judul **“Penerapan Posisi Semi Fowler Untuk Meningkatkan Saturasi Oksigen Dalam Asuhan Keperawatan Pada Pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) Di Ruang Bangsal Jantung RSUP Dr. M. Djamil Padang”**. Peneliti menyadari bahwa, peneliti tidak akan bisa menyelesaikan Karya Tulis Akhir ini tanpa bantuan dan bimbingan Ibu **Ns. Sila Dewi Anggreni, S.Pd.,M. Kep, Sp. KMB** yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan peneliti dalam penyusunan Karya Tulis Akhir. Peneliti juga mengucapkan terimakasih kepada :

1. Ibu Renidayati, S. Kp. M. Kep. Sp. Jiwa selaku Direktur sekaligus Pembimbing Akademik Kemenkes Politeknik Kesehatan Padang
2. Bapak Dr. dr. Dovy Djanas, Sp. OG (K) selaku direktur umum dan seluruh pimpinan, staf dan perawat RSUP Dr. M. Djamil Padang yang memberikan izin lahan untuk penelitian.
3. Bapak Tasman, S. Kp. M. Kep. Sp. Kom selaku Ketua Jurusan Keperawatan Kemenkes Politeknik Kesehatan Padang.
4. Ibu Elvia Metty, S. Kep. M. Kep. Sp. Mat selaku Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners Kemenkes Politeknik Kesehatan Padang.
5. Bapak, Ibu Dosen dan Tenaga Pendidik Jurusan Keperawatan yang telah memberikan pengetahuan dan pengalaman selama perkuliahan.
6. Teristimewa kepada kedua orang tua, Ayah Nasril Efendi, S.Sos dan Mama Yusmiati, S.Sos serta saudara kandung, Kakak Annisa Utari Yusril, S.Tr.Gz, Adik Mirza Nurli Yusril yang selalu memberikan dukungan baik berupa moral, materi dan spiritual sehingga peneliti dapat menyelesaikan Karya Tulis Akhir ini.
7. Ns. Farhana Elvi, S.Tr.Kep dan Ns. Feby Aprilia, S.Tr.Kep yang telah banyak membantu peneliti selama proses Profesi Ners dalam satu tahun ini
8. Teman-teman seperjuangan Angkatan 2023 Program Studi Pendidikan Profesi Ners, serta sahabat yang tidak dapat peneliti sebutkan satu persatu

yang telah banyak membantu dalam dinas, magang dan pembuatan karya tulis akhir ini.

Akhir kata, peneliti mengucapkan terimakasih kepada seluruh pihak yang telah berjasa dalam penyelesaian Karya Tulis Akhir ini. Peneliti mendoakan semoga Allah SWT membalas semua kebaikan yang telah diberikan kepada peneliti. Peneliti menyadari Karya Tulis Akhir ini masih terdapat banyak kekurangan. Oleh sebab itu, peneliti mengharapkan tanggapan, kritikan dan saran yang membangun dari semua pihak untuk kesempurnaan Karya Tulis Akhir ini. Semoga Karya Tulis Akhir ini membawa manfaat bagi peneliti sendiri dan pihak yang telah membacanya.

Padang, Juni 2024

Peneliti

**KEMENKES POLITEKNIK KESEHATAN PADANG
PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI-NERS**

Karya Tulis Akhir, Mei 2024

Fadhil Muhammad Yusril, S.Tr.Kep

Penerapan Posisi Semi Fowler Untuk Meningkatkan Saturasi Oksigen Dalam Asuhan Keperawatan Pada Pasien Congestive Heart Failure (CHF) Di Ruang Bangsal Jantung RSUP Dr. M. Djamil Padang

Isi : xiii + 77 halaman + 1 Daftar Bagan + 7 Daftar Tabel + 8 Lampiran

ABSTRAK

Gagal jantung merupakan keadaan dimana jantung tidak lagi mampu memompa darah dalam jumlah yang memadai ke jaringan untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh atau kemampuan tersebut hanya dapat terjadi dengan tekanan pengisian jantung yang tinggi atau dapat pula keduanya. Penyakit jantung menjadi penyebab kematian tertinggi di seluruh dunia sejak 20 tahun terakhir. Penderita gagal jantung memiliki keluhan utama berupa sesak napas terutama jika saat berbaring. Terapi yang diberikan dapat berupa terapi farmakologis dan terapi non-farmakologis, salah satu terapi non-farmakologis yaitu pemberian posisi semi fowler. Penelitian ini bertujuan menerapkan intervensi posisi semi fowler dalam asuhan keperawatan pada pasien Congestive Heart Failure (CHF) untuk meningkatkan pemenuhan kebutuhan oksigen. Desain penelitian menggunakan deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Penelitian dilakukan di ruang Bangsal Jantung RSUP Dr. M. Djamil Padang. Waktu Penelitian 16 April – 04 Mei 2024. Populasi penelitian ini semua pasien CHF dan jumlah sampel adalah 2 orang partisipan. Hasil penelitian didapatkan adanya perubahan pada sesak nafas yang dirasakan pada kedua partisipan, ditandai dengan sesak nafas menurun, frekuensi nafas membaik dan tampak tidak menggunakan oksigen, maka dapat disimpulkan penerapan intervensi posisi semi fowler efektif dalam mengurangi sesak nafas dan meningkatkan saturasi oksigen pada kedua partisipan. disarankan kepada profesi keperawatan melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan CHF dan menerapkan posisi semi fowler sebagai tindakan keperawatan mandiri untuk mengurangi sesak nafas pada pasien dengan CHF.

Kata Kunci : Semi Fowler, Saturasi Oksigen, CHF

Daftar Pustaka : 2014 - 2024

**KEMENKES PADANG HEALTH POLYTECHNIC
NERS PROFESSIONAL EDUCATION STUDY PROGRAM**

Scientific Writing, May 2024

Fadhil Muhammad Yusril, S.Tr.Kep

Application of the Semi Fowler Position to Increase Oxygen Saturation in Nursing Care for Congestive Heart Failure (CHF) Patients in the Cardiac Ward Room of Dr. M. Djamil Padang Hospital

Contents : xiii + 77 pages + 1 list of charts + 7 list of tables + 8 Attachments

ABSTRACT

Heart failure is a condition where the heart is no longer able to pump adequate amounts of blood to the tissues to meet the body's metabolic needs or the ability can only occur with high heart filling pressures or both. Heart disease has become the highest cause of death worldwide since the last 20 years. Patients with heart failure have a main complaint in the form of shortness of breath, especially when lying down. The therapy provided can be in the form of pharmacological therapy and non-pharmacological therapy, one of the non-pharmacological therapies is the provision of the semi-fowler position. This study aims to apply the semi-fowler position intervention in nursing care in Congestive Heart Failure (CHF) patients to improve the fulfillment of oxygen needs. The research design uses descriptive with a case study approach. The research was conducted in the Cardiac Ward room of Dr. M. Djamil Padang Hospital. Research time April 16 - May 04, 2024. The population of this study were all CHF patients and the number of samples were 2 participants. The results of the study obtained a change in the shortness of breath felt in both participants, characterized by decreased shortness of breath, improved breathing frequency and did not appear to use oxygen, it can be concluded that the application of the semi fowler position intervention is effective in reducing shortness of breath and increasing oxygen saturation in both participants. it is recommended that the nursing profession carry out nursing care in patients with CHF and apply the semi fowler position as an independent nursing action to reduce shortness of breath in patients with CHF.

Key word : Semi Fowler, Dyspnea, CHF

Bibliography : 2014 - 2024

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	Error! Bookmark not defined.
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
PERSYARATAN BEBAS PLAGIARISME.....	iv
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK	vii
ABSTRACT.....	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR BAGAN	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan	4
D. Manfaat	6
BAB II TINJAUAN LITERATUR.....	7
A. Konsep Congestive Heart Failure	7
B. Konsep Asuhan Keperawatan	25
C. Evidence-Based Nursing (EBN)	37
BAB III METODOLOGI KARYA TULIS AKHIR.....	46
A. Desain Penelitian.....	46
B. Waktu dan Tempat	46
C. Prosedur Pemilihan Intervensi EBN	46
D. Populasi dan Sampel	46
E. Jenis dan Teknik Pengumpulan Data	48
F. Instrumen Pengumpulan Data	49
G. Prosedur Karya Tulis Akhir	49
H. Analisa Data.....	50
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	51

A. Hasil	51
B. Pembahasan.....	61
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	75
A. Kesimpulan	75
B. Saran.....	76
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Daftar obat yang digunakan untuk gagal jantung	23
Tabel 2. 2 Intervensi Keperawatan.....	29
Tabel 4. 1 Hasil Pengkajian Keperawatan Partisipan 1 dan Partisipan 2.....	51
Tabel 4. 2 Diagnosa Keperawatan Partisipan 1 dan Partisipan 2.....	54
Tabel 4. 3 Rencana Keperawatan Partisipan 1 dan Partisipan 2	56
Tabel 4. 4 Implementasi Keperawatan Partisipan 1 dan Partisipan 2.....	58
Tabel 4. 5 Evaluasi Keperawatan Partisipan 1 dan Partisipan 2	60

DAFTAR BAGAN

Bagan 2. 1 WOC CHF	20
--------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Ganchart

Lampiran 2 : Daftar Riwayat Hidup

Lampiran 3 : Lembar Konsultasi KTA

Lampiran 4 : Media Sosialisasi EBN

Lampiran 5 : *Informed Consent*

Lampiran 6 : Asuhan Keperawatan

Lampiran 7 : Dokumentasi

Lampiran 8 : Uji Turnitin

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Gagal jantung merupakan keadaan dimana jantung tidak lagi mampu memompa darah dalam jumlah yang memadai ke jaringan untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh (forward failure) atau kemampuan tersebut hanya dapat terjadi dengan tekanan pengisian jantung yang tinggi (backward failure) atau dapat pula keduanya (Nurkhalis and Adista 2020).

Secara global, penyakit jantung menjadi penyebab kematian tertinggi di seluruh dunia sejak 20 tahun terakhir (World Health Organization 2020). Berdasarkan data dari Global Health Data Exchange (GHDE) tahun 2020, jumlah angka kasus gagal jantung kongestif di dunia mencapai 64,34 juta kasus dengan 9,91 juta kematian serta diperkirakan sebesar 346,17 miliar US Dollar dikeluarkan untuk biaya perawatan pasien (Lippi and Sanchis-Gomar 2020).

Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar tahun (Riskesdas 2018), prevalensi penyakit jantung pada penduduk semua umur di Indonesia adalah 1,5%. Prevalensi penderita penyakit jantung tertinggi di temukan di provinsi Kalimantan Utara sebesar 2,2% dan prevalensi penderita penyakit jantung terendah di temukan di provinsi NTT sebesar 0,7%. Sedangkan Sumatera Barat termasuk ke dalam 10 besar provinsi dengan prevalensi penderita penyakit jantung tertinggi yakni sebesar 1,6 % (Kemenkes RI 2018).

RSUP Dr. M. Djamil Padang adalah rumah sakit yang memiliki pusat jantung regional. Berdasarkan laporan data RSUP Dr. M. Djamil Padang dalam tiga bulan terakhir didapatkan bahwa *Congestive Heart Failure* (CHF) sebanyak 50 kasus.

Saat ini *Congestive Heart Failure* (CHF) atau yang biasa disebut gagal jantung kongestif merupakan satu-satunya penyakit kardiovaskuler yang terus meningkat insiden dan prevalensinya. Risiko kematian akibat gagal jantung berkisar antara 5-10% pertahun pada gagal jantung ringan yang akan meningkat menjadi 30-40% pada gagal jantung berat. Selain itu, gagal jantung merupakan penyakit yang paling sering memerlukan perawatan ulang di rumah sakit (*readmission*) meskipun pengobatan jalan telah diberikan secara optimal (Kasron, 2016).

Pasien gagal jantung sering mengalami rawat inap ulang di rumah sakit akibat adanya kekambuhan. Kekambuhan dapat terjadi akibat pasien tidak memenuhi terapi yang dianjurkan, misalnya melanggar pembatasan diet, melakukan aktifitas fisik yang berlebihan dan tidak dapat mengenali gejala kekambuhan. Hal ini dikarenakan oleh dukungan sosial yang kurang serta ketidaktahuan pasien maupun keluarga (Yunita 2020).

Risiko CHF akan meningkat pada orang lanjut usia (lansia) karena penurunan fungsi ventrikel akibat penuaan. CHF ini dapat menjadi kronik apabila disertai dengan penyakit-penyakit seperti hipertensi, penyakit katup jantung, kardiomiopati dan lain-lain. CHF juga dapat menjadi kondisi akut dan berkembang secara tiba-tiba pada miokard infark (Kasron, 2016).

Penderita gagal jantung memiliki keluhan utama berupa sesak napas terutama jika saat berbaring. Selain itu juga bisa disertai dengan kelelahan, bengkak kedua kaki, dan pembesaran perut. Gejala tersebut terutama terjadi akibat penumpukan cairan pada paru, tungkai bawah, dan perut akibat gagal jantung yang diperparah dengan mekanisme kompensasi tubuh terhadap penurunan cardiac output (Guyanto 2023).

Terapi bagi penderita gagal jantung berupa terapi non-farmakologis dan terapi farmakologis. Tujuan dari adanya terapi yakni untuk meredakan gejala, memperlambat perburukan penyakit, dan memperbaiki harapan

(Nurkhalis and Adista 2020). Salah satu terapi non-farmakologis yang dapat dilakukan pada penderita gagal jantung yaitu pemberian posisi semi fowler.

Posisi semi fowler adalah posisi tidur yang biasa diberikan pada pasien gagal jantung kongestif. Posisi semi fowler merupakan pengaturan posisi tidur dengan meninggikan punggung bahu dan kepala sekitar 30° atau 45° memungkinkan rongga dada dapat berkembang secara luas dan pengembangan paru-paru meningkat (Khasanah (2019). Tujuan dari tindakan memberikan posisi tidur Semi fowler adalah untuk menurunkan konsumsi oksigen dan meningkatkan ekspansi paru yang maksimal, serta untuk mengatasi kerusakan pertukaran gas yang berhubungan dengan perubahan membran kapiler alveolus dan membantu mengurangi sesak nafas dan membantu mengoptimalkan RR pada klien (Muzaki and Ani 2020).

Hasil penelitian Muzaki dan Ani (2020) tentang “Penerapan Posisi Semi Fowler Terhadap Ketidakefektifan Pola Nafas Pada Pasien Congestive Heart Failure (CHF)” bahwa penerapan posisi semi fowler (posisi duduk 45°) selama 3x24 jam sesuai dengan SOP membantu mengurangi sesak nafas dan membantu mengoptimalkan RR pada klien sehingga masalah ketidakefektifan pola nafas dapat teratasi.

Hasil penelitian Sari (2022) tentang “Pengaruh Pemberian Posisi Semi-Fowler Terhadap Saturasi Oksigen Pada Pasien Kritis Di Ruang Intensive Care Unit di RSUD dr. Soeradji Tirtinegoro Klaten” didapatkan hasil bahwa terdapat peningkatan nilai saturasi oksigen yang signifikan sebelum dan sesudah intervensi posisi semi fowler ($p\text{-value} = < 0,003$).

Hasil penelitian Kanine (2022) tentang “Efektifitas Posisi Semi Fowler Dalam Meningkatkan Saturasi Oksigen Dibandingkan Dengan Posisi Head Up Pada Pasien Gagal Jantung Kronik Di Ruang Iccu Rsup Prof. Dr R.D Kandou Manado” didapatkan hasil Posisi Semi Fowler Efektif terhadap

peningkatan saturasi oksigen dibandingkan dengan posisi head up pada pasien gagal jantung kongestive di ruang ICCU RSUP Prof Dr R.D Kandou Manado (dengan gambaran observasi posisi semi fowler 2% dan Posisi Head up 1%).

Hasil penelitian Sinta (2023) tentang “Pemberian Posisi Semi Fowler Untuk Meningkatkan Saturasi Oksigen pada Pasien CHF (Congestive Heart Failure) di Ruang ICU RSUD Pandanarang Boyolali” didapatkan hasil Pemberian Posisi Semi Fowler untuk meningkatkan saturasi oksigen yang dilakukan pada Tn.M dan Tn.S menunjukkan adanya perubahan saturasi oksigen yaitu 3-4%. Diharapkan tindakan ini dapat digunakan pada pasien untuk mengurangi sesak nafas dan dapat meningkatkan saturasi oksigen.

Berdasarkan uraian diatas, maka penulis tertarik untuk menyusun Karya Tulis Akhir tentang “Penerapan Posisi Semi Fowler Untuk Meningkatkan Pemenuhan Kebutuhan Oksigenasi Pada Pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) di Ruang Bangsal Jantung RSUP Dr. M. Djamil Padang”

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah penulis uraikan diatas, maka peneliti merumuskan masalah yaitu bagaimana penerapan intervensi posisi semi fowler untuk meningkatkan saturasi oksigen dalam asuhan keperawatan pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) di ruangan bangsal jantung RSUP DR. M. Djamil padang.

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Karya Tulis Akhir ini bertujuan menerapkan intervensi posisi semi fowler untuk meningkatkan saturasi oksigen dalam asuhan keperawatan pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) di ruangan bangsal jantung RSUP DR. M. Djamil padang.

2. Tujuan Khusus

- a. Mendeskripsikan hasil pengkajian keperawatan pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) yang dilakukan penerapan intervensi posisi semi fowler untuk meningkatkan saturasi oksigen dalam asuhan keperawatan pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) di ruangan bangsal jantung RSUP DR. M. Djamil padang.
- b. Mendeskripsikan penegakan diagnosis keperawatan pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) yang dilakukan penerapan intervensi posisi semi fowler untuk meningkatkan saturasi oksigen dalam asuhan keperawatan pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) di ruangan bangsal jantung RSUP DR. M. Djamil padang.
- c. Mendeskripsikan perencanaan keperawatan pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) yang dilakukan penerapan intervensi posisi semi fowler untuk meningkatkan saturasi oksigen dalam asuhan keperawatan pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) di ruangan bangsal jantung RSUP DR. M. Djamil padang.
- d. Mendeskripsikan implementasi keperawatan pada pasien yang dilakukan penerapan intervensi posisi semi fowler untuk meningkatkan saturasi oksigen dalam asuhan keperawatan pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) di ruangan bangsal jantung RSUP DR. M. Djamil padang.
- e. Mendeskripsikan evaluasi keperawatan pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) yang dilakukan penerapan intervensi posisi semi fowler untuk meningkatkan saturasi oksigen dalam asuhan keperawatan pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) di ruangan bangsal jantung RSUP DR. M. Djamil padang.
- f. Menganalisis penerapan intervensi posisi semi fowler untuk meningkatkan saturasi oksigen dalam asuhan keperawatan pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) di ruangan bangsal jantung RSUP DR. M. Djamil padang.

D. Manfaat

1. Bagi Profesi Keperawatan

Hasil dari laporan akhir ilmiah ini diharapkan menjadi referensi dalam upaya meningkatkan manajemen asuhan keperawatan pada pasien dengan *Congestive Heart Failure* (CHF) dengan penerapan posisi semi fowler dalam asuhan keperawatan pada pasien Congestive Heart Failure (CHF) untuk meningkatkan saturasi oksigen di ruangan bangsal jantung di ruangan bangsal jantung RSUP Dr. M. Djamil Padang.

2. Bagi Rumah Sakit

Hasil dari laporan akhir ilmiah ini diharapkan menjadi alternatif dalam pemberian asuhan keperawatan khususnya pada pasien dengan *Congestive Heart Failure* (CHF) dengan penerapan posisi semi fowler dalam asuhan keperawatan pada pasien Congestive Heart Failure (CHF) untuk meningkatkan saturasi oksigen di ruangan bangsal jantung di ruangan bangsal jantung di ruangan bangsal jantung RSUP Dr. M. Djamil Padang.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil dari laporan akhir ilmiah ini diharapkan menjadi referensi dan masukan dalam menyusun asuhan keperawatan khususnya pada pasien dengan *Congestive Heart Failure* (CHF) dengan penerapan posisi semi fowler dalam asuhan keperawatan pada pasien Congestive Heart Failure (CHF) untuk meningkatkan saturasi oksigen di ruangan bangsal jantung di ruangan bangsal jantung di ruangan bangsal jantung RSUP Dr. M. Djamil Padang.

BAB II

TINJAUAN LITERATUR

A. Konsep Congestive Heart Failure

1. Pengertian

Gagal jantung sering disebut dengan gagal jantung kongestif adalah ketidakmampuan jantung untuk memompakan darah yang adekuat untuk memenuhi kebutuhan jaringan akan oksigen dan nutrisi. Istilah gagal jantung kongestif sering digunakan kalau terjadi gagal jantung sisi kiri dan kanan (Kasron 2016).

2. Anatomi Fisiologi Jantung

Anatomi fisiologi jantung menurut (Hastuti et al. 2022), Jantung manusia terletak di dalam rongga dada, medial antara paru-paru di ruang yang dikenal sebagai mediastinum yang membagi posisi jantung di dalam rongga dada. Di dalam mediastinum, jantung dipisahkan dari struktur mediastinum lainnya oleh membran keras yang dikenal sebagai perikardium, atau kantung perikardial, dan duduk di ruangnya sendiri disebut rongga perikardial.

a. Anatomi Jantung

1) Struktur jantung

Bentuk jantung mirip dengan biji pinus, agak lebar dipermukaan superior dan meruncing ke puncak, ukuran jantung umumnya kira kira sebesar kepalangan tangan dengan panjang 12 cm serta lebar 8 cm dan tebal 6 cm dengan berat rentang 7-15 ons (200-425 gram). Dalam setiap harinya jantung mampu memompa sampai dengan 100.000 kali dan dapat memompa darah sampai hingga 7.571 liter. Posisi jantung berada di belakang sternum di rongga mediastinum, diantara costae kedua dan keenam. Pada jantung sebelah kanan menerima darah yang tidak teroksigenasi dari vena cava superior dan vena cava inferior kemudian mengalirkannya ke pulmonal untuk proses oksigenasi. Sedangkan bagian kiri

jantung menerima dari teroksigenasi dari paru melalui vena pulmonalis untuk selanjutnya diedarkan ke seluruh tubuh melalui aorta.

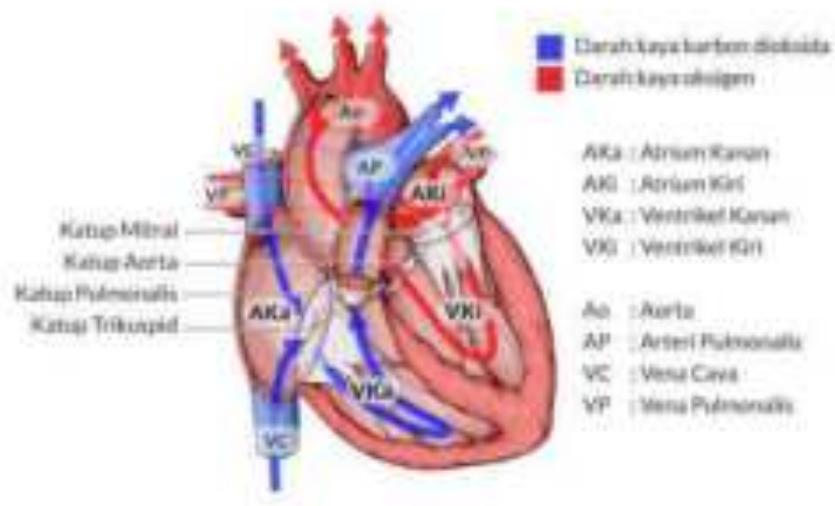
2) Perikardium

Perikardium adalah lapisan pembungkus jantung yang tersusun oleh membrane fibroserosa dan permukaan pembuluh darah besarnya. Perikardium tersusun oleh dua lapisan yaitu pericardium fibrosa yang merupakan lapisan bagian luar yang keras serta pericardium serosa yang merupakan lapisan bagian dalam. Perikardium serosa juga mempunyai dua lapisan yaitu pericardium parietal dan pericardium visceral. Perikardium parietal merupakan permukaan bagian dalam pericardium fibrosa. Sedangkan pericardium visceral melekat pada permukaan jantung. Ruang yang berada diantara perikardium parietal dengan pericardium visceral disebut dengan ruang pericardium. Dalam kondisi normal, ruang tersebut berisi cairan yang berfungsi untuk memudahkan bagi jantung untuk bergerak dan berdenyut tanpa adanya hambatan (Tortora & Derrickson, 2017).

3) Dinding dan ruangan jantung

Dinding Jantung terdiri dari tiga lapisan jaringan :

- a) Perikardium: lapisan luar. Ini adalah penutup tas berlapis ganda rongga berisi cairan perikardial yang mengurangi gesekan seperti jantung bergerak selama pemukulannya.
- b) Miokardium: lapisan tengah. Ini adalah lapisan otot jantung yang kuat yang membentuk sebagian besar hati.
- c) Endokardium: lapisan dalam. Ini melapisi rongga jantung dengan lapisan pembuluh darah.



Gambar 1.1 Anatomi Jantung

Sedangkan ruangan jantung terdiri dari dua bagian yaitu bagian kanan dan bagian kiri. Masing – masing bagian mempunyai satu atrium dan satu ventrikel sehingga di dalam jantung terdapat empat ruang yaitu atrium kanan, atrium kiri, ventrikel kanan dan ventrikel kiri. Antara atrium dengan ventrikel terdapat lubang atrioventrikular dan pada setiap lubang tersebut terdapat katup (Betts et al., 2017; McGuinness, 2010).

Jantung terdiri dari empat ruang jantung yang dipisahkan oleh sekat-sekat jantung. Empat ruang jantung tersebut adalah :

a) Atrium kanan

Atrium kanan membentuk permukaan kanan jantung dan menerima darah dari tiga vena: vena cava superior, vena cava inferior, dan sinus coroner (Vena selalu membawa darah menuju jantung) Atrium kanan berukuran sekitar 2-3 mm (0,08–0,12 inci) dengan ketebalan rata-rata. Dinding anterior dan posterior atrium kanan sangat berbeda. Bagian dalam posterior dinding halus; bagian dalam dinding anterior kasar karena adanya tonjolan otot yang disebut otot pectinate yang juga meluas ke daun telinga. Antara

atrium kanan dan atrium kiri terdapat sekat tipis yang disebut septum interatrial. Fitur menonjol dari septum ini adalah depresi oval disebut fossa ovalis, sisa foramen ovale, sebuah lubang di septum interatrial jantung janin yang biasanya segera menutup setelah lahir. Darah mengalir dari atrium kanan ke dalam ventrikel kanan melalui katup yang disebut tricuspid katup. karena terdiri dari tiga katup atau selebaran yang disebut katup atrioventricular. Katup jantung tersusun atas jaringan ikat padat yang dilapisi oleh endokardium.

b) Ventrikel kanan

Ventrikel kanan berukuran sekitar 4-5 mm (0,16-0,2 inchi) dalam ketebalan rata-rata dan membentuk sebagian besar permukaan anterior jantung. Bagian dalam ventrikel kanan berisi serangkaian tonjolan dibentuk oleh kumpulan serat otot jantung yang disebut trabekulacarneae. Beberapa trabekula carneaey menyampaikan bagian dari sistem konduksi jantung. Cusp dari katup trikuspid adalah: terhubung ke kabel mirip tendon yang terhubung trabekula carneaey berbentuk kerucut yang disebut otot papiler. Secara internal, ventrikel kanan dipisahkan dari ventrikel kiri oleh partisi yang disebut septum interventrikular. Darah mengalir dari ventrikel kanan melalui katup pulmonal (katup semilunar pulmonal) ke dalam arteri besar yang disebut trunkus, yang terbagi menjadi arteri pulmonalis kanan dan kiri dan membawa darah ke paru-paru. Arteri selalu mengambil darah dari jantung.

c) Atrium kiri

Atrium kiri memiliki ketebalan yang hampir sama dengan atrium kanan dan membentuk sebagian besar dasar jantung. Atrium kiri menerima darah dari paru-paru melalui empat vena pulmonalis. atrium kanan, bagian

dalam atrium kiri memiliki posterior yang halus dinding. Karena otot pektinat terbatas pada daun telinga atrium kiri, dinding anterior atrium kiri juga halus. Darah berjalan dari atrium kiri ke ventrikel kiri melalui bikuspid yang, seperti namanya, memiliki istilah mitral mengacu pada kemiripan katup bikuspid dengan mitra uskup (topi), yang dua sisi. Itu juga disebut kiri katup atrioventrikular.

d) Atrium kanan

Ventrikel kiri adalah ruang paling tebal dari jantung, yang berukuran rata-rata 10-15 mm (0,4-0,6 inci), dan membentuk puncak jantung. Seperti ventrikel kanan, ventrikel kiri mengandung trabeculae carnae dan memiliki chordae tendineae yang berlabuh katup bikuspidalis ke otot papiler. Darah mengalir dari ventrikel kiri melalui katup aorta (aortic semilunar valve) ke dalam aorta ascendens. Sebagian darah di aorta mengalir ke dalam arteri koroner, yang bercabang dari aorta ascendens dan membawa darah ke dinding jantung. Sisa darah mengalir ke dalam lengkung aorta dan aorta descendens (aorta toraks dan aorta perut). Cabang dari lengkung aorta dan descendens aorta membawa darah ke seluruh tubuh.

4) Peredaran darah jantung

Jantung bukan satu pompa tetapi dua, dengan sisi kanan dan kiri jantung masing-masing memompa darah ke sirkulasi yang berbeda yang dikenal sebagai sirkulasi ganda sistem. Ini mengacu pada dua sirkulasi terpisah yang melaluinya darah mengalir, dan harus melewati satu sirkulasi untuk memasuki sirkulasi lainnya sirkulasi, membutuhkan waktu sekitar setengah menit untuk menyelesaikan kedua sirkulasi.

a) Sirkulasi pulmonal membawa darah terdeoksigenasi dari sisi kanan jantung ke paru-paru untuk mengumpulkan

oksigen dan melepaskan karbon dioksida sebelumnya kembali ke sisi kiri jantung.

- b) Sirkulasi sistemik membawa darah beroksigen dari sisi kiri jantung ke seluruh bagian tubuh (kecuali paru-paru), dan memberikan darah terdeoksigenasi kembali ke sisi kanan jantung untuk dipompa ke paru-paru.

b. Fisiologi Jantung

Fungsi jantung adalah untuk mempertahankan sirkulasi darah yang konstan seluruh tubuh. Jantung bertindak sebagai pompa dan kerjanya terdiri dari serangkaian peristiwa yang dikenal sebagai siklus jantung.

1) Siklus jantung

Siklus jantung adalah urutan peristiwa antara satu detak jantung dan berikutnya dan biasanya berdurasi kurang dari satu detik. Selama siklus jantung, atrium berkontraksi secara bersamaan dan memaksa darah ke dalam ventrikel yang rileks. Ventrikel kemudian berkontraksi dengan sangat kuat dan memompa darah keluar melalui aorta dan arteri pulmonalis. Selama kontraksi ventrikel, atrium berelaksasi dan terisi kembali dengan darah. Denyut jantung dapat ditentukan oleh jumlah siklus jantung per menit. Pada orang sehat rata-rata ini mungkin antara 60 dan 70 siklus atau denyut per menit.

Jantung memiliki ritme bawaannya sendiri. Irama terkoordinasi dari jantung diinisiasi oleh sistem kelistrikan bawaan di nodus sinoatrial (SA), yang mengatur kecepatan detak jantung. Sinyal berasal dari kanan atrium dan berjalan ke atrium kiri menyebabkan atrium berkontraksi. Pada saat yang tepat atrium telah menyelesaikan kontraksi mereka, sinyal bergerak melalui berkas atrioventrikular (AV) ke ventrikel kanan dan masuk ke ventrikel kiri menyebabkan ventrikel berkontraksi.

2) Bunyi jantung

Di dalam jantung terdengar dua macam bunyi/suara. Bunyi ini berasal dari katup – katup yang menutup secara pasif. Bunyi pertama disebabkan oleh menutupnya katup atrioventrikular dan kontraksi ventrikel. Sedangkan bunyi kedua merupakan bunyi akibat menutupnya katup semilunaris sesudah kontraksi ventrikel.

3) Curah jantung (cardiac output).

Setiap kali jantung berdenyut akan dipompakan darah dari masing-masing ventrikel, ventrikel kanan dan kiri. Jumlah darah yang dipompa keluar dari masing-masing ventrikel per denyut disebut sebagai stroke volume. Pada keadaan istirahat stroke volume ini LUBB DUP Sistolik ventrikel Diastolik ventrikel besarnya 80 ml. Curah jantung adalah jumlah darah yang dipompakan oleh jantung per satu satuan waktu, dalam hal ini per menit. Sehingga curah jantung adalah stroke volume dikalikan frekuensi jantung per menit. Besarnya curah jantung pada keadaan istirahat adalah 5,5 liter (80 ml x 69 denyut per menit).

3. Etiologi

Ada beberapa etiologi / penyebab dari gagal jantung (Kasron 2016) :

a. Kelainan otot jantung

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

b. Aterosklerosis koroner

Aterosklerosis koroner mengakibatkan disfungsi miokardium karena terganggunya aliran darah ke otot jantung. Terjadi hipoksia dan asidosis (akibat penumpukan asam laktat). Infark miokardium

(kematian sel jantung) biasanya mendahului terjadinya gagal jantung. Peradangan dan penyakit miokardium degeneratif, berhubungan dengan gagal jantung karena kondisi yang secara langsung merusak serabut jantung, menyebabkan kontraktilitas menurun.

c. Hipertensi sistemik atau pulmonal

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

d. Peradangan dan penyakit miokardium degeneratif

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

e. Penyakit jantung lain

Gagal jantung dapat terjadi sebagai akibat penyakit jantung yang sebenarnya, yang secara langsung mempengaruhi jantung. Mekanisme biasanya terlibat mencakup gangguan aliran darah yang masuk ke jantung (stenosis katup semiluner), ketidakmampuan jantung untuk mengisi darah (tamponade, perikardium, perikarditif restriktif, atau stenosis AV), peningkatan mendadak *afterload*.

f. Faktor sistemik

Terdapat sejumlah faktor yang berperan dalam perkembangan dan beratnya gagal jantung. Meningkatnya laju metabolisme, hipoksia dan anemia memerlukan peningkatan curah jantung untuk memenuhi kebutuhan oksigen sistemik. Hipoksia dan anemia juga dapat menurunkan suplai oksigen ke jantung. Asidosis respiratorik atau metabolik dan abnormalitas elektrolit dapat menurunkan kontraktilitas jantung (Brunner dan Suddarth, 2002 dalam Khasanah 2019).

4. Klasifikasi

Klasifikasi gagal jantung menurut (Kasron 2016) adalah sebagai berikut :

a. Gagal jantung Akut-Kronik

- 1) Gagal jantung akut terjadinya secara tiba-tiba, ditandai dengan penurunan kardiak *output* dan tidak adekuatnya perfusi jaringan. Ini dapat mengakibatkan edema paru dan kolaps pembuluh darah.
- 2) Gagal jantung kronik terjadinya secara perlahan ditandai dengan penyakit jantung iskemik, penyakit paru kronis. Pada gagal jantung kronik terjadi retensi air dan sodium pada ventrikel sehingga menyebabkan hipervolemia, 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 terbungung akan berakumulasi secara sistemik di kaki, asites, hepatomegali, efusi pleura dan lain-lain.

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.

5. Manifestasi Klinis

Tanda dominan gagal jantung adalah meningkatnya volume intravaskuler. Kongesti 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 dapat mengakibatkan penurunan curah perfusi perifer jaringan, tetapi manifestasi kongesti dapat berbeda tergantung pada kegagalan ventrikel mana yang terjadi meliputi (Kasron 2016) :

a. Gagal jantung kiri

1) Dispneu

Terjadi akibat penimbunan cairan dalam alveoli dan mengganggu pertukaran gas. Dapat terjadi ortopneu. Beberapa pasien dapat mengalami ortopneu pada malam hari yang dinamakan Paroksimal Nokturnal Dispnea (PND).

2) Batuk

3) Mudah lelah

Terjadi karena curah jantung yang kurang yang menghambat jaringan dari sirkulasi normal dan oksigen serta menurunnya pembuangan sisa hasil, katabolisme juga terjadi karena meningkatnya energi yang diunakan untuk bernafas dan insomnia yang terjadi karena distress pernafasan dan batuk.

4) Kegelisahan dan kecemasan

Terjadi akibat gangguan oksigenasi jaringan, stress akibat kesakitan bernafas dan pengetahuan bahwa jantung tidak berfungsi dengan baik.

5) Sianosis

- b. Gagal jantung kanan
 - 1) Kongestif jaringan perifer dan viseral.
 - 2) Edema ekstremitas bawah (edema dependen), biasanya edema pitting, penambahan berat badan.
 - 3) Hepatomegali. Dan nyeri tekan pada kuadran kanan atas abdomen terjadi akibat pembesaran vena di hepar.
 - 4) Anorexia dan mual. Terjadi akibat pembesaran vena dan statis vena dalam rongga abdomen.
 - 5) Nokturia.
 - 6) Kelemahan.

Menurut New York Heart Assosiation (NYHA) dalam (Kasron 2016) membuat klasifikasi fungsional CHF dalam 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.

6. Patofisiologi

Fungsi jantung sebagai sebuah pompa diindikasikan oleh kemampuannya untuk memenuhi suplai darah yang adekuat ke seluruh bagian tubuh, baik dalam keadaan istirahat maupun saat mengalami stress fisiologis.

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 kontraksi berkaitan dengan panjangnya regangan serabut jantung.

c. After load (beban akhir)

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

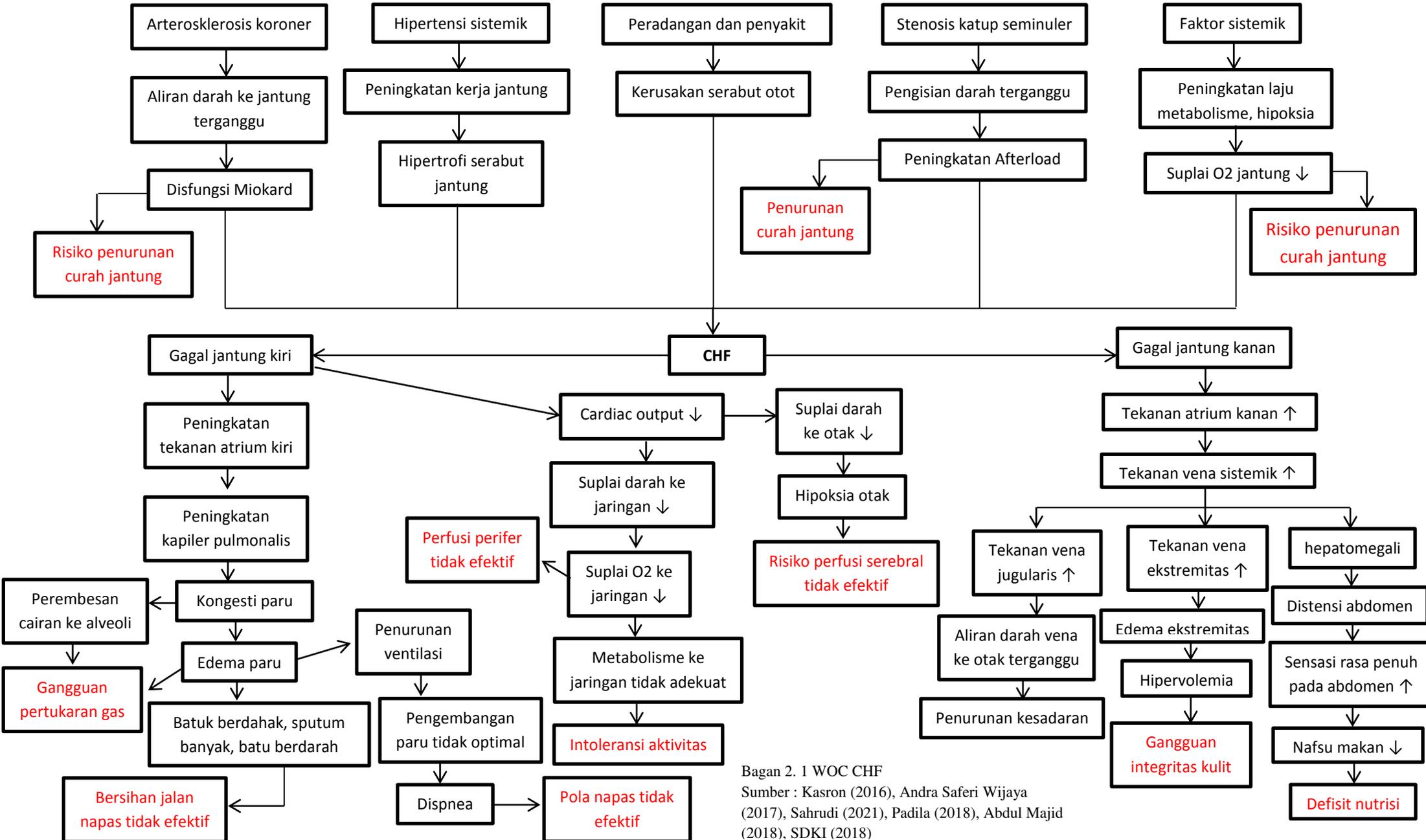
Pada keadaan gagal jantung, bila salah satu / lebih dari keadaan di atas terganggu, menyebabkan curah jantung menurun, meliputi keadaan yang menyebabkan *preload* meningkat contoh regurgitasi aorta, cacat septum ventrikel. Menyebabkan *afterload* meningkat yaitu pada keadaan stenosis aorta dan hipertensi sistemik. Kontraktilitas miokardium dapat menurun pada infark miokardium dan kelainan otot jantung.

Adapun mekanisme yang mendasari gagal jantung meliputi menurunnya kemampuan kontraktilitas jantung, sehingga darah yang dipompa pada setiap kontraksi menurun dan menyebabkan penurunan darah keseluruh tubuh. Apabila suplai darah kurang ke ginjal akan mempengaruhi mekanisme pelepasan renin-angiotensin dan akhirnya terbentuk angiotensin II mengakibatkan terangsangnya sekresi aldosteron dan menyebabkan retensi natrium dan air, perubahan tersebut meningkatkan cairan ektraintravaskuler sehingga terjadi ketidakseimbangan volume cairan dan tekanan selanjutnya terjadi *edema*. Edema perifer terjadi akibat penimbunan cairan dalam ruang interstisial. Proses ini timbul masalah seperti *nokturia* dimana berkurangnya vasokontraksi ginjal pada waktu istirahat dan juga redistribusi cairan dan absorpsi pada waktu berbaring. Gagal jantung berlanjut dapat menimbulkan asites, dimana asites dapat menimbulkan gejala-gejala gastrointestinal seperti mual, muntah, anoreksia.

Apabila suplai darah tidak lancar diparu-paru (darah tidak masuk ke jantung), menyebabkan penimbunan cairan di paru-paru yang dapat menurunkan pertukaran O₂ dan Co₂ antara udara dan darah di paru-paru. Sehingga oksigenasi arteri berkurang dan terjadi peningkatan Co₂ yang akan membentuk asam di dalam tubuh. Situasi 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.

Apabila terjadi pembesaran vena di hepar mengakibatkan *hepatomegali* 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 (Brunner dan Suddart, 2020 dalam Kasron 2016).

8. WOC CHF



Bagan 2. 1 WOC CHF
 Sumber : Kasron (2016), Andra Saferi Wijaya (2017), Sahrudi (2021), Padila (2018), Abdul Majid (2018), SDKI (2018)

9. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan Diagnostik dalam (Kasron 2016) adalah sebagai berikut :

a. EKG

Mengetahui hipertrofi atrial atau ventrikuler, infark, penyimpanan aksis, iskemia dan kerusakan pola.

b. Tes Laboratorium Darah

- 1) Enzym hepar : meningkat dalam gagal jantung / kongestif.
- 2) Elektrolit : Kemungkinan berubah karena perpindahan cairan, penurunan fungsi ginjal.
- 3) Oksimetri nadi : Kemungkinan situasi oksigen rendah.
- 4) AGD : Gagal ventrikel kiri ditandai dengan alkalosis respiratorik ringan atau hipoksemia dengan peningkatan PCO₂.
- 5) Albumin : Mungkin menurun sebagai akibat penurunan masukan protein.

c. Radiologis

- 1) Sonogram Ekokardiogram : Dapat menunjukkan pembesaran bilik perubahan dalam fungsi struktur katup, penurunan kontraktilitas ventrikel.
- 2) Scan Jantung : Tindakan penyuntikan fraksi dan memperkirakan gerakan dinding.
- 3) Rontgen Dada : Menunjukkan pembesaran jantung. Bayangan mencerminkan dilatasi atau hipertrofi bilik atau perubahan dalam pembuluh darah atau peningkatan tekanan pulmonal.

10. Komplikasi

Komplikasi gagal jantung dalam (Kasron 2016) adalah sebagai berikut:

- a. Syok Kardigenik.
- b. Episode Tromboemboli karena pembentukan bekuan vena karena statis darah.
- c. Efusi dan Tamponade Perikardium.
- d. Toksisitas digitalis akibat pemakaian obat-obatan digitalis.

11. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan CHF dalam (Kasron 2016) adalah sebagai berikut :

Penatalaksanaan berdasarkan kelas NYHA :

a. Kelas I

Non farmakologi, meliputi : diet rendah garam, batasi cairan, menurunkan berat badan, menghindari alkohol dan rokok, aktivitas fisik, manajemen stress.

b. Kelas II, III

Terapi pengobatan, meliputi : diuretik, vasodilator, ACE Inhibitor, digitalis, dopamineroik, oksigen.

c. Kelas IV

Kombinasi diuretik, digitalis, ACE Inhibitor, seumur hidup.

Penatalaksanaan CHF meliputi :

a. Non Farmakologis

1) CHF Kronik

- a) Meningkatkan oksigenasi dengan pemberian oksigen dan menurunkan konsumsi oksigen melalui istirahat atau pembatasan aktivitas.
- b) Diet pembatasan natrium (< 4 gr/hari) untuk menurunkan edema.
- c) Menghentikan obat-obatan yang memperparah seperti NSAIDs karena efek prostaglandin pada ginjal menyebabkan retensi air dan natrium.
- d) Pembatasan cairan (kurang lebih 1200-1500 cc/hari).
- e) Olahraga secara teratur.

2) CHF Akut

- a) Oksigenasi (ventilasi mekanik)
- b) Pembatasan cairan (< 1,5 liter/hari).

b. Farmakologis

Tujuan : untuk mengurangi *afterload* dan *preload*

- 1) First line drugs; diuretik

Tujuan : mengurangi *afterload* pada disfungsi sistolik dan mengurangi kongesti pulmonal pada disfungsi diastolik.

Obatnya : thiazide diuretics untuk CHF sedang, loop diuretic, metolazon (kombinasi dari loop diuretic untuk meningkatkan pengeluaran cairan), Kalium-Sparing diuretic.

2) Second line drugs; ACE Inhibitor

Tujuan : membantu meningkatkan COP dan menurunkan kerja jantung.

Obatnya :

- a) Digoxin : meningkatkan kontraktilitas. Obat ini tidak digunakan untuk kegagalan diastolik yang mana dibutuhkan pengembangan ventrikel untuk relaksasi.
- b) Hidralazin : menurunkan *afterload* pada disfungsi sistolik.
- c) Isobarbide dinitrat : mengurangi *preload* dan *afterload* untuk disfungsi sistolik, hindari vasodilator pada disfungsi sistolik.
- d) Calcium Channel Blocker : untuk kegagalan diastolik, meningkatkan relaksasi dan pengisian dan ventrikel (jangan dipakai pada CHF kronik).
- e) Beta Blocker : sering dikontraindikasikan karena menekan respon miokard. Digunakan pada disfungsi diastolik untuk mengurangi HR, mencegah iskemi miokard, menurunkan TD, hipertrofi ventrikel kiri.

Berikut daftar obat yang digunakan untuk gagal jantung :

Tabel 2. 1 Daftar obat yang digunakan untuk gagal jantung

Kategori Obat	Subkategori Obat	Nama Generik Obat
Obat Jantung, Pembuluh Darah dan Darah	Beta Blocker	Carvedilol
		Metoprolol
		Bisoprolol
	ACE Inhibitor	Captopril
		Enalapril
		Lisinopril
		Ramipril
	Antagonis Angiotensis II	Losartan
		Valsartan

		Candesartan
		Irbesartan
	Obat Jantung	Milrinone
		Digoxin
		Dopamine
		Dobutamine
		Amrinone
	Antihipertensi Golongan lain	Sodium nitroprusside
		Hydralazine
	Obat Anti Angina	Nitroglycerine
		Isosorbide dinitrate
	Obat Vasodilator Perifer dan Aktivator Serebral	Nesiritide
	Diuretikum	Furosemide
		Torseamide
		Bumetanide
		Hydrochlorothiazide
		Metolazone
		Spironolactone
		Amiloride
Triamterene		
Epinephrine		
Norepinephrine		
Antikoagulan, Antiplatelet dan Fibrinolitik	Warfarin	
Antagonis Kalsium	Verapamil	
	Amlodipine	
	Nifedipine	
	Diltiazem	
Obat-obat Anestesi Umum dan Lokal		morphine

c. Pendidikan Kesehatan

- 1) Informasikan pada klien, keluarga dan pemberi perawatan tentang penyakit dan penanganannya.
- 2) Informasikan difokuskan pada : monitoring BB setiap hari dan Intake natrium.
- 3) Diet yang sesuai untuk lansia CHF : pemberian makanan tambahan yang banyak mengandung kalium seperti pisang, jeruk dan lain-lain.
- 4) Teknik konservasi energi dan latihan aktivitas yang dapat ditoleransi dengan bantuan terapis.

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan pada pasien gagal jantung meliputi :

a. Identitas

Meliputi nama, usia, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, suku/ bangsa, agama, tanggal masuk rs, tanggal pengkajian, nomor medrec, diagnosa medis dan alamat.

b. Keluhan Utama

Sesak saat bekerja, dispnea nokturnal paroksimal, ortopnea, lelah, pusing, nyeri dada, edema ekstremitas bawah, nafsu makan menurun, nausea, distensi abdomen.

c. Riwayat Kesehatan

1) Riwayat penyakit sekarang

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

2) Riwayat penyakit dahulu

Pengkajian riwayat penyakit dahulu yang mendukung dengan mngkaji apakah sebelumnya klien pernah menderita nyeri dada khas infark miokardium, hipertensi, DM dan hiperlipidemia.

3) Riwayat keluarga

Perawat menanyakan tentang sakit yang pernah dialami anggota keluarga, serta bila ada anggota keluarga yang meninggal, maka penyebab kematian juga ditanyakan.

d. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan umum

Pada pemeriksaan keadaan umum klien gagal jantung biasanya didapatkan kesadaran yang komposmetis dan akan berubah

sesuai tingkat gangguan yang melibatkan perfusi sistem saraf pusat. TTV normal.

2) Sistem pernafasan

Pengkajian yang didapat adanya tanda, kongesi vaskuler pulmonal adalah dispnea, ortopnea, dispnea nokturnal proksimal, batuk dan edema pulmonal akut. Crakles atau ronki basah halus terdengar pada dasar posterior paru.

3) Sistem kardiovaskuler

Inspeksi: adanya parut pada dada, kelemahan fisik, dan adanya edema ekstremitas. Palpasi: oleh karena peningkatan frekuensi jantung merupakan respon awal jantung terhadap stress, sinus takikardia mungkin dicurigai dan sering ditemukan pada pemeriksaan klien dengan kegagalan pompa jantung. Auskultasi: Tekanan darah biasanya menurun akibat penurunan volume sekuncup. Perkusi: batas jantung pergeseran yang menunjukkan adanya hipertrofi jantung (kardiomegali).

4) Sistem persyarafan

Kesadaran biasanya composmetis, didapatkan sianosis perifer apabila gangguan perfusi jaringan berat. pengkajian objektif klien: wajah meringis, menangis, merintih, meregang, dan menggeliat.

5) Sistem pencernaan

Klien biasanya didapatkan mual dan muntah, penurunan nafsu makan akibat pembesaran vena dan statis vena di dalam rongga abdomen, serta penurunan berat badan.

6) Sistem genitourinaria

Pengukuran volume keluaran urine berhubungan dengan asupan cairan, karena itu perawat perlu memantau adanya oliguria karena merupakan tanda awal dari syok kardiogenik. Adanya edema ekstermitas menandakan adanya retensi cairan yang parah.

7) Sistem endokrin

Melalui auskultasi, pemeriksaan dapat mendengar bising. Bising kelenjer tiroid menunjukkan peningkatan vaskularisasi akibat hiperfungsi tiroid (Malignance).

8) Sistem integumen

Pemeriksaan wajah pada klien bertujuan menemukan tanda – tanda yang menggambarkan kondisi klien terkait dengan penyakit jantung yang di alaminya.

9) Sistem mukuloskeletal

Kebanyakan klien yang mengalami Congestive Heart Failure juga mengalami penyakit vaskuler atau edema perifer. Pengkajian sistem muskuluskeletal pada gangguan kardiovaskuler CHF, mungkin di temukan kelemahan fisik, kesulitan tidur, aktifitas terbatas dan personal hygiene (Muttaqin 2014).

e. Pemeriksaan Penunjang

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

2. Diagnosis Keperawatan

Masalah keperawatan prioritas bagi sebagian besar pasien gagal jantung (Sangadji 2024) meliputi :

- a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama, perubahan frekuensi jantung, perubahan kontraktilitas, perubahan preload, perubahan afterload.
- b. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

- c. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi.
- d. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler.
- e. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran arteri dan/ atau vena.
- f. Risiko gangguan integritas kulit dibuktikan dengan perubahan sirkulasi, penurunan mobilisasi, penekanan pada tonjolan tulang.

3. Intervensi Keperawatan

Tabel 2. 2 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa	Luaran	Intervensi
1	Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama, perubahan frekuensi jantung, perubahan kontraktilitas, perubahan preload, perubahan afterload.	<p>Curah Jantung (L.02008) Setelah dilakukan intervensi selama 1 x 24 jam diharapkan curah jantung meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kekuatan nadi perifer meningkat • Ejection fraction meningkat • Palpitasi membaik • Bradikardi membaik • Gambaran EKG aritmia membaik • Lelah menurun, • Edema menurun, • Distensi vena jugularis menurun • Dispnea menurun • Oliguria membaik • Pucat/sianosis membaik • <i>Paroxysmal nocturnal dyspnea</i> membaik • Ortopnea membaik 	<p>Perawatan Jantung (I.02075) Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi tanda/ gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, paroxysmal nocturnal dyspnea, peningkatan CVP) • Identifikasi tanda/ gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi peningkatan berat badan, hepatomegali, distensi vena jugularis, palpitasi, ronchi basah, oliguria, batuk, kulit pucat) • Monitor tekanan darah (termasuk tekanan darah ortostatik, jika perlu) • Monitor intake dan output cairan • Monitor intake dan output cairan • Monitor berat badan setiap hari pada waktu yang sama • Monitor saturasi oksigen • Monitor keluhan nyeri dada (mis., intensitas, lokasi, radiasi, durasi, presivitasi yang mengurangi nyeri). • Monitor EKG 12 sadapan • Monitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi) • Monitor nilai laboratorium jantung (mis., elektrolit, enzim jantung, BNP, NTpro-BNP) • Monitor fungsi alat pacu, jantung • Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum pemberian obat (jenis, beta blocker, ACE-Inhibitor, calcium channel blocker, digoksin)

		<ul style="list-style-type: none"> • Batuk menurun • Suara jantung S3 membaik • Suara jantung S4 membaik 	<p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posisikan pasien semi-fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman • Berikan diet jantung yang sesuai (mis., batasi asupan kafein, natrium, kolesterol, dan makanan tinggi lemak) • Gunakan stocking elastis atau pneumatik intermiten, sesuai indikasi • Fasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup sehat • Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stres, jika perlu • Berikan dukungan emosional dan spiritual • Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen > 94% <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi • Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap • Anjurkan berhenti merokok • Ajarkan pasien dan keluarga mengukur berat badan harian • Ajarkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan harian <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu • Rujuk ke program rehabilitasi jantung
2	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen Luaran:	<p>Toleransi Aktivitas (L.05047)</p> <p>Setelah dilakukan intervensi selama 1 x 24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frekuensi nadi 	<p>Manajemen Energi (I.05178)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan • Monitor kelelahan fisik dan emosional • Monitor pola dan jam tidur • Monitor lokasi dan ketidaknyaman selama melakukan aktivitas. <p>Terapeutik</p>

		<p>meningkat</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluhan lelah menurun • Dispnea saat beraktivitas menurun • Dispnea setelah aktivitas menurun. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sediakan lingkungan nyaman dan redah stimulasi (mis., cahaya, suara, kunjungan) • Berikan aktivitas distraksi yang menyenangkan • Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan tirah baring • Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap • Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang • Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
3	Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi	<p>Keseimbangan Cairan (L.03020) Setelah dilakukan intervensi selama 1 x 24 jam diharapkan keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluaran cairan meningkat • Edema menurun • Tekanan darah membaik • Denyut nadi radial membaik 	<p>Manajemen Hipervolemia (L.03114) Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis., ortopnea, dispnea, JVP/CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, suara napas tambahan) • Identifikasi penyebab hipervolemia • Monitor status hemodinamik (mis., frekuensi jantung, tekanan darah, MAP, CVP, PAP, PCWP, CO, CI), jika tersedia • Monitor intake dan output harian • Monitor tanda hemokonsentrasi (mis., kadar natrium, BUN, hematokrit, berat jenis urine) • Monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma (mis., kadar protein dan albumin meningkat) • Monitor kecepatan infus secara ketat

		<ul style="list-style-type: none"> • Tekanan arteri rata- rata membaik 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitor efek samping diuretik (mis., hipotensi ortostatik, hipovolemia, hipokalemia, hiponatremia) <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama • Batasi asupan cairan dan garam • Tinggikan kepala tempat tidur 30-40⁰ <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan melapor jika haluaran urin <0,5 mL/kg/jam dalam 6 jam • Anjurkan melapor jika berat badan bertambah >1 kg dalam sehari • Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan • Ajarkan cara membatasi cairan <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian diuretik • Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretik • Kolaborasi pemberian continuos renal replacement therapi (CRRT), jika perlu
4	Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler	<p>Pertukaran Gas (L.01003)</p> <p>Setelah dilakukan intervensi selama 1 x 24 jam diharapkan pertukaran gas meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dispnea menurun • Bunyi napas tambahan menurun • PCO2 membaik • PO2 membaik • Takikardia membaik 	<p>Pemantauan Respirasi (L.01014)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya napas • Monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, Kussmaul, Cheyne -Stokes, Biot, ataksik) • Monitor kemampuan batuk efektif • Monitor adanya produksi sputum • Monitor adanya sumbatan jalan napas • Palpasi kesimetrisan ekspansi paru • Auskultasi bunyi napas • Monitor saturasi oksigen

		<ul style="list-style-type: none"> • pH arteri membaik 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitor nilai AGD • Monitor hasil x-ray toraks <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alur interval waktu pemantaun sesuai dengan kondisi pasien • Dokumentasikan hasil pemantauan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan • Informasikan hasil pemantauan, jika perlu <p>Terapi Oksigen (I.01026)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor kecepatan aliran oksigen • Monitor posisi alat terapi oksigen • Monitor aliran oksigen secara periodik dan pastikan fraksi yang diberikan cukup • Monitor efektifitas terapi oksigen (mis., oksimetri, analisa gas darah), jika perlu • Monitor kemampuan melepaskan oksigen saat makan • Monitor tanda-tanda hipoventilasi • Monitor tanda dan gejala toksikasi oksigen dan atelektasis • Monitor tanda-tanda hipoventilasi • Monitor tanda dan gejala toksikasi oksigen dan atelektasis • Monitor tingkat kecemasan akibat terapi oksigen • Monitor integritas mukosa hidung akibat pemasangan oksigen <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bersihkan sekret pada mulut, hidung dan trakea, jika perlu
--	--	---	---

			<ul style="list-style-type: none"> • Pertahankan kepatenan jalan napas • Siapkan dan atur peralatan pemberian oksigen • Berikan oksigen tambahan, jika perlu • Tetap berikan oksigen saat pasien ditransportasi • Gunakan perangkat oksigen yang sesuai dengan tingkat mobilitas pasien <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajarkan pasien dan keluarga cara menggunakan oksigen di rumah <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi penentuan dosis oksigen • Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas dan/ atau tidur
5	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran arteri dan/ atau vena	<p>Perfusi Perifer (L.02011)</p> <p>Setelah dilakukan intervensi selama 1 x 24 jam diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Denyut nadi perifer meningkat • Sensasi meningkat • Warna kulit pucat menurun • Pengisian kapiler membaik • Akral membaik • Turgor kulit membaik 	<p>Perawatan Sirkulasi (I.02079)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Periksa sirkulasi perifer (mis., nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle brachial index) • Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis., diabetes, perokok, orang tua, hipertensi dan kadar kolesterol tinggi) • Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi • Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi • Lakukan perawatan kaki dan kuku • Lakukan hidrasi <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan berhenti merokok

			<ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan menggunakan obat penurunan tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolesterol, jika perlu • Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur • Anjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis., rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3) • Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis., rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat)
6	Risiko gangguan integritas kulit dibuktikan dengan perubahan sirkulasi, penurunan mobilisasi, penekanan pada tonjolan tulang	<p>Intergritas Kulit (L.14125) Setelah dilakukan intervensi selama 1 x 24 jam diharapkan integritas kulit meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kerusakan lapisan kulit menurun 	<p>Perawatan Integritas Kulit (I.11353)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mi., perubahan sirkulasi, perubahan status nutris, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas) <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring • Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu • Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare • Gunakan produk berbahan petroilium atau minyak pada kulit kering • Gunakan produk berbahan ringan/ alami dan hipoalergik pada kulit sensitif • Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan menggunakan pelembab (mis., lotion, serum) • Anjurkan minum air yang cukup • Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur • Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem • Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi/pelaksanaan keperawatan adalah realisasi tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Hadinata and Abdillah 2022).

asien dengan Gagal Jantung ringan mungkin tidak dirawat di rumah sakit, namun mereka memerlukan instruksi dalam perawatan mandiri. Instruksinya mencakup menyeimbangkan istirahat dengan aktivitas fisik, membatasi asupan natrium, dan mengikuti pantangan makanan lainnya. Seluruh keluarga harus dilibatkan dalam pengajaran diet. Ajarkan pemberian obat secara mandiri dan kesadaran akan efek samping buruk yang harus dilaporkan. Tinjau bahaya interaksi obat saat mengonsumsi obat tanpa resep, khususnya NSAID. Rekonsiliasi obat-obatan. Imunisasi pasien terhadap flu musiman dan pneumonia. Ubah gaya hidup sesuai kebutuhan pasien (diet, merokok, aktivitas fisik). Ajarkan gejala yang harus dilaporkan ke penyedia layanan kesehatan jika gejalanya memburuk atau muncul pertama kali. Pengajaran pasien dan tindak lanjut keperawatan yang menyeluruh membantu mencapai tujuan ini. Sangat penting untuk memantau pasien gagal jantung untuk mengetahui adanya ketidakseimbangan elektrolit, terutama ketidakseimbangan natrium atau kalium. Ketidakseimbangan elektrolit dapat menyebabkan disritmia jantung yang serius (Hadinata and Abdillah 2022).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Evaluasi mengacu kepada penilaian, tahapan dan perbaikan. Dalam evaluasi, perawat menilai reaksi klien terhadap intervensi yang telah diberikan dan menetapkan

apa yang menjadi sasaran dari rencana keperawatan dapat diterima (Hadinata and Abdillah 2022).

Pasien Gagal Jantung memerlukan pengobatan ekstensif dengan pengobatan dan perubahan gaya hidup. Evaluasi data obyektif dan subyektif untuk menentukan apakah hasil yang diharapkan terpenuhi. Catat data subjektif terkait toleransi aktivitas, status pernapasan, kenyamanan, dan pemahaman pengajaran terkait proses penyakit dan manajemen diri. Pemahaman tentang rejimen pengobatan adalah kunci kemajuan pasien. Sistem kardiovaskular harus dipantau untuk perbaikan status. Amati pasien untuk perbaikan gejala, termasuk edema, kualitas pernapasan, dan toleransi aktivitas. Perbaikan merupakan indikasi kemajuan pasien (Sangadji 2024).

C. Evidence-Based Nursing (EBN)

1. Pengantar

a. Defenisi

Posisi semi fowler merupakan posisi dengan setengah duduk, dimana bagian kepala tempat tidur lebih tinggi. Posisi tidur semi fowler dengan sudut 45^0 menghasilkan kualitas tidur yang lebih baik bagi pasien dengan gangguan jantung karena posisi semi fowler akan mempengaruhi keadaan curah jantung dan pengembangan rongga paru-paru pasien, sehingga sesak nafas berkurang dan akan mengoptimalkan kualitas tidur (Asmara, Sari & Fitri 2021).

b. Tujuan

Adapun tujuan lain dari pemberian posisi semi fowler yaitu :

- 1) Untuk menurunkan konsumsi oksigen dan menurunkan sesak nafas
- 2) Meningkatkan dorongan pada diafragma sehingga meningkatkan ekspansi dada dan ventilasi paru

- 3) Mempertahankan kenyamanan posisi pasien agar dapat mengurangi resiko statis sekresi pulmonary
- 4) Untuk membantu mengatasi masalah kesulitan pernafasan dan kardiovaskuler
- 5) Mengurangi tegangan intra abdomen dan otot abdomen
- 6) Memperlancar gerakan pernafasan pada pasien yang bedrest total
- 7) Pada ibu post partum akan memperbaiki drainase uterus
- 8) Menurunkan pengembangan dinding dada (Aini et al. 2017).

c. Manfaat

- 1) Memenuhi mobilisasi pada pasien
- 2) Membantu mempertahankan kestabilan pola nafas
- 3) Mempertahankan kenyamanan, terutama pada pasien yang mengalami sesak nafas
- 4) Memudahkan perawatan dan pemeriksaan pasien

d. Indikasi

Indikasi pemberian posisi semi fowler dilakukan pada :

- 1) Pasien yang mengalami kesulitan mengeluarkan sekresi atau cairan pada saluran pernafasan
- 2) Pasien dengan tirah baring lama
- 3) Pasien yang memakai ventilator
- 4) Pasien yang mengalami sesak nafas
- 5) Pasien yang mengalami imobilisasi

e. Kontraindikasi

Pemberian posisi semi fowler tidak dianjurkan atau dilakukan pada pasien dengan hipermobilitas, efusi sendi dan inflamasi.

f. Prosedur

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)
POSISI SEMI FOWLER**

1	PENGERTIAN	Memberikan posisi setengah duduk untuk meningkatkan kesehatan fisiologis dan/atau psikologis
2	TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengurangi sesak nafas 2. Memberikan rasa nyaman 3. Membantu memperlancar keluarnya cairan 4. Membantu mempermudah tindakan pemeriksaan
3	INDIKASI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien sesak nafas 2. Pasien pasca bedah, bila keadaan umum pasien baik atau bila pasien sudah benar-benar sadar
4	KONTRA INDIKASI	Pemberian posisi semi fowler tidak dianjurkan dilakukan pada pasien dengan hipermobilitas, efusi sendi, dan inflamasi
5	PERSIAPAN	<p>A. Persiapan alat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sandarkan punggung atau kursi 2. Bantal atau balok penahan kaki tempat tidur 3. Tempat tidur khusus (<i>functional bed</i>) jika perlu <p>B. Persiapan pasien, perawat dan lingkungan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perkenalkan diri anda pada klien, termasuk nama dan jabatan atau peran dan jelaskan apa yang akan dilakukan 2. Pastikan identitas klien 3. Jelaskan prosedur dan alasan dilakukan tindakan tersebut yang dapat dipahami oleh klien 4. Siapkan peralatan 5. Cuci tangan 6. Yakinkan klien nyaman dan memiliki ruangan yang cukup dan pencahayaan yang cukup untuk melakukan tugas 7. Berikan privasi klien
6	PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien di dudukan, sandaran punggung atau kursi di letakkan di bawah atau di atas kasur di bagian kepala, di atur sampai setengah duduk dan di rapikan. Bantal di susun menurut kebutuhan. Pasien di baringkan kembali dan pada ujung kakinya di pasang penahan. <div style="text-align: center;">  </div> <ol style="list-style-type: none"> 2. Pada tempat tidur khusus (<i>functional bed</i>) pasien dan tempat tidurnya langsung di atur setengah

		<p>duduk, di bawah lutut di tinggikan sesuai kebutuhan. Kedua lengan di topang dengan bantal.</p>  <p>3. Rapikan tempat tidur klien.</p>
7	HAL-HAL YANG HARUS DIPERHATIKAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perhatikan keadaan umum pasien 2. Bila posisi berubah, harus segera dibetulkan 3. Khusus untuk pasien pasca bedah di larang meletakkan bantal dibawah perut 4. Ucapkan terimakasih atas kerja sama klien 5. Dokumentasikan hasil prosedur dan toleransi klien pada format yang tepat
8	DOKUMENTASI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Catat tindakan yang telah dilakukan, tanggal dan jam pelaksanaan 2. Catat hasil tindakan (respon subjektif dan objektif) 3. Dokumentasikan tindakan dalam bentuk SOAP.

2. Analisis Artikel

Peneliti menemukan 5 artikel yang sesuai dengan kriteria. Peneliti menggunakan artikel dengan rentang waktu publikasi 5 tahun terakhir (2020-2022). Sampel yang digunakan merupakan artikel yang berhubungan dengan penerapan posisi semi fowler untuk mengurangi dyspnea pada pasien CHF. Peneliti menggunakan google scholar sebagai sumber pencarian artikel. Kemudian setelah artikel tersebut dianalisis peneliti menemukan beberapa tema bahasan utama yang peneliti jabarkan dalam bentuk bagan dibawah ini.

ANALISIS PICO

Analisis PICO	Jurnal 1	Jurnal 2	Jurnal 3	Jurnal 4	Jurnal 5
Judul	Penerapan Posisi Semi Fowler Terhadap Ketidakefektifan Pola Nafas Pada Pasien Congestive Heart Failure (CHF)	Pengaruh Pemberian Posisi Semi Fowler Terhadap Peningkatan Saturasi Oksigen pasien CHF Di R sud Dr. (H.C). Ir. Soekarno Provinsi Kepulauan Bangka Belitung	Efektifitas Posisi Semi Fowler Dalam Meningkatkan Saturasi Oksigen Dibandingkan Dengan Posisi Head Up Pada Pasien Gagaljantung Kronik Di Ruang Iccu Rsup Prof. Dr R.D Kandou Manado	Pengaruh Pemberian Posisi Semi-Fowler Terhadap Saturasi Oksigen Pada Pasien Kritis Di Ruang Intensive Care Unit di RSUD dr. Soeradji Tirtinegoro Klaten	Pemberian Posisi Semi Fowler Untuk Meningkatkan Saturasi Oksigen pada Pasien CHF (Congestive Heart Failure) di Ruang ICU RSUD Pandanarang Boyolali
Peneliti	Ahmad Muzaki, Yuli Ani	Sepinawati, Rima Berti Anggraini, Arjuna	Esrom Kanine, Ramdan Ismunandar Bakari, Sisfiani D. Sarimin, Grace A.Merentek, Welmin Lumi	Noviana Kurnia Sari, Dian Hudyawati, Agus Herianto	Cindyana Putri Sinta, Fida' Husain, Panggah Widodo
Tahun	2020	2022	2022	2022	2023
P (Problem)	Desain penelitian ini adalah deskriptif, dalam bentuk studi kasus. Penelitian diarahkan untuk mendeskripsikan penerapan posisi semi fowler terhadap ketidakefektifan pola	Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan menggunakan metode penelitian quasy eksperimen dengan desain pre dan post test with control group. Penelitian ini dilakukan dengan cara	Berdasarkan standar intervensi keperawatan indonesia maka penanganan pada pasien sesak adalah memposisikan pasien dengan pembuktian intervensi berdasarkan		Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan metode deskriptif dengan studi kasus penerapan pemberian posisi semi fowler untuk meningkatkan

	<p>nafas pada pasien Congestive Heart Failure (CHF) di ruangan ICCU selama 3 hari. Subyek dalam penelitian ini adalah dua orang klien yang mengalami gagal jantung kongestif dengan kriteria mengalami sesak nafas dan kesadaran composmentis</p>	<p>melakukan pengukuran awal (pre test) saturasi oksigen pada kelompok intervensi dan kontrol. Kemudian setelah mengetahui nilai pre test, peneliti memberikan perlakuan berupa posisi semi fowler pada kelompok intervensi dan tanpa posisi semi fowler pada kelompok kontrol. Setelah itu peneliti kembali melakukan pengukuran akhir (post test) saturasi oksigen setelah mendapatkan perlakuan. Sampel penelitian adalah sebagian dari pasien CHF di RSUD Dr. (H.C). Ir. Soekarno Provinsi Kepulauan Bangka Belitung tahun 2021, yang dihitung berdasarkan rumus perhitungan sampel sehingga didapatkan jumlah sampel penelitian</p>	<p>Evidence Based Practice Nurse yaitu meningkatkan saturasi oksigen dengan membandingkan perubahan posisi head up dan posisi semi fowler</p>		<p>saturasi oksigen, dengan bentuk observasi berkala dimana peneliti akan mengungkapkan hasil penerapan antara variabel dengan 2 responden</p>
--	---	--	---	--	--

		ini adalah 15 responden pada kelompok intervensi dan 15 responden pada kelompok kontrol.			
I (Intervention)	Intervensi semifowler position dilakukan dimana posisi kepala dan tubuh dinaikkan dengan 45°.	Penelitian ini memberikan perlakuan berupa posisi semi fowler pada kelompok intervensi dan tanpa posisi semi fowler pada kelompok kontrol. Setelah itu peneliti kembali melakukan pengukuran akhir (post test) saturasi oksigen setelah mendapatkan perlakuan.	Berdasarkan tindakan keperawatan sesuai SIKI untuk dilakukan perubahan posisi dalam melihat kenaikan saturasi oksigen dalam darah. dengan waktu pemberian posisi Head up selama 15 Menit dengan interval waktu istirahat 10 menit kemudian dilanjutkan pada perubahan posisi Semi Fowler yang dilakukan selama 15 menit kemudian di catat hasil dari kedua pemberian posisi tersebut.	Salah satu intervensi yang dapat dilakukan untuk meningkatkan nilai saturasi oksigen adalah dengan memposisikan pasien dalam posisi semi fowler. Pengamatan saturasi oksigen sebelum pemberian intervensi dilakukan selama ± 5 menit, kemudian responden diposisikan semi fowler 45° selama ± 30 menit, selanjutnya diobservasi kembali saturasi oksigennya dan di catat sebagai hasil dokumentasi.	Penerapan ini dilakukan di Ruang ICU RSUD Pandanarang Boyolali dengan waktu 15 menit selama 3 hari pada jam 13.00 setelah pasien makan. Instrumen yang digunakan pada penerapan ini yaitu menggunakan SOP Pemberian Posisi Semi Fowler dan Oxymeter dengan menggunakan model Mindray PM 60
C (Comparision)	Menurut Melanie (2014) pemberian posisi semi fowler pada klien akan mengakibatkan	Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Kanani dkk (2022) menyatakan bahwa	Hal ini sesuai dengan penelitian (Wijayati et al., 2019) yang mengatakan dari hasil	Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Astriani, N. M. D. Y.,	Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa posisi semi fowler lebih nyaman dan lebih

	<p>peningkatan aliran balik ke jantung tidak terjadi secara cepat. Aliran balik yang lambat maka peningkatan jumlah cairan yang masuk ke paru berkurang, sehingga udara di alveoli mampu mengabsorpsi oksigen.</p>	<p>setelah pasien CHF diberikan posisi semi fowler selama 10 menit terjadi peningkatan saturasi oksigen sebanyak 2% pada pasien CHF. Selain itu posisi semi fowler lebih disarankan untuk pasien CHF dibandingkan dengan posisi head up. Sejalan dengan hasil penelitian Aprillia (2022) yang menyatakan bahwa rata-rata saturasi oksigen sebelum diberi posisi semi fowler adalah 95,40% dan terjadi peningkatan saturasi oksigen sesudah diberi posisi semi fowler adalah 98,20% pada pasien gagal jantung. Rata-rata saturasi oksigen sebelum diberi posisi fowler adalah 95,27% dan terjadi peningkatan saturasi oksigen sesudah diberiposisi fowler adalah</p>	<p>penelitiannya didapatkan Median sebelum dilakukan Tindakan Posisi Semi Fowler 96% dan setelah dilakukan menjadi 98% hal ini menunjukkan adanya selisih sebesar 2%.</p>	<p>2021) bahwa Posisi semi-fowler efektif dalam meningkatkan nilai saturasi oksigen. Metode tersebut dapat mengurangi sekresi pulmonar dan mengurangi resiko penurunan dinding dada. Posisi semi-fowler bisa meningkatkan ekspansi paru dan menurunkan frekuensi sesak napas dikarenakan dapat membantu otot pernapasan mengembang maksimal</p>	<p>mudah dipahami oleh pasien sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Pambudi, Widodo (2020) yang memperoleh hasil adanya peningkatan saturasi pasien setelah diberikan tindakan semi flower sebesar 4-5%. Dan Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Kanine et al., (2022) juga menyebutkan adanya peningkatan sebesar 2% setelah pasien diberikan tindakan Posisi Semi Fowler dan dianggap lebih efektif terhadap peningkatan saturasi O₂.</p>
--	--	---	---	---	--

		96,87% pada pasien gagal jantung.			
O (Outcome)	Dapat disimpulkan bahwa penerapan posisi semi fowler (posisi duduk 45°) selama 3x24 jam sesuai menggunakan SOP membantu mengurangi sesak nafas dan membantu mengoptimalkan RR pada klien sehingga masalah ketidakefektifan pola nafas bisa teratasi	Dapat disimpulkan bahwa nilai rata-rata pre test saturasi oksigen pasien CHF pada kelompok intervensi ialah 91,93% dan kelompok kontrol ialah 92,73%. Nilai rata-rata post test saturasi oksigen pasien CHF pada kelompok intervensi adalah 93,40% dan kelompok kontrol adalah 92,20%. Serta adapengaruh pemberian posisi semi fowler terhadap peningkatan saturasi oksigen pasien CHF di RSUD Dr. (H.c). Ir. Soekarno Provinsi Kepulauan Bangka Belitung Tahun 2022.	Durasi posisi semi fowler serta posisi head up dilakukan selama 15 menit menggunakan interval waktu istirahat 10 menit setiap posisi. Rerata sebanyak 2 persen atau sebanyak 90 – 95 % nilai saturasi oksigen sebelum dan sesudah dilakukan posisi posisi semi fowler dibandingkan posisi head up	Hasil penerapan Evidence Based Nursing yang dilakukan menunjukkan bahwa terdapat pengaruh terhadap peningkatan nilai saturasi oksigen pada responden sebelum dan sesudah diberikan intervensi posisi semi-fowler	Sesuai hasil penerapan yang telah dilakukan ada peningkatan saturasi oksigen pada pasien gagal jantung kongestif sebanyak 3-4%. Pemberian posisi semi fowler bisa dijadikan salah satu teknik non farmakologi atau intervensi mandiri pada pasien Gagal Jantung Kongestif.

BAB III

METODOLOGI KARYA TULIS AKHIR

A. Desain Penelitian

Karya tulis akhir ini menggunakan jenis rancangan deskriptif dengan metode pendekatan studi kasus. Penelitian deskriptif bertujuan mendeskripsikan peristiwa-peristiwa penting yang terjadi pada masa kini. Studi kasus merupakan rancangan penelitian deskriptif yang mencakup pengkajian suatu unit penelitian secara intensif misalnya satu partisipan, keluarga, kelompok, komunitas, atau institusi (Harahap et al, 2021). Karya tulis akhir ini penulis ingin mengetahui bagaimana penerapan posisi semi fowler untuk meningkatkan saturasi oksigen dalam asuhan keperawatan pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) di ruangan bangsal jantung RSUP DR. M. Djamil Padang.

B. Waktu dan Tempat

Proses karya tulis akhir ini yaitu mulai bulan Maret 2024 sampai dengan bulan Juni 2024. Pengambilan kasus dan proses penerapan intervensi EBN posisi semi fowler dilakukan di ruang Bangsal Jantung RSUP Dr. M. Djamil Padang mulai 16 April sampai 4 Mei 2024.

C. Prosedur Pemilihan Intervensi EBN

Metode pencarian artikel yang digunakan dalam penelitian ini yaitu menggunakan Google Scholar didapatkan sebanyak 35 penelitian dan kemudian disaring sesuai kriteria pada telusur jurnal yaitu jurnal yang telah terindeks nasional dan internasional dalam kurun waktu kurang dari 5 tahun. Kata kunci yang digunakan dalam pencarian ini yaitu CHF, posisi semi fowler, saturasi oksigen.

D. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi atau yang biasa dikenal dengan sebutan universe adalah keseluruhan dari suatu objek yang akan diteliti sesuai dengan kriteria yang telah ditentukan. Populasi dalam penelitian bisa berupa orang

(individu, kelompok, organisasi, komunitas dan masyarakat) serta lainnya (Pamungkas and Usman 2017). Populasi penelitian ini adalah semua pasien CHF di ruangan bangsal jantung RSUP Dr. M. Djamil Padang berjumlah 6 orang.

2. Sampel

Sampel terdiri atas bagian populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subjek melalui sampling. Sedangkan sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi yang dapat mewakili populasi yang ada (Nursalam 2016). Sampel dalam Karya Tulis Akhir ini adalah 2 orang pasien CHF di ruangan bangsal jantung RSUP Dr. M. Djamil Padang.

a. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah ciri umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau dan akan diteliti. Pertimbangan ilmiah wajib menjadi panduan saat menentukan kriteria inklusi. Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah :

- 1) Pasien yang kesadarannya *composmentis cooperative*.
- 2) Bersedia menjadi responden serta menandatangani *Inform Consent*.
- 3) Pasien dapat berkomunikasi dengan baik dan mengikuti prosedur penulisan hingga akhir.
- 4) Pasien yang memiliki nilai AGD tidak normal

b. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan / mengeluarkan subjek yang tidak memenuhi kriteria inklusi dari penelitian karena berbagai hal sehingga dapat mengganggu pengukuran maupun interpretasi hasil. Kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah :

- 1) Pasien pulang atas permintaan sendiri (APS) atau dirujuk.
- 2) Pasien meninggal dunia saat dirawat inap.
- 3) Pasien mengalami penurunan kesadaran.

E. Jenis dan Teknik Pengumpulan Data

1. Jenis data

Jenis data yang dikumpulkan untuk pembuatan Karya Tulis Akhir ini ada dua yaitu data primer dan data sekunder.

a. Data primer

Data primer adalah data yang diperoleh sendiri oleh peneliti dari hasil pengukuran, pengamatan, survei dan lain-lain (Nursalam 2016). Data primer yang dikumpulkan meliputi biodata, keluhan utama, riwayat kesehatan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, pemeriksaan fisik, pemeriksaan tanda-tanda vital.

b. Data sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari dokumen yang diperoleh dari suatu lembaga atau orang lain (Nursalam 2016). Data sekunder yang dikumpulkan diperoleh dari rekam medis dan catatan perkembangan pasien meliputi hasil pemeriksaan penunjang dan obat-obatan.

2. Teknik pengumpulan data

Pengumpulan data merupakan suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam sebuah penelitian (Nursalam 2016). Metode pengumpulan data menggunakan metode wawancara dan observasi terstruktur. Pengukuran wawancara terstruktur meliputi strategi yang memungkinkan adanya suatu kontrol dari pembicaraan sesuai dengan isi yang diinginkan peneliti. Daftar pertanyaan biasanya sudah disusun sebelum wawancara dan ditanyakan secara urut. Observasi terstruktur dimana peneliti secara cermat mendefinisikan apa yang akan diobservasi melalui suatu perencanaan yang matang (Nursalam 2016). Wawancara dan observasi yang dilakukan kepada pasien dan keluarga meliputi biodata, keluhan utama, riwayat kesehatan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, pemeriksaan fisik, pemeriksaan tanda-tanda vital.

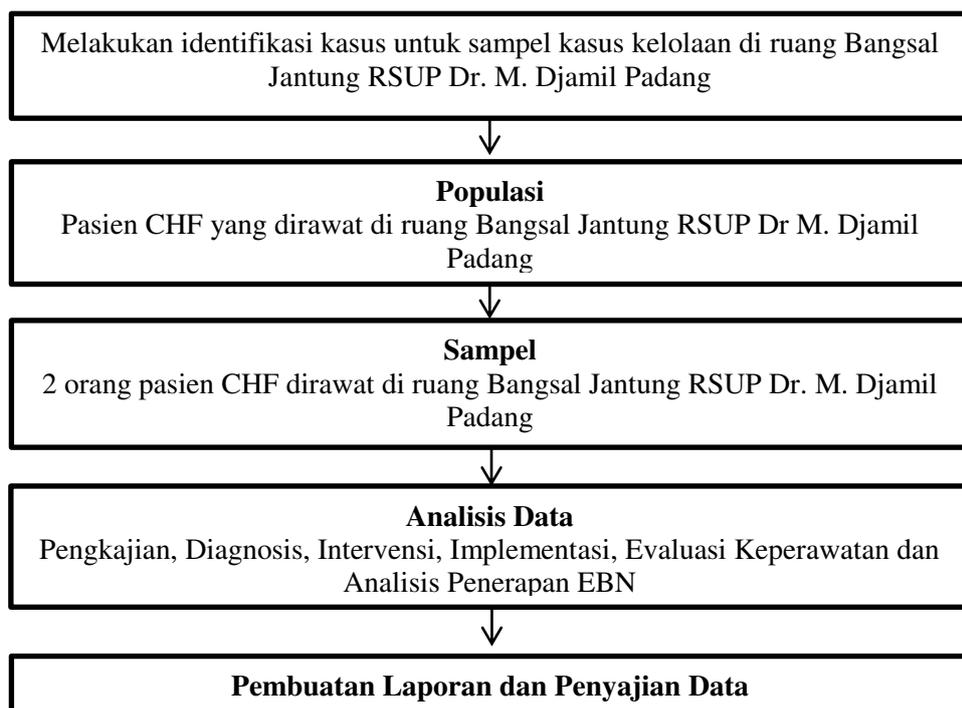
Langkah-langkah dalam pengumpulan data pada Karya Tulis Akhir Ners ini adalah :

- a. Melakukan identifikasi kasus di ruang rawat inap jantung RSUP Dr. M. Djamil Padang.
- b. Melakukan pendekatan secara informal kepada pasien yang dipilih sebagai responden kasus kelolaan dengan menjelaskan maksud dan tujuan, pengaturan posisi semi fowler dan memberikan lembar persetujuan (inform consent). Jika pasien bersedia untuk diberikan terapi, maka wajib menandatangani lembar persetujuan dan jika pasien menolak untuk diberikan terapi, maka peneliti tidak memaksa serta menghormati haknya.
- c. Pasien yang bersedia untuk diberikan terapi pengaturan posisi semi fowler akan dilakukan pengkajian keperawatan menggunakan cara wawancara serta observasi, biodata, keluhan utama, pemeriksaan fisik.

F. Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data yang digunakan pada Karya Tulis Akhir Ners ini berupa format pengkajian pada asuhan keperawatan untuk memperoleh data biodata, keluhan utama, riwayat kesehatan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, hasil pemeriksaan fisik dan hasil pemberian terapi pengaturan posisi semi fowler

G. Prosedur Karya Tulis Akhir



H. Analisa Data

Pengolahan dan analisa data pada Karya Tulis Akhir Ners ini menggunakan metode analisis data kualitatif. Analisis data dimulai saat peneliti mengumpulkan data di tempat penelitian sampai semua data terkumpul. Analisis data dilakukan dengan mengemukakan fakta dan membandingkan dengan teori yang ada kemudian dituangkan dalam bentuk opini pembahasan. Teknik analisis yang digunakan adalah teknik analisis naratif dengan cara menguraikan jawaban-jawaban dan hasil pengamatan yang diperoleh dari hasil studi dokumentasi secara mendalam sebagai jawaban dari rumusan masalah (Nursalam 2016). Berikut adalah urutan pada analisis di Karya Tulis Akhir Ners meliputi :

1. Reduksi data

Data hasil wawancara dan observasi yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan disajikan dalam satu transkrip serta dikelompokkan menjadi data-data sesuai dengan yang dibutuhkan untuk menjawab tujuan penelitian.

2. Penyajian data

Penyajian data disesuaikan dengan rancangan penelitian yang telah dipilih yaitu rancangan penelitian deskriptif menggunakan metode pendekatan studi kasus. Data tersaji secara terstruktur atau narasi serta dapat disertakan menggunakan ungkapan lisan dari subjek penelitian menjadi data pendukung.

3. Kesimpulan

Langkah setelah data disajikan yaitu pembahasan dan membandingkan dengan hasil-hasil penelitian terdahulu serta teori secara teoritis menggunakan perilaku kesehatan, kemudian ditarik kesimpulan menggunakan metode induksi yang diturunkan sesuai dengan proses keperawatan serta terapi inovasi meliputi pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi, evaluasi dan hasil analisis pemberian terapi inovasi.

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

Bab ini menjelaskan tentang studi kasus untuk mengurangi *dyspnea* dengan posisi semi *fowler* melalui pendekatan asuhan keperawatan yang dilakukan pada Tn. R dan Tn. I mulai tanggal 24 April – 4 Mei 2024 di ruang bangsal jantung RSUP Dr. M. Djamil Padang. Kesadaran pasien *composmentis* dan bersedia menjadi responden. Pelaksanaan asuhan keperawatan yang dilakukan meliputi pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan. Pengkajian ini dilakukan dengan *allo anamnesa* (wawancara dengan keluarga atau orang terdekat), pengamatan, observasi, pemeriksaan fisik, menelaah catatan medis dan catatan keperawatan.

1. Pengkajian

Tabel 4. 1 Hasil Pengkajian Keperawatan Partisipan 1 dan Partisipan 2

	Partisipan 1 (R)	Partisipan 2 (I)
Identitas	Pasien berinisial Tn. R lahir tanggal 10 November 1980, usia 44 tahun, agama islam, status perkawinan sudah menikah, pendidikan SMA, bahasa yang digunakan bahasa minang, pekerjaan Tn. R buruh. Pasien dengan nomor medis 00.51.58.xx	Pasien berinisial Tn. I lahir tanggal 18 Januari 1959, usia 65 tahun, agama islam, status perkawinan sudah menikah, pendidikan SMA, bahasa yang digunakan bahasa minang, pekerjaan Tn. I wiraswasta. Pasien dengan nomor medis 01.21.70.xx
Keluhan Utama	Tn. R masuk dari IGD RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tanggal 23 April pukul 24.00 WIB, pasien merupakan rujukan dari RSUD Pariaman dengan keluhan sesak nafas sejak 2 hari SMRS.	Tn. I masuk ke RSUP. Dr. M. Djamil Padang Pada tanggal 23 April 2024, melalui IGD pukul 16.00 WIB, pasien merupakan rujukan dari RST Yos Sudarso dengan keluhan sesak napas.
Riwayat Kesehatan Sekarang	Pada Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 24 April 2024 jam 11.00 pasien mengeluh sesak napas, badan terasa letih, tekanan darah	Pada Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 24 April 2024 jam 10.00 pasien mengatakan bahwa ia merasa lemas dan letih dan juga

	126/76 mmHg, nadi 68x/menit, pernafasan 23x/menit	merasa sesak napas, kaki bengkak serta perut membesar, tekanan darah 128/64 mmHg, nadi 77x/menit, pernafasan 44x/menit
Riwayat Kesehatan Dahulu	Pasien memiliki riwayat DM dan pasien merupakan perokok aktif, dalam sehari bisa menghabiskan 4 bungkus rokok. Pasien kontrol ke SP JP terakhir 4 bulan yang lalu, terapi yang dikonsumsi sebelumnya Furosemide 2x40 mg, uperio 2x200 mg, spironolactone 1x25 mg, adalat oros 2x30 mg, Jardiance duo 1x12.5 mg/500 mg, Vip albumin 3x1, Lansoprazole 1x30 mg, Sucralfat 3x15 cc, KSR 3X600 mg, lecemir 1x10 IU, Apidra 3x8 IU SC.	Pasien memiliki riwayat DM dan jantung \pm 4 tahun yang lalu. Terapi sebelumnya Levofloxacin 1x750mg selama 7 hari, Flumucyl 3x1 resp, Lasix 2x1, Digoxin extra 1 amp.
Riwayat Kesehatan Keluarga	Pasien memiliki riwayat penyakit keturunan DM dari Ibu	Pasien memiliki riwayat penyakit keturunan DM dari Ibu
Pola Kehidupan Sehari-hari	<p>Pola Eliminasi Sehat : Pada saat sehat BAB 1x sehari setiap pagi dengan konsistensi berwarna coklat kekuningan</p> <p>Sakit : BAB : Pada saat sakit BAB kadang ada kadang tidak ada, BAK : Pada saat sakit BAK \pm 6-7x sehari</p> <p>Pola Nutrisi : Sehat : Pasien mengatakan makan 3 kali sehari mengkonsumsi nasi ditambah lauk pauk dan sayur. Pasien mengatakan tidak mempunyai alergi terhadap makanan, pasien mengkonsumsi 7-8 gelas air per hari. Sakit : Pada saat di rumah sakit pasien mengatakan</p>	<p>Pola Eliminasi Sehat : BAB : Pada saat sehat BAB 1x sehari setiap pagi dengan konsistensi berwarna coklat kekuningan BAK : Pada saat sehat pasien BAK \pm 3-4 x/hari Sakit : BAB : Pada saat sakit BAB kadang ada kadang tidak ada, BAK : Pada saat sakit BAK \pm 6-7x sehari</p> <p>Pola Nutrisi : Sehat : Pasien mengatakan makan 3x sehari mengkonsumsi nasi ditambah lauk pauk dan sayur. Pasien mengatakan tidak mempunyai alergi terhadap makanan, pasien mengkonsumsi 7-8 gelas air per hari.</p>

	kadang-kadang makan tidak habis tersisa seperempat karena tidak nafsu makan, minum 7-8 gelas atau 1 botol aqua berisi 2 liter.	Sakit : Pada saat di rumah sakit pasien mengatakan makan hanya setengah dan tidak habis karena tidak nafsu makan, minum 7-8 gelas atau 1 botol aqua berisi 2 liter.
Pemeriksaan Fisik	Mata : Simetris kiri dan kanan, konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik dan tidak ada kelainan pada mata. Leher : JVP 5+3 cmH ₂ O. Dada dan Thorax : Paru : tampak simetris kiri dan kanan, tidak tampak adanya lesi, fremitus kiri dan kanan teraba sama, bunyi perkusi sonor, terdengar vesikuler, ronchi (+), wheezing (-). Jantung : Ictus kordis tidak terlihat, Ictus kordis teraba 1 jari lateral LMCX RIC V, Batas jantung atas : RIC II sinistra, kanan : LLSB, kiri : 1 jari lateral LMCS RIC V, BJ S1 S2 reguler, murmur (-), gallops (-)	Mata : Simetris kiri dan kanan, konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik dan tidak ada kelainan pada mata. Leher : JVP 5+3 cmH ₂ O. Dada dan Thorax : Paru : tampak simetris kiri dan kanan, tidak tampak adanya lesi, fremitus kiri dan kanan teraba sama, bunyi perkusi sonor, terdengar vesikuler, ronchi (+), wheezing (-). Jantung : Ictus kordis tidak terlihat, Ictus kordis teraba 1 jari lateral LMCX RIC V, Batas jantung atas : RIC II sinistra, kanan : LLSB, kiri : 1 jari lateral LMCS RIC V, BJ S1 S2 reguler, murmur (-), gallops (-)
Pemeriksaan Penunjang	Hasil laboratorium tanggal 24 April 2024 : Hemoglobin 8.2 g/dL, Leukosit 11.99 10 ³ /mm ³ , Trombosit 382 10 ³ /mm ³ , Hematokrit 23%, MCV 79 fL, MCH 28 pg, MCHC 35%, RDW-CV 14.8%, Natrium 118 mmol/L, Kalium 5.2 mmol/L, Klorida 100 mmol/L, Gula Darah Sewaktu 92 mg/dL, Kreatinin Darah 6.9 mg/dL, pH 7.39, pCo ₂ 20.9 mm Hg, pO ₂ 150.3 mm Hg, SO ₂ % 98.9, HCT 30%, HCO ₃ ⁻ 13 mmol/L, TCO ₂ 13.6 mmol/L, PO ₂ /FIO ₂ 719.2 mm Hg, Ureum Darah 138 mg/dL EKG tanggal 24 April 2024 : SR, QRS rate 68x/i, Axis N, P wave N, PR int 0,16s, QRS dur 0,12s, ST-T Changes (-),	Hasil laboratorium tanggal 23 April 2024 : Hemoglobin 15.8 g/dL, Leukosit 12.46 10 ³ /mm ³ , Trombosit 166 10 ³ /mm ³ , Hematokrit 48%, MCV 86 fL, MCH 29 pg, MCHC 33%, RDW-CV 18.2%, Natrium 134 mmol/L, Kalium 4.6 mmol/L, Klorida 103 mmol/L, Gula Darah Sewaktu 236 mg/dL, Kreatinin Darah 1.9 mg/dL, pH 7.39, pCo ₂ 21 mm Hg, pO ₂ 88 mm Hg, SO ₂ 97%, HCT 30%, HCO ₃ ⁻ 12.7 mmol/L, TCO ₂ 13.3 mmol/L, Ureum Darah 107 mg/dL, Albumin 3.4 g/dL, Bilirubin Direk 2.7 mg/dL, Bilirubin Indirek 10 mg/dL, Bilirubin Total 3.7 mg/dL, SGOT 258 U/L, SGPT 267 U/L.

	<p>LVH (+), RVH (-), LBBB (+). Rontgen tanggal 23 April 2024: CTR 60%, SgAo N, Sg P N, infiltrat (-), kranialisasi (-)</p>	<p>EKG tanggal 24 April 2024 : SR, QRS rate 68x/i, Axis N, P wave N, PR int 0,16s, QRS dur 0,12s, ST-T Changes (-), LVH (+), RVH (-), LBBB (+). Rontgen tanggal 23 April 2024: Kesimpulan : Kardiomegali dengan bendungan paru, Pneumonia bilateral.</p>
Terapi Medis	<ul style="list-style-type: none"> - Acetylsistein 3x400mg - Candesartan 1x8mg - Moxifloxacin 1x400mg - Alprazolam 1x0,5mg - Lasix 7mg/jam - NTG 10 mcg/menit - Levemir 1x10 IU - Apidra 3x8 IU - IVFD RL 500 cc/24jam - Asam folat 1x5 mg - Bicnat 3x500 mg - IVLine renxamin /8jam - Tutosol + neurobion / 16jam - O2 Binasal 3lpm 	<ul style="list-style-type: none"> - Uperio 2x50mg - Bisoprolol 1,25mg - Lasix 7mg/jam - Spironolakton 1x25mg - Candesartan 1x8mg - Aspilet 1x80mg - Antorvastatin 1x20mg - Laxadin 1x10 cc - Lansoprazole 1x30mg - IVFD RL 21 cc/jam Via infus pump - Moxifloxacin 1x400mg - Acetylsistein 2x200mg - Novorapid 3x6 IU - Asam folat 1x5mg - Bicnat 3x500mg - O2 Binasal 5lpm

2. Diagnosa Keperawatan

Tabel 4. 2 Diagnosa Keperawatan Partisipan 1 dan Partisipan 2

No	Tn. R	Tn. I
1	<p>Penurunan Curah Jantung b.d Perubahan afterload Data Subjektif : - Klien mengeluh sesak - Klien mengatakan lelah Data Objektif : - Pasien tampak pucat akral teraba dingin - TD 126/76 mmHg - HR 68 x/menit - RR 23 x/menit - SO2 : 98.8</p>	<p>Penurunan Curah Jantung b.d Perubahan afterload Data Subjektif : - Klien mengeluh sesak - Klien mengatakan lelah Data Objektif : - Pasien tampak pucat akral teraba dingin - TD 128/64 mmHg - HR 77x/menit, - RR : 44 x/menit - SO2 : 97</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Ekstremitas tampak edema - Hb : 8.2 g/dL - Hematokrit 23% - Trombosit 382 10³/mm³ 	<ul style="list-style-type: none"> - Ekstremitas tampak edema - Hb : 15.8 g/dL - Hematokrit 48% - Trombosit 166 10³/mm³ - Hasil rontgen Kardiomegali dengan bendungan paru, Pneumonia bilateral.
2	<p>Gangguan Pertukaran Gas b.d Perubahan Membran Alveolus-Kapiler Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengeluh sesak <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak sesak dan terpasang oksigen 3lpm - RR : 23 x/menit - SPO2 : - pH : 7.39 - PCO2 : 20.9 - PO2 : 150.3 - HCO3 : 13 mmol/L - PO2/FIO2 : 719.2 mg/dL - Beecf : -21.1 mmol/L - BE(B) : -9.6 mmol/L 	<p>Gangguan Pertukaran Gas b.d Perubahan Membran Alveolus-Kapiler Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengeluh sesak <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak sesak dan terpasang oksigen 5lpm - RR : 44 x/menit - SPO2 : - pH : 7.39 - PCO2 : 21 - PO2 : 88 - HCO3 : 12.7 mmol/L - PO2/FIO2 : 719.2 mg/dL - Beecf : -12.3 mmol/L - BE(B) : 10.9 mmol/L
3	<p>Hipervolemia b.d Kelebihan asupan cairan Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengeluh sesak - Pasien mengatakan kakinya bengkak <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak ada edema pada ekstremitas bawah - JVP 5+3 cmH20 - Hb : 8.2 g/dL - Hematokrit 23% 	<p>Hipervolemia b.d Kelebihan asupan cairan Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengeluh sesak - Pasien mengatakan kakinya bengkak <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak ada edema pada ekstremitas bawah - JVP 5+3 cmH20 - Hb : 15.8 g/dL - Hematokrit 48%

3. Intervensi Keperawatan

Tabel 4. 3 Rencana Keperawatan Partisipan 1 dan Partisipan 2

Partisipan I	Partisipan II
<p>a. Intervensi diagnosa keperawatan Penurunan Curah Jantung b.d Perubahan afterload (D.0008) berdasarkan SLKI : Curah Jantung (L.02008) dengan kriteria hasil : Kekuatan nadi perifer meningkat, Lelah menurun, Edema menurun, Dispnea menurun, Pucat/sianosis menurun, Batuk menurun, Tekanan darah membaik, <i>Capillary refill time</i> (CRT) membaik. SIKI : Perawatan Jantung (I.02075) : Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung, Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung, Monitor tekanan darah, Monitor intake dan output cairan, Monitor saturasi oksigen, Monitor EKG 12 sadapan, Monitor aritmia, Monitor nilai laboratorium jantung, Periksa tekanan darah dan nadi sebelum pemberian obat, Posisikan pasien semi fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman, Berikan diet jantung yang sesuai, Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%, Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap, Anjurkan berhenti merokok, Ajarkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan harian, Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu.</p>	<p>a. Intervensi diagnosa keperawatan Penurunan Curah Jantung b.d Perubahan Afterload berdasarkan SLKI : Curah Jantung (L.02008) dengan kriteria hasil : Kekuatan nadi perifer meningkat, Lelah menurun, Edema menurun, Dispnea menurun, Pucat/sianosis menurun, Batuk menurun, Tekanan darah membaik, <i>Capillary refill time</i> (CRT) membaik. SIKI : Perawatan Jantung (I.02075) : Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung, Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung, Monitor tekanan darah, Monitor intake dan output cairan, Monitor saturasi oksigen, Monitor EKG 12 sadapan, Monitor aritmia, Monitor nilai laboratorium jantung, Periksa tekanan darah dan nadi sebelum pemberian obat, Posisikan pasien semi fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman, Berikan diet jantung yang sesuai, Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%, Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap, Anjurkan berhenti merokok, Ajarkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan harian, Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu.</p>

<p>b. Intervensi diagnosa keperawatan Gangguan Pertukaran Gas b.d Perubahan Membran Alveolus-Kapiler (D.0003) berdasarkan SLKI : Pertukaran Gas (L.01003) dengan kriteria hasil : Dispnea menurun, Bunyi napas tambahan menurun, Gelisah menurun, PCO₂ membaik, PO₂ membaik, pH arteri membaik, Sianosis membaik, Pola napas membaik. SIKI : Terapi Oksigen (I.01026) : Monitor kecepatan aliran oksigen, Monitor efektifitas oksigen, Monitor tanda-tanda hipoventilasi, Monitor integritas mukosa hidung akibat pemasangan oksigen, Bersihkan sekresi pada mulut, hidung dan trakea, jika perlu, Pertahankan kepatenan jalan napas, Siapkan dan atur peralatan pemberian oksigen, Ajarkan pasien dan keluarga cara menggunakan oksigen di rumah, Kolaborasi penentuan dosis oksigen, Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas dan/atau tidur. Pengaturan Posisi (I.01019) : Monitor status oksigenasi sebelum dan sesudah mengubah posisi, Tempatkan pada posisi terapeutik, Atur posisi tidur disukai, jika tidak kontraindikasi, Atur posisi untuk mengurangi sesak napas (semi-Fowler), Tinggikan tempat tidur bagian kepala, Berikan bantal yang tepat pada leher, Informasikan saat akan dilakukan perubahan posisi, Kolaborasi pemberian premedikasi sebelum mengubah posisi, jika perlu</p>	<p>b. Intervensi diagnosa keperawatan Gangguan Pertukaran Gas b.d Perubahan Membran Alveolus-Kapiler (D.0003) berdasarkan SLKI : Pertukaran Gas (L.01003) dengan kriteria hasil : Dispnea menurun, Bunyi napas tambahan menurun, Gelisah menurun, PCO₂ membaik, PO₂ membaik, pH arteri membaik, Sianosis membaik, Pola napas membaik. SIKI : Terapi Oksigen (I.01026) : Monitor kecepatan aliran oksigen, Monitor efektifitas oksigen, Monitor tanda-tanda hipoventilasi, Monitor integritas mukosa hidung akibat pemasangan oksigen, Bersihkan sekresi pada mulut, hidung dan trakea, jika perlu, Pertahankan kepatenan jalan napas, Siapkan dan atur peralatan pemberian oksigen, Ajarkan pasien dan keluarga cara menggunakan oksigen di rumah, Kolaborasi penentuan dosis oksigen, Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas dan/atau tidur. Pengaturan Posisi (I.01019) : Monitor status oksigenasi sebelum dan sesudah mengubah posisi, Tempatkan pada posisi terapeutik, Atur posisi tidur disukai, jika tidak kontraindikasi, Atur posisi untuk mengurangi sesak napas (semi-Fowler), Tinggikan tempat tidur bagian kepala, Berikan bantal yang tepat pada leher, Informasikan saat akan dilakukan perubahan posisi,</p>
--	---

	Kolaborasi pemberian premedikasi sebelum mengubah posisi, jika perlu
c. Intervensi diagnosa keperawatan Hipervolemia b.d Kelebihan asupan cairan (D.0022) berdasarkan SLKI : Keseimbangan Cairan (L.03020) dengan kriteria hasil : Haluaran urin meningkat, Edema menurun, Tekanan darah membaik, Turgor kulit membaik. SIKI : Manajemen Hipervolemia : Periksa tanda dan gejala hipervolemia, Identifikasi penyebab hipervolemia , Monitor status hemodinamik, Monitor intake dan output cairan, Monitor tanda hemokonsentrasi, Monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma, Monitor kecepatan infus secara ketat, Batasi asupan cairan dan garam, Tinggikan kepala tempat tidur 30-40 ⁰ , Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan, Ajarkan cara membatasi cairan, Kolaborasi pemberian diuretik, Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretik.	d. Intervensi diagnosa keperawatan Hipervolemia b.d Kelebihan asupan cairan (D.0022) berdasarkan SLKI : Keseimbangan Cairan (L.03020) dengan kriteria hasil : Haluaran urin meningkat, Edema menurun, Tekanan darah membaik, Turgor kulit membaik. SIKI : Manajemen Hipervolemia : Periksa tanda dan gejala hipervolemia, Identifikasi penyebab hipervolemia , Monitor status hemodinamik, Monitor intake dan output cairan, Monitor tanda hemokonsentrasi, Monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma, Monitor kecepatan infus secara ketat, Batasi asupan cairan dan garam, Tinggikan kepala tempat tidur 30-40 ⁰ , Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan, Ajarkan cara membatasi cairan, Kolaborasi pemberian diuretik, Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretik.

4. Implementasi Keperawatan

Tabel 4. 4 Implementasi Keperawatan Partisipan 1 dan Partisipan 2

Partisipan I	Partisipan II
Tindakan keperawatan yang dilakukan selama 5 hari dari tanggal 24 April 2024 sampai 28 April 2024 untuk diagnosa Penurunan Curah Jantung b.d Perubahan afterload (D.0008) :	Tindakan keperawatan yang dilakukan selama 5 hari dari tanggal 24 April 2024 sampai 28 April 2024 untuk diagnosa Penurunan Curah Jantung b.d Perubahan afterload (D.0008) :

- Mengidentifikasi tanda/gejala primer dan sekunder penurunan curah jantung
- Memonitor tekanan darah
- Memonitor intake dan output cairan
- Memonitor saturasi oksigen
- Memeriksa tekanan darah dan nadi sebelum pemberian obat
- Memposisikan pasien semi fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman
- Memberikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%
- Menganjurkan beraktivitas fisik secara bertahap
- Mengajarkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan harian
- Mengkolaborasikan pemberian antiaritmia

Tindakan keperawatan yang dilakukan selama 5 hari dari tanggal 24 April 2024 sampai 28 April 2024 untuk diagnosa **Gangguan Pertukaran Gas b.d Perubahan membran alveolus-kapiler (D.0003)** :

- Memonitor kecepatan aliran oksigen
- Memonitor efektifitas oksigen
- Memonitor tanda-tanda hipoventilasi
- Memonitor status oksigenasi sebelum dan sesudah mengubah posisi
- Menempatkan pada posisi terapeutik
- Mngatur posisi tidur disukai, jika tidak kontraindikasi
- Mengatur posisi untuk mengurangi sesak napas (semi-Fowler)
- Meninggikan tempat tidur bagian kepala
- Memberikan bantal yang tepat pada leher
- Mengkolaborasikan pemberian

- Mengidentifikasi tanda/gejala primer dan sekunder penurunan curah jantung
- Memonitor tekanan darah
- Memonitor intake dan output cairan
- Memonitor saturasi oksigen
- Memeriksa tekanan darah dan nadi sebelum pemberian obat
- Memposisikan pasien semi fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman
- Memberikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%
- Menganjurkan beraktivitas fisik secara bertahap
- Mengajarkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan harian
- Mengkolaborasikan pemberian antiaritmia

Tindakan keperawatan yang dilakukan selama 5 hari dari tanggal 24 April 2024 sampai 28 April 2024 untuk diagnosa **Gangguan Pertukaran Gas b.d Perubahan membran alveolus-kapiler (D.0003)** :

- Memonitor kecepatan aliran oksigen
- Memonitor efektifitas oksigen
- Memonitor tanda-tanda hipoventilasi
- Memonitor status oksigenasi sebelum dan sesudah mengubah posisi
- Menempatkan pada posisi terapeutik
- Mngatur posisi tidur disukai, jika tidak kontraindikasi
- Mengatur posisi untuk mengurangi sesak napas (semi-Fowler)
- Meninggikan tempat tidur bagian kepala
- Memberikan bantal yang tepat pada leher
- Mengkolaborasikan pemberian

<p>premedikasi sebelum mengubah posisi</p> <p>Tindakan keperawatan yang dilakukan selama 5 hari dari tanggal 24 April 2024 sampai 28 April 2024 untuk diagnosa Hipervolemia b.d Kelebihan asupan cairan (D.0022) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi penyebab hipervolemia - Memonitor status hemodinamik - Memonitor intake dan output cairan - Memonitor tanda hemokonsentrasi - Memonitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma - Memonitor kecepatan infus secara ketat - Membatasi asupan cairan dan garam - Meninggikan kepala tempat tidur 30-40⁰ - Mengajarkan cara membatasi cairan - Mengkolaborasikan pemberian diuretik 	<p>premedikasi sebelum mengubah posisi</p> <p>Tindakan keperawatan yang dilakukan selama 5 hari dari tanggal 24 April 2024 sampai 28 April 2024 untuk diagnosa Hipervolemia b.d Kelebihan asupan cairan (D.0022) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi penyebab hipervolemia - Memonitor status hemodinamik - Memonitor intake dan output cairan - Memonitor tanda hemokonsentrasi - Memonitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma - Memonitor kecepatan infus secara ketat - Membatasi asupan cairan dan garam - Meninggikan kepala tempat tidur 30-40⁰ - Mengajarkan cara membatasi cairan - Mengkolaborasikan pemberian diureti
--	---

5. Evaluasi Keperawatan

Tabel 4. 5 Evaluasi Keperawatan Partisipan 1 dan Partisipan 2

Partisipan I	Partisipan II
<p>a. Setelah dilakukan evaluasi keperawatan pada Tn. R dengan Penurunan Curah Jantung b.d Perubahan afterload didapatkan hasil : pasien tampak tidak sesak, edema tampak menurun, batuk mulai berkurang, RR 19x/menit, TD 119/83 mmHg, HR 86x/menit, CRT <2 detik.</p>	<p>a. Setelah dilakukan evaluasi keperawatan pada Tn. I dengan Penurunan Curah Jantung b.d Perubahan afterload didapatkan hasil : pasien tampak tidak sesak, edema tampak menurun, batuk mulai berkurang, RR 20x/menit, TD 120/90 mmHg, HR 86x/menit, CRT <2 detik.</p>
<p>b. Setelah dilakukan evaluasi keperawatan pada Tn. R dengan Gangguan Pertukaran Gas b.d Perubahan membran alveolus-kapiler didapatkan hasil : pasien tampak tidak sesak dan tidak</p>	<p>b. Setelah dilakukan evaluasi keperawatan pada Tn. I dengan Gangguan Pertukaran Gas b.d Perubahan membran alveolus-kapiler didapatkan hasil : pasien tampak tidak sesak dan tidak</p>

<p>menggunakan oksigen, pasien tampak tidak pucat, RR 19x/menit, TD 119/83 mmHg, HR 86x/menit</p> <p>c. Setelah dilakukan evaluasi keperawatan pada Tn. R dengan Hipervolemia b.d Kelebihan asupan cairan didapatkan hasil : edema pada kaki tampak berkurang, urin 1200 cc/hari warna kekuningan.</p>	<p>menggunakan oksigen, pasien tampak tidak pucat, RR 20x/menit, TD 120/90 mmHg, HR 87x/menit</p> <p>c. Setelah dilakukan evaluasi keperawatan pada Tn. R dengan Hipervolemia b.d Kelebihan asupan cairan didapatkan hasil : edema pada kaki tampak berkurang, urin 1500 cc/hari warna kekuningan.</p>
--	--

B. Pembahasan

1. Pengkajian pada Pasien CHF

Pengkajian merupakan tahap pertama dalam proses keperawatan dengan mengumpulkan data secara sistematis untuk menentukan status kesehatan dan fungsional kerja serta respon klien pada saat ini dan sebelumnya (Prastiwi 2023). Penulis melakukan pengkajian pada tanggal 24 April 2024 didapatkan data pasien I dan pasien II, dimana pasien I Tn. R berusia 44 tahun berjenis kelamin laki-laki dan pasien II Tn. I berusia 65 tahun berjenis kelamin laki-laki. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Daersa and Nurbaeti (2023) mengenai analisis hubungan perawatan diri dengan kualitas hidup pada pasien gagal jantung kongestif, dimana jenis kelamin pasien GJK yang terbanyak di poli jantung RSUD dr. Soedarso yaitu laki-laki dengan jumlah 55 pasien (66,3 %). Hal tersebut disebabkan karena wanita dilindungi oleh hormon estrogen yang diasumsikan dapat memberikan kekebalan pada perempuan sebelum memasuki masa menopause, sehingga laki-laki lebih rentan terkena GJK jika dibandingkan dengan wanita. Hormon estrogen memiliki pengaruh perlindungan pada sistem sirkulasi darah di jantung, menurunkan kadar kolesterol darah serta menaikkan rasio high-density lipoprotein (HDL), sehingga bisa bersifat protektif terhadap perkembangan aterosklerosis serta dapat

melindungi dari penyakit degeneratif seperti penyakit jantung (Purbianto & Agustanti, 2015).

Penyakit gagal jantung meningkat sesuai dengan usia, berkisar kurang dari 1% pada usia kurang dari 50 tahun hingga 5% pada usia 50-70 tahun dan 10% pada usia 70 tahun ke atas (Nugroho et al. 2016). Pertambahan usia menurut Harigustian, akan mempertinggi risiko seorang menderita GJK. Seiring usia yang terus bertambah akan menyebabkan menurunnya fungsi jantung. Usia pada pasien GJK yang terus meningkat akan menyebabkan adanya perubahan struktur dan fungsi organ kardiovaskular. Situasi ini akan menimbulkan ambang batas rendah untuk penyakit GJK, miokardium akan menegang, relaksasi sel otot jantung akan memanjang, dan jumlah kolagen pada sel otot jantung akan semakin tinggi. Organ jantung akan mengalami gangguan sirkulasi darah akibat aterosklerosis yang meningkat seiring bertambahnya usia (Harigustian et al., 2016).

Usia merupakan faktor yang sangat penting dalam memicu timbulnya gagal jantung akut dikarenakan penurunan fungsi jantung hal ini berafiliasi dengan proses menua yang menyebabkan terjadinya peningkatan proses aterosklerosis pada pembuluh darah yang menyebabkan terganggunya aliran darah ke organ jantung sehingga, terjadi ketidak seimbangan antara kebutuhan oksigen miokardium menggunakan suplai oksigen sehingga menyebabkan terjadinya gagal jantung akut (Priandani et al. 2024).

Pada partisipan 1 dan 2, saat dilakukan pengkajian tanggal 24 April 2024 keluhan yang mereka rasakan sebelum masuk rumah sakit adalah sesak nafas (dispnea). Keluhan tersebut sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Kasron (2016) bahwa pada pasien dengan *Congestive Heart Failure* (CHF) biasanya akan mengalami perubahan pola napas salah satunya dispnea. Hal ini disebabkan karena akibat

penimbunan cairan dalam alveoli dan mengganggu pertukaran gas. Sehingga oksigen arteri berkurang dan terjadi peningkatan CO₂ yang akan membentuk asam didalam tubuh. Kondisi ini memberikan gejala berupa sesak napas (dispnea), ortopnea (dispnea saat berbaring) yang terjadi apabila aliran darah dari ekstremitas meningkatkan aliran balik vena ke jantung dan paru-paru.

Hal tersebut didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Yulianti and Chanif 2021, dimana keluhan utama yang dirasakan tiga responden penelitiannya dengan diagnosa medis CHF di RSUD Tugurejo Semarang adalah ketiga responden mengeluh sesak nafas, sesak bertambah dengan posisi berbaring.

Partisipan I Tn. R memiliki riwayat DM dari ibunya dan Tn. R merupakan perokok aktif dimana dalam sehari pasien bisa menghabiskan 3 bungkus rokok. Namun sekarang pasien sudah berhenti merokok, sebelumnya pasien pernah kontrol ke SP JP 4 bulan yang lalu. Pada partisipan II, Tn. I memiliki riwayat DM dari ibunya dan jantung \pm 4 tahun yang lalu. Faktor - faktor penyebab gagal jantung diantaranya adalah kebiasaan merokok, diabetes, hipertensi, kolestrol, kelebihan berat badan hingga stress. Ada tiga faktor lainnya yang tidak dapat dihindari oleh manusia yakni faktor keturunan dan latar belakang keluarga, faktor usia dan jenis kelamin yang banyak ditemui pada kasus kegagalan jantung. Selain hipertensi, penyebab gagal jantung ialah kelainan otot jantung, aterosklerosis dan peradangan pada miokardium (Widyansari 2014).

Foto sinar X dada posterior-interior atau foto rontgen dada pada penderita gagal jantung kongestif dapat menampilkan adanya cardiomegaly, hipertensi vena, dan edema paru (Puspita 2019). Cardiomegaly merupakan pembesaran jantung lebih dari ukuran normalnya, diakibatkan oleh otot-otot jantung yang tidak bisa

berkontraksi dengan benar, menyebabkan darah tidak bisa dikeluarkan ke seluruh tubuh dan berakumulasi di dalam jantung mengakibatkan jantung membesar.

Menurut Kasron (2016), terapi pengobatan yang tepat untuk pasien dengan CHF ini yaitu dengan pemberian oksigenasi, pembatasan cairan, terapi diuretik, dan pemberian obat ACE Inhibitor untuk meningkatkan COP dan menurunkan kerja jantung. Infus RL 500 ml merupakan cairan dalam golongan kristaloid yang berfungsi sebagai cairan pengganti tubuh. Terapi obat dan oksigen yang diberikan pada kedua pasien dapat mempengaruhi dalam mengurangi sesak nafas, sehingga kebutuhan oksigenasi terpenuhi.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu keputusan klinis tentang respon individu, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual dan potensial (Prastiwi 2023). Berdasarkan PPNI (2016) yang dapat ditegakkan penulis dalam kedua kasus memiliki tiga diagnosa yang sama yaitu : penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload, gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler, hipervolemia berhubungan kelebihan cairan.

Diagnosa keperawatan yang pertama yaitu penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload. Hal ini didukung dengan hasil pengkajian pada kedua partisipan. Diagnosa ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Naura (2020) mengenai studi kasus pada pasien dengan Congestive Heart Failure (CHF) di ruang ICCU RSUD dr. Zainoel Abidin Banda Aceh dari hasil pengkajian didapatkan diagnosa penurunan curah jantung. Terjadinya gagal jantung diawali dengan adanya kerusakan pada jantung atau miokardium, diikuti penurunan curah jantung. Bila kebutuhan

metabolisme tidak terpenuhi, maka jantung akan memberikan respon mekanisme kompensasi untuk mempertahankan fungsi jantung agar tetap dapat memompa darah secara adekuat. Gagal jantung terjadi jika kompensasi gagal memenuhi kebutuhan maksimal tersebut (Nurkhalis and Adista 2020).

Diagnosa keperawatan kedua yaitu gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolar-kapiler. Hal ini didukung dengan hasil pengkajian pada kedua partisipan. Diagnosa ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Pambudi dan Widodo (2020) mengenai studi kasus posisi fowler untuk meningkatkan saturasi oksigen pada pasien (CHF) congestive heart failure yang mengalami sesak nafas dimana didapatkan diagnosa keperawatan yang muncul adalah gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membrane alveolus- kapiler. Apabila ventrikel kiri gagal untuk memompakan darah secara adekuat akan menyebabkan kongesti pulmonal. Hal ini membuat suplai darah tidak lancar di paru-paru atau darah tidak masuk ke jantung yang menyebabkan cairan paru-paru dapat menurunkan pertukaran O₂ dan CO₂ antara udara dan darah di paru-paru (Kasron 2016).

Diagnosa keperawatan yang ketiga yaitu hipervolemia berhubungan dengan kelebihan cairan. Hal ini didukung dengan hasil pengkajian pada kedua partisipan. Diagnosa ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Naura (2020) mengenai studi kasus pada pasien dengan Congestive Heart Failure (CHF) di ruang ICCU RSUD dr. Zainoel Abidin Banda Aceh dari hasil pengkajian didapatkan diagnosa hipervolemia. Pada kasus gagal jantung masalah hipervolemia sering ditemukan, karena adanya kelebihan volume cairan yang merupakan perluasan isotonic yang disebabkan oleh retensi air dan natrium, jika kemampuan kontraktilitas jantung menurun maka darah yang dipompa tiap kontraksi akan menurun sehingga menyebabkan penurunan darah

keseluruh tubuh. Hal ini mengakibatkan penurunan fungsi ginjal untuk mengeluarkan kelebihan cairan (Kasron et al. 2019). Gagal jantung kanan akan menimbulkan gejala edema dan edema pada pasien muncul dari penumpukan cairan akibat dari terganggunya mekanisme keseimbangan cairan sebagai tanda dari gagalnya ventrikel kanan memompa sehingga semua darah yang kembali dari vena tidak dapat terakomodasi (Aspiani 2014).

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Naura (2020) mengenai studi kasus pada pasien dengan Congestive Heart Failure (CHF) di ruang ICCU RSUD dr. Zainoel Abidin Banda Aceh dari hasil pengkajian didapatkan 5 prioritas masalah keperawatan yaitu penurunan curah jantung, gangguan pertukaran gas, hipervolemia, risiko perfusi renal tidak efektif, risiko infeksi.

3. Rencana Keperawatan

Pada tahap rencana keperawatan digunakan sebagai pedoman untuk mengarahkan tindakan keperawatan dalam usaha membantu, memecahkan masalah atau memenuhi kebutuhan klien agar efektif dan efisien (Prastiwi 2023).

Berdasarkan PPNI (2018) intervensi yang dapat dilakukan pada pasien CHF yang mengalami penurunan curah jantung yaitu perawatan jantung dan pemantauan tanda vital. Intervensi perawatan jantung yaitu mengidentifikasi tanda/gejala primer dan sekunder penurunan curah jantung, monitor tekanan darah, monitor intake dan output cairan, monitor aritmia, posisikan pasien semi fowler, berikan oksigen, anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap dan kolaborasi pemberian obat. Intervensi pemantauan tanda vital yaitu monitor tekanan darah, monitor nadi, monitor pernapasan, monitor suhu, monitor oksimetri nadi, mengidentifikasi penyebab perubahan tanda vital, atur interval

dan dokumentasikan hasil pemantauan, jelaskan tujuan dan prosedur serta informasikan hasil pemantauan.

Pada diagnosa penurunan curah jantung intervensi keperawatan yaitu monitor tanda vital dan saturasi oksigen, auskultasi bunyi jantung, berikan oksigen, berikan medikasi yang diprogramkan sesuai instruksi (Lamone 2016).

Berdasarkan PPNI (2018) intervensi yang dapat dilakukan pada pasien CHF yang mengalami gangguan pertukaran gas yaitu terapi oksigen, pemantau respirasi dan pengaturan posisi. Intervensi terapi oksigen yaitu monitor efektifitas oksigen, monitor kecepatan aliran oksigen, mempertahankan kepatenan jalan napas, kolaborasi penentuan dosis oksigen. Intervensi pemantauan respirasi yaitu monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas, monitor pola napas, auskultasi bunyi napas, monitor saturasi oksigen, monitor nilai AGD dan kolaborasi pemberian obat dengan dokter. Intervensi pengaturan posisi yaitu monitor status oksigen sebelum dan sesudah mengubah posisi, mengatur posisi dengan semi fowler, berikan bantal pada leher, informasikan saat akan dilakukan perubahan posisi, kolaborasi pemberian premedikasi sebelum mengubah posisi.

Pada masalah gangguan pertukaran gas intervensi keperawatan yang dilakukan yaitu manajemen jalan napas, terapi oksigen dan observasi respirasi. Pada terapi oksigen yang dilakukan yaitu pertahankan kepatenan jalan napas, observasi aliran oksige dan berikan oksigen sesuai kebutuhan. Sedangkan pada observasi respirasi yang dilakukan yaitu observasi kecepatan, irama, dan kedalaman respirasi, catat pergerakan dinding dada, kesimetrisan, penggunaan otot bantu pernafasan dan retraksi otot interkosta, observasi pola napas, palpasi ekspansi paru, auskultasi bunyi paru setelah pemberian obat, dan observasi kemampuan batuk efektif (Aspiani 2014).

Berdasarkan PPNI (2018) intervensi yang dapat dilakukan pada pasien CHF yang mengalami hipervolemia adalah manajemen hipervolemia. Intervensi manajemen hipervolemia yaitu memeriksa tanda dan gejala serta penyebab hipervolemia, monitor status hemodinamik, monitor intake dan output cairan, monitor tanda hemokonsentrasi, monitor tanda peningkatan onkotik plasma dan monitor kecepatan infus, membatasi asupan cairan, kolaborasi pemberian diuretik dan penggantian kehilangan kalium akibat diuretik.

Pada diagnosa hipervolemia intervensi keperawatan yang dilakukan yaitu pantau status cairan secara ketat, bantu pasien untuk menaati pembatasan cairan dan diet rendah natrium, posisikan pasien untuk mendukung pernapasan, dan kaji kerusakan kulit dan lakukan upaya pencegahan serta kolaborasi pemberian diuretik (Aspiani 2014).

Berdasarkan *evidence based* yang digunakan dalam mengatasi sesak nafas yang dialami oleh kedua pasien yaitu dengan memposisikan pasien semi fowler. Dimana posisi semi fowler dapat mengurangi sesak nafas yang dirasakan. Intervensi yang disusun penulis untuk semua diagnosis sudah sesuai dengan teori dan tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

4. Implementasi Keperawatan

Tahap implementasi merupakan pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap intervensi. Tahap implementasi ditujukan untuk membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Prastiwi 2023).

Pada diagnosa keperawatan penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload yang dilakukan pada pasien yaitu mengidentifikasi tanda gejala primer dan sekunder penurunan curah

jantung (dispnea, edema, tampak lelah), memonitor ttv memonitor nilai laboratorium, kolaborasi dalam pemberian obat.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Putri (2021) dimana implementasi yang dilakukan yaitu mengidentifikasi penurunan curah jantung, memonitor intake dan output cairan, memonitor keluhan nyeri dada, memposisikan klien semi fowler, memberikan terapi relaksasi napas dalam, menganjurkan beraktivitas fisik secara bertahap, memantau tanda vital klien, dan berkolaborasi pemberian obat dengan dokter. Sementara itu untuk memantau irama jantung atau memonitor status kardiovaskuler dilakukan pemeriksaan EKG.

Pada diagnosa keperawatan gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler yang dilakukan pada pasien yaitu mengidentifikasi kemungkinan dyspnea, memonitor tanda-tanda hipoventilasi, memonitor saturasi oksigen, memposisikan semi fowler dan memberikan O₂ nasal kanul pada pasien.

Penatalaksanaan yang dapat dilakukan untuk memenuhi kebutuhan oksigen pada pasien CHF diantaranya memeriksa pola napas pasien, mengatur posisi semi fowler dan pemberian oksigen. Pemberian oksigen pada pasien dapat dilakukan dengan tiga cara yaitu melalui kanula, nasal, dan masker dengan tujuan memenuhi kebutuhan oksigen dan mencegah terjadinya hipoksia. Nasal kanul merupakan alat yang sederhana dan dapat memberikan oksigen dengan aliran 1-6 liter/menit dan konsentrasi oksigen sebesar 20-40%, sedangkan sungkup muka nonbreathing mempunyai dua katup, satu katup terbuka pada saat inspirasi dan tertutup pada saat ekspirasi dan satu katup fungsinya mencegah udara masuk pada saat inspirasi dan akan membuka pada saat ekspirasi. Pemberian oksigen dengan aliran 10-12 liter/menit dengan konsentrasi oksigen 80-100%. Hal ini menunjukkan bahwa

cara pemberian harus disesuaikan dengan kebutuhan yang ada (Musrifatul Uliyah 2021).

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Astuti dan Malik (2020) salah satu gejala dari gagal jantung adalah sesak nafas, untuk mengurangi sesak nafas agar tidak terjadi komplikasi atau kecanduan dari obat yang selalu di minum, maka diberikanlah terapi nonfarmakologi yaitu dengan melakukan pemberian posisi semi flower 45 derajat, pemberian O₂, Deep breathing exercise, Slow Deep Breathing.

Pada diagnosa keperawatan hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan yang dilakukan pada pasien yaitu mengidentifikasi tanda gejala dan penyebab hipervolemia, memonitor ttv, memonitor intake dan output cairan, memonitor hasil laboratorium, monitor kecepatan infus, kolaborasi pemberian diuretik.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Purnamasari 2023) dimana implementasi yang dilakukan meliputi monitor tanda vital, membatasi asupan cairan dan garam, monitoring balance cairan 24jam dan kolaborasi pemberian furosemid.

5. Evaluasi Keperawatan

Hasil evaluasi yang dilakukan berdasarkan pada tujuan dan kriteria hasil yang disusun pada tahap perencanaan dengan melihat perubahan yang terjadi pada pasien kelolaan (Prastiwi 2023).

Evaluasi keperawatan pada pasien dengan diagnosa penurunan curah jantung pada Tn. R dihari ke lima, intervensi keperawatan dengan SLKI curah jantung teratasi sebagian ditandai dengan data subjektif Tn. R mengatakan sesak sudah berkurang, mengeluh badan terasa lelah dan lemah juga berkurang dan data objektif Tn. R tampak pucat

berkurang, akral teraba hangat, edema berkurang, TD 120/80 mmHg, HR 84x/menit, natrium 116 mmol/L, kalium 4.6 mmol/L, klorida 98 mmol/L. Sedangkan pada Tn. I pada hari ke lima, setelah diberikan intervensi keperawatan dengan SLKI curah jantung teratasi sebagian ditandai dengan data subjektif Tn. I mengatakan sesak sudah berkurang, mengeluh lelah dan lemah mulai berkurang dan untuk data objektif Tn. I tampak pucat berkurang, akral teraba hangat, edema pada kaki dan perut berkurang, TD 124/80 mmHg, HR 87x/menit, natrium 143 mmol/L, kalium 3.3 mmol/L, klorida 100 mmol/L.

Hasil penelitian yang dilakukan Lestari dan Desiani (2023) dengan diagnosa penurunan curah jantung pada pasien CHF di Instalasi Gawat Darurat RS TNI AD TK II Pelamonia Makassar dibuktikan dengan sesak sedikit berkurang, lelah sedikit berkurang, pucat sedikit berkurang, CRT cukup membaik, pemeriksaan tanda-tanda vital akhir tekanan darah : 129/90 mmHg, nadi : 102x/menit, suhu : 36,6⁰ C, pernapasan : 32x/menit.

Evaluasi keperawatan pada pasien dengan diagnosa yaitu gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler menunjukkan perbaikan dan peningkatan kesehatan pada pasien. Pada Tn. R hari keempat, intervensi keperawatan dengan SLKI pertukaran gas menurun ditandai dengan data subjektif Tn. R mengatakan sesak nafas yang dirasakan sudah menurun setelah diberikan posisi semi fowler dan terapi oksigen selama 3 hari, dan data objektif Tn. R tampak tidak menggunakan oksigen dan RR 17x/menit, SPO2 99%.

Sedangkan pada Tn. I pada hari ke empat, setelah diberikan intervensi keperawatan dengan SLKI pertukaran gas menurun ditandai dengan data subjektif Tn. I mengatakan sesak nafas yang dirasakan sudah menurun setelah diberikan posisi semi fowler dan terapi oksigen

selama 3 hari, dan data objektif Tn. R tampak tidak menggunakan oksigen dan RR 22x/menit.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Rahmadhani (2020) dengan diagnosa gangguan pertukaran gas pada pasien CHF didapatkan pasien mengatakan sudah tidak lagi sesak nafas, pasien tampak tidak sesak, RR: 20x/menit.

Evaluasi keperawatan pada pasien dengan diagnosa yaitu Hipervolemia b.d Kelebihan asupan cairan pada Tn. R dihari ke lima, intervensi manajemen hipervolemia teratasi sebagian ditandai dengan data subjektif Tn. R mengatakan kakinya yang bengkak mulai berkurang dan data objektif Tn. R tampak edema pada kaki berkurang, intake 300cc, output 800cc, hematokrit 23%, natrium 116 mmol/L, kreatinin darah 6.4 mg/dL, ureum darah 138 mg/L.

Sedangkan pada Tn. I pada hari ke lima, setelah diberikan intervensi keperawatan dengan SLKI keseimbangan cairan teratasi ditandai dengan data subjektif Tn. I mengatakan kakinya yang bengkak berkurang dan data objektif Tn. I tampak edema pada kaki berkurang, intake 350cc, output 850cc, hematokrit 48%, natrium 143 mmol/L, kalium 3.3 mmol/L, klorida 100 mmol/L.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Rahmadhani (2020) dengan diagnosa hipervolemia pada pasien CHF didapatkan pasien mengatakan kaki sudah tidak bengkak. Tampak edema pada kaki sudah tidak ada, urin 1500cc/hari, warna kekuningan.

6. Analisis Penerapan EBN

a. Implikasi

Pemberian posisi semi fowler merupakan salah satu tindakan keperawatan yang bertujuan untuk menurunkan konsumsi oksigen dan meningkatkan ekspansi paru-paru yang maksimal, serta untuk

mengatasi kerusakan gas yang berhubungan dengan perubahan membran alveolus sehingga mengurangi sesak. Pola napas yang stabil dapat ditandai dengan frekuensi pernapasan yang normal, tidak terjadi ketidakcukupan oksigen (hipoksia), perubahan pola napas, dan tidak terjadi obstruksi jalan napas (Kasan and Sutrisno 2020).

Menurut Khasanah (2019) menjelaskan bahwa posisi semi fowler adalah posisi tidur yang biasa diberikan pada pasien gagal jantung kongestif. Posisi semi fowler merupakan pengaturan posisi tidur dengan meninggikan punggung bahu dan kepala sekitar 30° atau 45° memungkinkan rongga dada dapat berkembang secara luas dan pengembangan paru-paru meningkat.

Pada hari pertama, setelah diberikan posisi semi fowler kedua partisipan mengalami peningkatan saturasi oksigen dimana Tn. R sebelum diberikan saturasi oksigennya 96% dan setelah diatur posisinya menjadi semi fowler saturasi meningkat menjadi 98% serta RR 22x/menit. Sedangkan pada Tn. I sebelum diberikan posisi semi fowler saturasi oksigen 96% dan setelah diberikan oksigen saturasinya menjadi 98% serta RR 22x/menit.

Hal ini menandakan bahwa Posisi fowler sebagai salah satu tindakan keperawatan yang mampu mengurangi sesak nafas dan efektif dalam meningkatkan tingkat saturasi oksigen. Posisi semi fowler dianggap efektif meningkatkan saturasi oksigen karena posisi ini dapat menghilangkan tekanan pada diafragma dan memungkinkan pertukaran volume yang lebih besar dari udara. Latihan pernafasan dan pengaturan posisi seseorang memang akan menyebabkan peningkatan peredaran darah ke otot-otot pernafasan. Aliran darah yang lancar ini akan membawa nutrisi dan oksigen yang lebih

banyak ke otot-otot pernafasan sehingga saturasi oksigen meningkat (Sinta 2023).

b. Keterbatasan

Pada proses implementasi EBN penulis memiliki keterbatasan pada tempat tidur / bed yang digunakan karena tidak menggunakan tempat tidur khusus (functional bed) sehingga penulis sulit mengetahui derajat / kurang sesuai derajat yang diberikan.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penerapan posisi semi fowler dalam asuhan keperawatan pada pasien CHF untuk meningkatkan saturasi oksigen di ruang bangsal jantung RSUP Dr. M. Djamil Padang terhadap 2 partisipan yaitu Tn. R dan Tn. I, maka dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Hasil pengkajian didapatkan pada pasien CHF yang masuk dari IGD RSUP Dr. M. Djamil Padang dengan keluhan sesak nafas dan ekstremitas edema dan hasil pemeriksaan laboratorium kedua pasien didapatkan nilai Analisis Gas Darah (AGD) terganggu atau direntang normal.
2. Diagnosa keperawatan yang diperoleh dari kedua pasien CHF yaitu penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload, gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler, hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan.
3. Rencana asuhan keperawatan yang akan dilakukan yaitu menggunakan SIKI, SLKI serta didukung oleh intervensi *Evidence Based Nursing* (EBN) yang akan diterapkan oleh peneliti yaitu perawatan jantung, terapi oksigen, pengaturan posisi dan manajemen hipervolemia.
4. Implementasi keperawatan diberikan pada kedua partisipan selama 5 hari, *evidence based nursing* yang diterapkan yaitu mengatur posisi semi fowler.
5. Setelah diberikan intervensi selama 5 hari, evaluasi menunjukkan adanya perubahan pada sesak nafas yang dirasakan pada kedua partisipan dan edema pada ekstremitas berkurang.
6. Setelah penerapan intervensi posisi semi fowler diberikan kepada kedua partisipan, didapatkan efektivitas pengaturan posisi semi fowler dalam mengurangi sesak nafas dan meningkatkan saturasi oksigen pada kedua partisipan.

B. Saran

1. Bagi Profesi Keperawatan

Hasil dari penulisan karya tulis akhir ini diharapkan dapat meningkatkan kualitas keperawatan yaitu dengan cara menjadikan karya tulis ini sebagai panduan dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan CHF dan menerapkan posisi semi fowler sebagai tindakan keperawatan mandiri untuk mengurangi sesak nafas pada pasien dengan CHF.

2. Bagi Rumah Sakit

Hasil dari penulisan karya tulis akhir ini diharapkan dapat menjadi alternative dalam pemberian asuhan keperawatan khususnya pada pasien CHF yang mengalami sesak nafas di rumah sakit khusus bangsal jantung RSUP Dr. M. Djamil Padang.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil karya tulis ini dapat dijadikan sebagai bahan referensi yang dapat dijadikan informasi tambahan pengetahuan mahasiswa terkait penerapan posisi semi fowler untuk meningkatkan saturasi oksigen dan mengurangi sesak nafas.

4. Bagi peneliti selanjutnya

Hasil dari karya tulis ini dapat dijadikan sebagai bahan referensi dalam menyusun asuhan keperawatan khususnya pada pasien CHF dengan penerapan posisi semi fowler yang dapat diterapkan di ruang rawat lain untuk meningkatkan saturasi oksigen dan mengurangi sesak nafas.

DAFTAR PUSTAKA

- Aspiani, Reny Yuli. 2014. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Kardiovaskuler : Aplikasi NIC & NOC*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Astuti, and Muh. Zukri Malik. 2020. "Intervensi Keperawatan Pasien CHF Yang Mengalami Penurunan Curah Jantung."
- Daersa, Arsalna, and Siti Nani Nurbaeti. 2023. "Analisis Hubungan Perawatan Diri Dengan Kualitas Hidup Pada Pasien Gagal Jantung Kongestif." *Media Karya Kesehatan* 6(2): 267–83.
- Guyanto, Moza. 2023. "Gagal Jantung." *Kemendes Ditjen Yankes*. https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/2541/gagal-jantung (April 18, 2024).
- Hadinata, Dian, and Awaludin Jahid Abdillah. 2022. *Metodologi Keperawatan*. ed. Sri Wahyuni. Bandung: Widina Bhakti Persada.
- Hastuti et al. 2022. "Buku Ajar Anatomi Fisiologi." *Zahir Publishing*: 1–214.
- Kanine, Esrom et al. 2022. "EFEKTIFITAS POSISI SEMI FOWLER DALAM MENINGKATKAN SATURASI OKSIGEN DIBANDINGKAN DENGAN POSISI HEAD UP PADA PASIEN GAGAL JANTUNG KRONIK DI RUANG ICCU RSUP PROF. Dr R.D KANDOU MANADO." 01(02): 67–73.
- Kasan, Nur, and Sutrisno. 2020. "Efektifitas Posisi Semifowler Terhadap Penurunan Respiratori Rate Pasien Gagal Jantung Kronik (CHF) Di Ruang Lily RSUD Sunan Kalijaga Demak." *Journal of TSCNers* 5(1): 1–8.
- Kasron. 2016. *Buku Ajar Keperawatan Sistem Kardiovaskuler*. Cetakan pe. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Kasron et al. 2019. "Pengaruh Ventilatory Muscle Training (VMT) Terhadap Penurunan Dyspnea Pada Penderita Congestive Heart Failure." *Jurnal Medika Usada* 2(1): 31–37.
- Kemendes RI. 2018. "Hasil Utama Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018." In *RISKESDAS*, , 1–220.
- Khasanah, Suci et al. 2019. "Perbedaan Saturasi Oksigen Dan Respiratory Rate Pasien CHF Pada Perubahan Posisi." *Jurnal Ilmu Keperawatan Medikal Bedah* 2(1): 1–13.
- Lamone, Priscilla. 2016. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah (Medical-Surgical Nursing : Critical Thinking in Patient Care)*. Jakarta: EGC.
- Lestari, Desiana, and Desiani. 2023. Karya Ilmiah Akhir "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Congestive Heart Failure (CHF) Di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit TNI AD TK II Pelamonia Makassar."
- Lippi, Giuseppe, and Fabian Sanchis-Gomar. 2020. "Global Epidemiology and Future Trends of Heart Failure." *AME Medical Journal* 5(6): 3–8.
- Musrifatul Uliyah, Aziz Alimul Hidayat. 2021. *Keperawatan Dasar 1 Untuk Pendidikan Vokasi*. Health Boo. Surabaya.
- Muttaqin, Arif. 2014. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Kardiovaskular Dan Hematomegali*. Jakarta: Salemba Medika.
- Muzaki, Ahmad, and Yuli Ani. 2020. "PENERAPAN POSISI SEMI FOWLER TERHADAP KETIDAKEFEKTIFAN POLA NAFAS PADA PASIEN CONGESTIVE HEART FAILURE (CHF)." 1: 19–24.
- Naura, Cut Calisa et al. 2020. "Tanda Dan Gejala Hipervolemia." *British Medical*

- Journal* 2(5474): 1333–36.
- Nugroho, Taufan, Bunga Tamara Putri, and Dara Kirana Putri. 2016. *Teori Asuhan Keperawatan Gawat Darurat*. Pertama. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Nurkhalis, and Rangga Juliar Adista. 2020. “Manifestasi Klinis Dan Tatalaksana Gagal Jantung.” *Jurnal Kedokteran Nanggroe Medika* 3(3): 104–15.
- Nursalam. 2016. *Konsep Dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Salemba Medika.
- Pambudi, Dimas Agung, and Sri Widodo. 2020. “Posisi Fowler Untuk Meningkatkan Saturasi Oksigen Pada Pasien (CHF) Congestive Heart Failure Yang Mengalami Sesak Nafas.” *Ners Muda* 1(3): 156.
- Pamungkas, Rian Adi, and Andi Mayasari Usman. 2017. *Metodologi Riset Keperawatan*. 1st ed. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- PPNI. 2016. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi Dan Indikator Diagnostik*. Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- . 2018. *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi Dan Tindakan Keperawatan*. Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- Prastiwi, D. 2023. *Metodologi Keperawatan (Teori Dan Panduan Komprehensif)*. PT.Sonpedia Publishing Indonesia.
- Priandani et al. 2024. “Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Congestive Heart Failure (Chf) Pasien.” *Jurnal Penelitian Perawat Profesional* 6(1): 273–84.
- Purnamasari, Deya et al. 2023. “Gambaran Pengelolaan Hipervolemia Pada Gagal Jantung Kongestif Di Rumah Sakit.” *Jurnal Keperawatan Berbudaya Sehat* 1(1): 9–15.
- Puspita, Dinarwulan. 2019. “Efektifitas Posisi Tidur Miring Kanan Dan Semifowler Terhadap Perubahan Pola Napas Di RSUD Dr. Soedarso Pontianak.” *Jurnal Keperawatan dan Kesehatan* 77(1): 1–15.
- Putri, Melia Engla. 2021. “Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Congestive Heart Failure (CHF) Di RS Tingkat III Dr. Reksodiwiryo Padang.” *oliteknik Kesehatan Kemenkes Padang*.
- Rahmadhani, Fajriah Nur. 2020. 53 “Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Gagal Jantung Kongestif (CHF) Yang Di Rawat Di Rumah Sakit.” *Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur OLEH*.
- Riskesdas. 2018. “Riset Kesehatan Dasar Provinsi Sumatera Barat Tahun 2018.” *In Laporan Riskesdas Nasional 2018*, , 1–478.
- Sangadji, Faisal et al. 2024. Jakarta *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah I*. Jakarta: Mahakarya Citra Utama.
- Sari, Noviana Kurnia et al. 2022. “Pengaruh Pemberian Posisi Semi-Fowler Terhadap Saturasi Oksigen Pada Pasien Kritis Di Ruang Intensive Care Unit Di RSUD Dr . Soeradji Tirtinegoro Klaten.” (1): 30–38.
- Sinta, Cindyana Putri et al. 2023. “Pemberian Posisi Semi Fowler Untuk Meningkatkan Saturasi Oksigen Pada Pasien CHF (Congestive Heart Failure) Di Ruang ICU RSUD Pandanarang Boyolali.” 2(3): 449–55.
- Widyansari, F. 2014. “Patomekanisme Penyakit Gagal Jantung Kongestif, Modal Sosial Dalam Pendidikan Berkualitas Di Sekolah Dasar Muhammadiyah Muitihan.” 4(September): 81–90.
- World Health Organization. 2020. *WHO Reveals Leading Causes of Death and Disability Worldwide: 2000-2019*.

- Yulianti, and Chanif. 2021. "Penerapan Perubahan Posisi Terhadap Perubahan Hemodinamik Pada Asuhan Keperawatan Pasien Congestive Heart Failure." *Ners Muda* 2(2): 82.
- Yunita, Amalia et al. 2020. "Gambaran Tingkat Pengetahuan Pasien Tentang Pencegahan Komplikasi Congestive Heart Failure (Chf)." *Jurnal Ners Indonesia* 11(1): 98.

LAMPIRAN

Lampiran 1 : Ganchart

GANCHART KARYA TULIS AKHIR PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS
TAHUN 2024

No	Kegiatan	Pra Magang		Magang (15 April – 4 Mei 2024)			6-11 Mei 2024	Ujian KTA 13 – 25 Mei 2024		27 Mei – 01 Juni 2024
		Sept-Des 2023	Januari-April 2024	Mggu I	Mggu II	Mggu III				
1	Pembahasan revisi Panduan KTA 2024									
2	Penentuan kuota kasus dan pembimbing KTA									
3	Konsultasi Jurnal/Artukel EBN									
4	Konsultasi dan Penyusunan BAB I, II, III									
5	Pelaksanaan/penerapam EBN pada kasus									
6	Penyusunan BAB IV (gambaran kasus dan pembahasan)									
7	Penyusunan BAB V									
8	Pendaftaran sidang KTA									
9	Sidang KTA									
10	Revisi laporan sidang KTA									
11	Pembuatan/Konsultasi Manuskrip hasil KTA									
12	Pengumpulan laporan KTA ke prodi									

Lampiran 2 : Daftar Riwayat Hidup

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



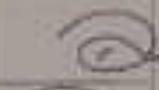
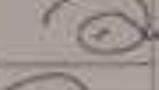
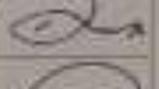
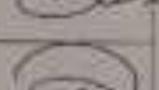
Nama : Fadhil Muhammad Yusril
NIM : 233410008
Tempat / Tanggal Lahir : Payakumbuh / 9 Februari 2001
Agama : Islam
Status Perkawinan : Belum Kawin
Orang Tua : Ayah : Nasril Efendi
Ibu : Yusmiati
Alamat : Jln. Anggrek III No. 85/87 Kel. Limbukan Kec.
Payakumbuh Selatan Kota Payakumbuh
Riwayat Pendidikan :

No	Pendidikan	Institusi	Tahun
1	SD	SDN 63 Payakumbuh	2007 - 2013
2	SMP	SMPN 9 Payakumbuh	2013 - 2016
3	SMA	SMAN 4 Payakumbuh	2016 - 2019
4	Sarjana Terapan Keperawatan	Kemenkes Poltekkes Padang	2019 - 2023
5	Pendidikan Profesi Ners	Kemenkes Poltekkes Padang	2023 - 2024

Lampiran 3 : Lembar Konsultasi KTA

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN KARYA TULIS AKHIR
 PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS
 KEMENKES POLTEKKES PADANG

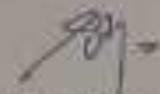
Nama Mahasiswa : Fadel Muhammad Yudi
 NIM : 23340003
 Pembimbing : H. Ika Devi Anggrani, N.Kep., N.KMg
 Judul KTA : pemberian p1-21 anti pada untuk mencegah Oligemurik dalam Anjur Perawatan sd pasien Cef diftergan Bangsal jantung KIPU Dr M Daman Sodar m

Bimbingan ke	Hari/Tanggal	Uraian Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
I	3/4-2024	Bimbingan judul dan bab I dan II	
II	4/4-2024	Bimbingan BAB I dan II	
III	5/4-2024	Bimbingan BAB III, SOP	
IV	6/4-2024	Bimbingan BAB IV dan V	
V	7/4-2024	Perbaikan BAB V dan VI	
VI	8/4-2024	Bimbingan Abstrak	
VII	9/4-2024	Perbaikan Abstrak	
VIII	10/4-2024	Acc Sistem Hasil KTA	
IX			

Catatan:

Bimbingan dengan pembimbing minimal 8 kali

Mengetahui,
 Ketua Prodi Pendidikan Profesi Ners


 Ns. Ika Devi, N.Kep., N.KMg
 NIP. 1980041212602127001



Fowler's Positions

POSISI SEMI FOWLER

PENGERTIAN
Memberikan posisi setengah duduk untuk meningkatkan kesehatan fisiologis dan/atau psikologis

TUJUAN

1. Mengurangi sesak nafas
2. Memberikan rasa nyaman
3. Membantu mempertahankan keakutannya cairan
4. Membantu mempermudah tindakan pemerkasaan

INDIKASI

1. Pasien sesak nafas
2. Pasien pasca bedah, bila keadaan umum pasien baik atau bila pasien sudah benar-benar sadar

KONTRAINDIKASI

Pemberikan posisi semi fowler tidak dianjurkan dilakukan pada pasien dengan hipertensi, stul sendi, dan infarkasi

PROSEDUR

1. Pasien di dudukan, sandaran punggung atau kursi di letakkan di bawah atau di atas kejur di bagian kepala, di atur sampai setengah duduk dan di rapikan. Bantal di susun menurut kebutuhan. Pasien di baringkan kembali dan pada ujung kakinya di pasang penahan.
2. Pada tempat tidur khusus (functional bed) pasien dan tempat tidurnya langsung di atur setengah duduk, di bawah lutut di tinggikan sesuai kebutuhan. Kedua lengan di topang dengan bantal
3. Rapikan tempat tidur klien.

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN I

A. Pengkajian

1. Pengumpulan Data

a) Identitas Pasien

Nama (inisial) : Tn. R
No.Mr : 00.51.58.xx
Umur : 44 Tahun
Jenis Kelamin : Laki-laki
Agama : Islam
Pekerjaan : Buruh
Diagnosa Medis : ADHF w/w on CHF ec DCM
Tanggal Masuk RS : 23 April 2024

b) Identitas Penanggung Jawab

Nama (inisial) : Ny. A
Umur : 41 Tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Hubungan dengan : Istri
pasien
Alamat : Toboh Padang Kapeh

2. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan Utama

Tn. R masuk ke RSUP. Dr. M. Djamil Padang Pada tanggal 23 April 2024, melalui IGD pukul 24.00 WIB, pasien merupakan rujukan dari RSUD Pariaman dengan keluhan sesak nafas sejak 2 hari SMRS.

b. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 24 April 2024 jam 11:00 pasien mengatakan bahwa ia merasa lemas dan letih dan juga merasa sesak napas, tekanan darah 126/76 mmHg, nadi 68x/menit, pernafasan 23x/menit.

c. Riwayat Kesehatan Dahulu

Keluarga mengatakan bahwa Tn. R memiliki riwayat DM dan pasien merupakan perokok aktif, dalam sehari bisa menghabiskan 4 bungkus rokok. Sebelumnya pasien kontrol ke SP JP terakhir 4 bulan yang lalu dengan terapi yang dikonsumsi sebelumnya Furosemide 2x40 mg, uperio 2x200 mg, spironolactone 1x25 mg, adalat oros 2x30 mg, Jardiance duo 1x12.5 mg/500 mg, Vip albumin 3x1, Lansoprazole 1x30 mg, Sucralfat 3x15 cc, KSR 3X600 mg, lecemir 1x10 IU, Apidra 3x8 IU SC.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga mengatakan Tn. R memiliki riwayat penyakit keturunan DM dari Ibu.

3. Kebutuhan Dasar

a. Pola Nutrisi dan Metabolik

1. Sehat : Pasien mengatakan makan 3 kali sehari mengonsumsi nasi ditambah lauk pauk dan sayur. Pasien mengatakan tidak mempunyai alergi terhadap makanan, pasien mengonsumsi 7-8 gelas air per hari.
2. Sakit : Pada saat di rumah sakit pasien mengatakan kadang-kadang makan tidak habis tersisa seperempat karena tidak nafsu makan, minum 7-8 gelas atau 1 botol aqua berisi 2 liter.

b. Pola Eliminasi

1) Sehat

BAB : Pada saat sehat BAB 1x sehari setiap pagi dengan konsistensi berwarna coklat kekuningan

BAK : Pada saat sehat pasien BAK \pm 3-4 x/hari

2) Sakit :

BAB : Pada saat sakit BAB kadang ada kadang tidak ada,

BAK : Pada saat sakit BAK \pm 6-7x sehari

c. Pola Aktivitas dan latihan

- 1) Sehat : Pada saat sehat pasien mampu melakukan aktivitasnya sendiri tanpa bantuan orang lain

- 2) Sakit : Saat sakit aktivitas pasien lebih banyak di tempat tidur dan aktivitasnya lebih banyak dibantu oleh keluarga terutama toileting.
- d. Pola Istirahat dan tidur
 - 1) Sehat : saat sehat tidur pasien 6-7 jam pada malam hari, kadang-kadang pasien juga tidur siang
 - 2) Sakit : Saat sakit pasien mengeluh susah tidur pada malam hari, kadang-kadang hanya tidur sebentar lalu terbangun
 - e. Pola Persepsi Sensori dan kognitif
Pasien mengatakan ia terasa lemah dan letih
 - f. Pola Koping dan toleransi stress
Pasien mengatakan bahwa ia merasa sedikit cemas dengan penyakitnya serta stress saat sering berada di rumah sakit.

4. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum

- 1) TD: 126/76 mmHg
- 2) Nadi : 68 x/menit
- 3) Suhu: 36,8° C
- 4) Pernafasan : 23 x/menit

b. Kepala

Rambut : Berwarna hitam dan bersih

Telinga : Simetris kiri dan kanan, tampak bersih dan tidak ada kelainan pada telinga

Mata : Simetris kiri dan kanan, konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik dan tidak ada kelainan pada mata.

Hidung : Bentuk daun telinga normal, tidak ada lesi, membran timpani utuh, fungsi pendengaran baik

Mulut : Mukosa bibir tampak kering serta mulut bersih

- c. Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid dan kelenjer getah bening, JVP 5+3 cmH₂O

d. Dada atau Thorax

1) Jantung

Inspeksi : Ictus kordis tidak terlihat
Palpasi : Ictus kordis teraba 1 jari lateral LMCX RIC V
Perkusi : Batas jantung atas : RIC II sinistra, kanan : LLSB,
kiri : 1 jari lateral LMCS RIC V
Auskultasi : B₂ S₁ S₂ reguler, murmur (-), gallops (-)

2) Dada

Inspeksi : Simetris kiri dan kanan
Palpasi : Fremitus kiri dan kanan sama
Perkusi : Sonor
Auskultasi : Vesikuler, ronchi (+), wheezing (-)

e. Abdomen

Inspeksi : Supel
Palpasi : Nyeri tekan epigastrium (-), hepar lien tidak teraba
Perkusi : Tympani
Auskultasi : Bising usus normal

f. Ekstermitas

Inspeksi : Tampak ekstremitas atas dan bawah lengkap, terdapat edema pada ekstremitas bawah.
Palpasi : CRT > 2 detik, akral teraba dingin,

g. Genitalia : Terpasang kateter

5. Pemeriksaan Penunjang

a. Laboratorium

Tanggal Pemeriksaan : 24 April 2024

Jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai normal	Satuan
Hemoglobin	8.2	13 – 16	g/dL
Leukosit	11.93	5 – 10	10 ³ /mm ³
Hematokrit	23	40 – 48	%
Trombosit	382	150 – 400	10 ³ /mm ³
MCV	79	82 – 92	fL
MCH	28	27 – 31	pg

MCHC	35	32 – 36	%
RDW-CV	14.8	11.5 – 14.5	%
Natrium	118	136 – 145	mmol/L
Kalium	5.2	3.5 – 5.1	mmol/L
Klorida	100	97 – 111	mg/dL
Gula Darah Sewaktu	92	50 – 200	mg/dL
Kreatinin Darah	6.9	0.8 – 1.3	mg/dL
pH	7.396	7.35 – 7.45	
pCo2	20.9	35 – 45	
pO2	150.3	83 – 108	
SO2%	98.9	95 – 98	
HCT	30	39 – 49	%
Hb	9.9	13.2 – 17.3	g/dL
HCO3-	13.0	21 – 28	mmol/L
TCO2	13.6	22 – 29	mmol/L
BEecf	-21.1		mmol/L
BE(B)	-9.6	(-2) – (+3)	mmol/L
SBC	16.7		mmol/L
O2Ct	14.0		
O2Cap	13.7		
A	122.5		mm Hg
a/A	1.2		
PO2/FIO2	719.2		mm Hg
Ureum Darah	138	10 – 50	mg/dL

Tanggal Pemeriksaan : 25 April 2024

Jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai normal	Satuan
Hemoglobin	7.7	13 – 16	g/dL
Leukosit	12.13	5 – 10	10 ³ /mm ³
Hematokrit	22	40 – 48	%
Trombosit	356	150 – 400	10 ³ /mm ³
Eritrosit	2.47	4.50 – 5.50	10 ³ /μL
Retikulosit	1.14	0.5 – 2.0	%
MCV	79	82 – 92	fL
MCH	28	27 – 31	pg
MCHC	36	32 – 36	%
RDW-CV	14.0	11.5 – 14.5	%
Natrium	116	136 – 145	mmol/L
Kalium	4.6	3.5 – 5.1	mmol/L
Klorida	95	97 – 111	mg/dL
Kalsium	7.3	8.1 – 10.4	mg/dL

Tanggal Pemeriksaan : 26 April 2024

Jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai normal	Satuan
Natrium	116	136 – 145	mmol/L
Kalium	4.5	3.5 – 5.1	mmol/L
Klorida	96	97 – 111	mg/dL
Gula Darah Puasa	79	70.0 – 99.0	mg/dL
Kalsium	7.9	8.1 – 10.4	mg/dL
Kolesterol Total	145	< 200	mg/dL
Kolesterol-HDL	23	> 40	mg/dL
Kolesterol-LDL	103	< 100	mg/dL
Kreatinin Darah	7.3	0.8 – 1.3	mg/dL
Trigliserida	124	< 150	mg/dL
Ureum Darah	155	10 – 50	mg/dL

Tanggal Pemeriksaan : 28 April 2024

Jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai normal	Satuan
Natrium	116	136 – 145	mmol/L
Kalium	4.6	3.5 – 5.1	mmol/L
Klorida	98	97 – 111	mg/dL
Kreatinin Darah	6.4	0.8 – 1.3	mg/dL
Ureum Darah	138	10 – 50	mg/dL

b. EKG

Tanggal Pemeriksaan : 24 April 2024

Hasil : SR, QRS rate 68x/i, Axis N, P wave N, PR int 0,16s, QRS dur 0,12s, ST-T Changes (-), LVH (+), RVH (-), LBBB (+)

6. Terapi Medis

- Acetylsistein 3x400mg
- Candesartan 1x8mg
- Moxifloxacin 1x400mg
- Alprazolam 1x0,5mg
- A cetylsistein 2x200mg
- Lasix 7mg/jam
- NTG 10 mcg/menit
- Levemir 1x10 IU
- Apidra 3x8 IU
- IVFD RL 500 cc/24jam
- Asam folat 1x5 mg
- Bicnat 3x500 mg
- IVLine renxamin /8jam
- Tutosol + neurobion /16jam.

B. Analisis Data

No	Data	Problem	Etiologi
1	Data Subjektif : <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengeluh sesak - Klien mengatakan lelah Data Objektif : <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak pucat akral teraba dingin - TD 126/76 mmHg - HR 68 x/menit - RR 23 x/menit - SO₂ : 98.8 - Ekstremitas tampak edema - Hb : 8.2 g/dL - Hematokrit 23% - Trombosit 382 10³/mm³ 	Penurunan Curah Jantung	Perubahan afterload
2	Data Subjektif : <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengeluh sesak Data Objektif : <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak sesak dan terpasang oksigen 3lpm - RR : 23 x/menit - SPO₂ : 96 % - pH : 7.39 - PCO₂ : 20.9 - PO₂ : 150.3 - HCO₃ : 13 mmol/L - PO₂/FIO₂ : 719.2 mg/dL - Beecf : -21.1 mmol/L - BE(B) : -9.6 mmol/L 	Gangguan Pertukaran Gas	Perubahan Membran Alveolus- Kapiler
3	Data Subjektif : <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengeluh sesak - Pasien mengatakan kakinya bengkak Data Objektif : <ul style="list-style-type: none"> - Tampak ada edema pada ekstremitas bawah - JVP 5+3 cmH₂O - Hb : 8.2 g/dL - Hematokrit 23% 	Hipervolemia	Kelebihan asupan cairan

C. Diagnosa Keperawatan

1. Penurunan Curah Jantung b.d Perubahan afterload (D.0008)
2. Gangguan Pertukaran Gas b.d Perubahan Membran Alveolus-Kapiler (D.0003)
3. Hipervolemia b.d Kelebihan asupan cairan (D.0022)

D. Rencana Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
1	Penurunan Curah Jantung b.d Perubahan afterload (D.0008)	Curah Jantung (L.02008) Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam diharapkan Curah Jantung Meningkat dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan nadi perifer meningkat - Lelah menurun - Edema menurun - Dispnea menurun - Pucat/sianosis menurun - Batuk menurun - Tekanan darah membaik - <i>Capillary refill time (CRT)</i> membaik 	Perawatan Jantung (I.02075) Observasi <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung - Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung - Monitor tekanan darah - Monitor intake dan output cairan - Monitor saturasi oksigen - Monitor EKG 12 sadapan - Monitor aritmia - Monitor nilai laboratorium jantung - Periksa tekanan darah dan nadi sebelum pemberian obat Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> - Posisikan pasien semi fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman - Berikan diet jantung yang sesuai - Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94% Edukasi <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap - Anjurkan berhenti merokok - Ajarkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan harian Kolaborasi <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian

			<p>antiaritmia, jika perlu</p> <p>Pemantauan Tanda Vital (I.02060)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tekanan darah - Monitor nadi - Monitor pernapasan - Monitor suhu - Monitor oksimetri nadi - Identifikasi penyebab perubahan tanda vital <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien - Dokumentasikan hasil pemantauan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan - Informasikan hasil pemantauan
2	Gangguan Pertukaran Gas b.d Perubahan Membran Alveolus-Kapiler (D.0003)	<p>Pertukaran Gas (L.01003)</p> <p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam diharapkan Pertukaran Gas meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dispnea menurun - Bunyi napas tambahan menurun - Gelisah menurun - PCO2 membaik - PO2 membaik - pH arteri membaik - Sianosis membaik - Pola napas membaik 	<p>Terapi Oksigen (I.01026)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor kecepatan aliran oksigen - Monitor efektifitas oksigen - Monitor tanda-tanda hipoventilasi - Monitor integritas mukosa hidung akibat pemasangan oksigen <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bersihkan sekresi pada mulut, hidung dan trakea, jika perlu. - Pertahankan kepatenan jalan napas - Siapkan dan atur peralatan pemberian oksigen <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan pasien dan keluarga cara menggunakan oksigen di rumah <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi penentuan dosis oksigen - Kolaborasi penggunaan

			<p>oksigen saat aktivitas dan/atau tidur</p> <p>Pemantauan Respirasi (I.01014)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas - Monitor pola napas - Auskultasi bunyi napas - Monitor saturasi oksigen <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien - Dokumentasikan hasil pemantauan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan - Informasikan hasil pemantauan, jika perlu <p>Pengaturan Posisi (I.01019)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor status oksigenasi sebelum dan sesudah mengubah posisi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tempatkan pada posisi terapeutik - Atur posisi tidur disukai, jika tidak kontraindikasi - Atur posisi untuk mengurangi sesak napas (semi-Fowler) - Tinggikan tempat tidur bagian kepala - Berikan bantal yang tepat pada leher <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informasikan saat akan dilakukan perubahan posisi <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian premedikasi sebelum mengubah posisi, jika perlu
--	--	--	---

3	Hipervolemia Kelebihan cairan (D.0022) b.d asupan	Keseimbangan Cairan (L.03020) Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam diharapkan keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> - Haluaran urin meningkat - Edema menurun - Tekanan darah membaik - Turgor kulit membaik 	Manajemen Hipervolemia (I.03114) Observasi <ul style="list-style-type: none"> - Periksa tanda dan gejala hipervolemia - Identifikasi penyebab hipervolemia - Monitor status hemodinamik - Monitor intake dan output cairan - Monitor tanda hemokonsentrasi - Monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma - Monitor kecepatan infus secara ketat Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> - Batasi asupan cairan dan garam - Tinggikan kepala tempat tidur 30-40⁰ Edukasi <ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan - Ajarkan cara membatasi cairan Kolaborasi <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian diuretik - Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretik
---	---	---	--

E. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Hari/Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	Paraf
Rabu 24 April 2024	Penurunan Curah Jantung b.d Perubahan afterload	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi tanda gejala primer dan sekunder penurunan curah jantung (dispnea, edema, tampak lelah) - Memonitor TTV Memonitor nilai laboratorium - Kolaborasi dalam pemberian obat 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nafas masih terasa sesak - Pasien mengeluh badan terasa lelah dan lemah <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak banyak tidur - Pasien tampak pucat - Akral teraba dingin - Kaki tampak edema derajat 1 - TD : 128/85 mmHg - Nadi : 72x/menit - Suhu : 36°C - Natrium 118 mmol/L - Kalium 5.2 mmol/L - Klorida 100 mmol/L <p>A : Masalah penurunan curah jantung belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perawatan jantung - Pemantauan TTV 	
	Gangguan Pertukaran Gas b.d Perubahan Membran Alveolus-Kapiler	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi kemungkinan penyebab dyspnea - Memberikan oksigen nasal kanul 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nafas masih terasa sesak 	

		<p>3 lpm</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memberikan posisi semi fowler - Memonitor kecepatan oksigen - Memonitor tanda-tanda hipoventilasi - Memonitor saturasi oksigen sebelum dan sesudah diberikan posisi semi fowler (96%) - Menginformasikan kepada keluarga saat akan dilakukan perubahan posisi - Kolaborasi dalam pemberian obat 	<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak sesak - Terpasang oksigen 3 lpm - pH : 7.39 - PCO₂ : 20.9 - PO₂ : 150.3 - HCO₃ : 13 mmol/L - SPO₂ 98 % - RR 22x/menit <p>A : Masalah gangguan pertukaran gas belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terapi oksigen - Pengaturan posisi semi fowler 	
	Hipervolemia b.d Kelebihan asupan cairan	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi tanda gejala dan penyebab hipervolemia - Memonitor TTV - Memonitor intake dan output cairan - Memonitor hasil laboratorium - Monitor kecepatan infus (RL 21cc/jam) - Kolaborasi pemberian diuretik (lasix 7mg/jam kecepatan 0,7cc/jam) 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan perut dan kakinya masih membesar/bengkak - Pasien mengatakan minum ±2 gelas <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak edema derajat 1 pada ekstremitas - Intake 500cc - Output 1000cc - TD : 128/85 mmHg - Nadi : 72x/menit 	

			<ul style="list-style-type: none"> - Suhu : 36°C - Hematokrit 23% - Natrium 118 mmol/L - Kreatinin darah 6.9 mg/dL - Ureum darah 138 mg/L <p>A : Masalah hipervolemia belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manajemen hipervolemia 	
Kamis 25 April 2024	Penurunan Curah Jantung b.d Perubahan afterload	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi tanda gejala primer dan sekunder penurunan curah jantung - Memonitor TTV - Memonitor nilai laboratorium - Kolaborasi dalam pemberian obat 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nafas masih terasa sesak - Pasien mengeluh badan terasa lelah dan lemah <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak banyak tidur - Pasien tampak pucat - Akral teraba dingin - Kaki tampak edema derajat 1 - TD : 122/76 mmHg - Nadi : 78 x/menit - Suhu : 36.5°C - Natrium 116 mmol/L - Kalium 4.6 mmol/L - Klorida 95 mmol/L <p>A : Masalah penurunan curah jantung belum teratasi</p>	

			<p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perawatan jantung - Pemantauan TTV 	
	<p>Gangguan Pertukaran Gas b.d Perubahan Membran Alveolus-Kapiler</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Memberikan oksigen nasal kanul 3 lpm - Memberikan posisi semi fowler - Memonitor kecepatan oksigen - Memonitor tanda-tanda hipoventilasi - Memonitor saturasi oksigen sebelum (97%) dan sesudah diberikan posisi semi fowler 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nafas masih terasa sesak <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak sesak - Masih terpasang oksigen 3 lpm - pH : 7.39 - PCO2 : 20.9 - PO2 : 150.3 - HCO3 : 13 mmol/L - SPO2 99% - RR 22x/menit <p>A : Masalah gangguan pertukaran gas belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terapi oksigen - Pengaturan posisi semi fowler 	
	<p>Hipervolemia b.d Kelebihan asupan cairan</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi tanda gejala dan penyebab hipervolemia - Memonitor TTV - Memonitor intake dan output cairan - Memonitor hasil laboratorium 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan kaki nya masih bengkak - Pasien mengatakan minum 2 gelas 	

		<ul style="list-style-type: none"> - Monitor kecepatan infus (RL 21cc/jam) - Kolaborasi pemberian diuretik (lasix 7mg/jam kecepatan 0,7cc/jam) 	<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak edema derajat 1 pada ekstremitas - Intake 400cc - Output 800cc - TD : 122/76 mmHg - Nadi : 78 x/menit - Suhu : 36.5°C - Hematokrit 22% - Natrium 116 mmol/L - Kreatinin darah 6.9 mg/dL - Ureum darah 138 mg/L <p>A : Masalah hipervolemia belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manajemen hipervolemia 	
Jumat, 26 April 2024	Penurunan Curah Jantung b.d Perubahan afterload	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi tanda gejala primer dan sekunder penurunan curah jantung - Memonitor TTV - Memonitor nilai laboratorium - Kolaborasi dalam pemberian obat 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nafas masih terasa sesak - Pasien mengeluh badan terasa lelah dan lemah <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak banyak tidur - Pasien tampak pucat - Akral teraba dingin - Kaki tampak edema derajat 1 - TD : 119/81 mmHg 	

			<ul style="list-style-type: none"> - Nadi : 76x/menit - Suhu : 36.5°C - Natrium 116 mmol/L - Kalium 4.5 mmol/L - Klorida 96 mmol/L <p>A : Masalah penurunan curah jantung belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perawatan jantung - Pemantauan TTV 	
	Gangguan Pertukaran Gas b.d Perubahan Membran Alveolus-Kapiler	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi kemungkinan penyebab dyspnea - Memberikan oksigen nasal kanul 3 lpm - Memberikan posisi semi fowler - Memonitor kecepatan oksigen - Memonitor tanda-tanda hipoventilasi - Memonitor saturasi oksigen sebelum (97%) dan sesudah diberikan posisi semi fowler - Menginformasikan kepada keluarga saat akan 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sesak mulai berkurang <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien masih tampak sesak - Pasien tampak terpasang oksigen 3lpm dan kadang melepas oksigen - SPO2 99% - RR 20 x/menit <p>A : Masalah gangguan pertukaran gas teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terapi oksigen - Pengaturan posisi semi fowler 	

	Hipervolemia b.d Kelebihan asupan cairan	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi tanda gejala dan penyebab hipervolemia - Memonitor TTV - Memonitor intake dan output cairan - Memonitor hasil laboratorium - Monitor kecepatan infus (RL 21cc/jam) - Kolaborasi pemberian diuretik (lasix 5mg/jam kecepatan 0,5cc/jam) 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan kaki nya bengkak berkurang - Pasien mengatakan minum 2 gelas <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak edema derajat 1 pada ekstremitas - Intake 400cc - Output 800cc - TD : 119/81 mmHg - Nadi : 76x/menit - Suhu : 36.5°C - Hematokrit 23% - Natrium 116 mmol/L - Kreatinin darah 7.3 mg/dL - Ureum darah 155 mg/L <p>A : Masalah hipervolemia belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manajemen hipervolemiahipervolemia 	
Sabtu, 27 April 2024	Penurunan Curah Jantung b.d Perubahan afterload	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi tanda gejala primer dan sekunder penurunan curah jantung - Memonitor TTV - Memonitor nilai laboratorium 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sesak sudah berkurang - Pasien mengeluh badan terasa lelah dan lemah mulai 	

		<ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian obat antiaritmia 	<p>berkurang</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak pucat berkurang - Akral teraba hangat - Kaki tampak edema derajat 1 berkurang - TD : 120/80 mmHg - Nadi : 84x/menit - Suhu : 36°C - Natrium 116 mmol/L - Kalium 4.5 mmol/L - Klorida 96 mmol/L <p>A : Masalah penurunan curah jantung teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perawatan jantung - Pemantauan TTV 	
	Gangguan Pertukaran Gas b.d Perubahan Membran Alveolus-Kapiler	<ul style="list-style-type: none"> - Memberikan posisi semi fowler - Memonitor tanda-tanda hipoventilasi - Memonitor saturasi oksigen sebelum (99%) dan sesudah diberikan posisi semi fowler - Menginformasikan kepada keluarga saat akan dilakukan perubahan posisi 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sesak sudah berkurang <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak tidak sesak - Pasien tampak tidak terpasang oksigen - SPO2 99% - RR 17 x/menit 	

			<p>A : Masalah gangguan pertukaran gas teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>	
	<p>Hipervolemia b.d Kelebihan asupan cairan</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi tanda gejala dan penyebab hipervolemia - Memonitor TTV - Memonitor intake dan output cairan - Memonitor hasil laboratorium - Monitor kecepatan infus (RL 21cc/jam) - Kolaborasi pemberian diuretik (lasix 5mg/jam kecepatan 0,5cc/jam 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan kaki nya membesar/bengkak mulai berkurang - Pasien mengatakan minum \pm2 gelas <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak edema pada kaki berkurang - Intake 300cc - Output 800cc - TD : 120/80 mmHg - Nadi : 84x/menit - Suhu : 36°C - Hematokrit 23% - Natrium 116 mmol/L - Kreatinin darah 7.3 mg/dL - Ureum darah 155 mg/L <p>A : Masalah hipervolemia teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manajemen hipervolemia 	

Minggu, 28 April 2024		<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi tanda gejala primer dan sekunder penurunan curah jantung - Memonitor TTV - Memonitor nilai laboratorium - Kolaborasi dalam pemberian obat 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sesak sudah berkurang - Pasien mengeluh badan terasa lelah dan lemah mulai berkurang <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak pucat berkurang - Akral teraba hangat - Kaki tampak edema derajat 1 berkurang - TD : 120/80 mmHg - Nadi : 84x/menit - Suhu : 36°C - Natrium 116 mmol/L - Kalium 4.6 mmol/L - Klorida 98 mmol/L <p>A : Masalah penurunan curah jantung teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>	
	Hipervolemia b.d Kelebihan asupan cairan	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi tanda gejala dan penyebab hipervolemia - Memonitor TTV - Memonitor intake dan output cairan - Memonitor hasil laboratorium - Monitor kecepatan infus (RL) 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan kaki nya membesar/bengkak mulai berkurang - Pasien mengatakan minum ±2 gelas 	

		<p>21cc/jam)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian diuretik (lasix 5mg/jam kecepatan 0,5cc/jam 	<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak edema pada kaki berkurang - Intake 300cc - Output 800cc - TD : 120/82 mmHg - Nadi : 86x/menit - Suhu : 36°C - Hematokrit 23% - Natrium 116 mmol/L - Kreatinin darah 6.4 mg/dL - Ureum darah 138 mg/L <p>A : Masalah hipervolemia teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>	
--	--	--	--	--

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN II

A. Pengkajian

1. Pengumpulan Data

a) Identitas Pasien

Nama (inisial) : Tn. I
No.Mr : 01.21.70.xx
Umur : 65 Tahun
Jenis Kelamin : Laki-laki
Agama : Islam
Pekerjaan : Wiraswasta
Diagnosa Medis : ADHF w/w on CHF ec HHD
Tanggal Masuk RS : 23 April 2024

b) Identitas Penanggung Jawab

Nama (inisial) : Ny. S
Umur : 60 Tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Hubungan dengan : Istri
pasien
Alamat : Tikus Selatan Tanjung Mutiara

2. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan Utama

Tn. I masuk ke RSUP. Dr. M. Djamil Padang Pada tanggal 23 April 2024, melalui IGD pukul 16.00 WIB, pasien merupakan rujukan dari RST Yos Sudarso dengan keluhan sesak napas.

b. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 24 April 2024 jam 10.00 pasien mengatakan bahwa ia merasa lemas dan letih dan juga merasa sesak napas, tangan dan kaki bengkak serta perut membesar, tekanan darah 128/64 mmHg, nadi 77x/menit, pernafasan 44x/menit.

c. Riwayat Kesehatan Dahulu

Keluarga mengatakan bahwa Tn. I memiliki riwayat DM dan jantung ± 4 tahun yang lalu. Terapi sebelumnya Levofloxacin 1x750mg selama 7 hari, Flumucyl 3x1 resp, Lasix 2x1, Digoxin extra 1 amp.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga mengatakan Tn. R memiliki riwayat penyakit keturunan DM dari Ibu.

3. Kebutuhan Dasar

a. Pola Nutrisi dan Metabolik

Sehat : Pasien mengatakan makan 3x sehari mengkonsumsi nasi ditambah lauk pauk dan sayur. Pasien mengatakan tidak mempunyai alergi terhadap makanan, pasien mengkonsumsi 7-8 gelas air per hari.

Sakit : Pada saat di rumah sakit pasien mengatakan makan hanya setengah dan tidak habis karena tidak nafsu makan, minum 7-8 gelas atau 1 botol aqua berisi 2 liter.

b. Pola Eliminasi

Sehat : Pada saat sehat BAB 1x sehari setiap pagi dengan konsistensi berwarna coklat kekuningan. Pada saat sehat pasien BAK $\pm 3-4$ x/hari

Sakit : Pada saat sakit BAB kadang ada kadang tidak ada, BAK $\pm 6-7$ x sehari

c. Pola Aktivitas dan latihan

Sehat : Pada saat sehat pasien mampu melakukan aktivitasnya sendiri tanpa bantuan orang lain

Sakit : Saat sakit aktivitas pasien lebih banyak di tempat tidur dan aktivitasnya lebih banyak dibantu oleh keluarga terutama toileting.

d. Pola Istirahat dan tidur

Sehat : saat sehat tidur pasien 6-7 jam pada malam hari, kadang-kadang pasien juga tidur siang

Sakit : Saat sakit pasien mengeluh susah tidur pada malam hari, kadang-kadang hanya tidur sebentar lalu terbangun

e. Pola Persepsi Sensori dan kognitif

Pasien mengatakan ia terasa lemah dan letih

f. Pola Koping dan toleransi stress

Pasien mengatakan bahwa ia merasa sedikit cemas dengan penyakitnya serta stress saat sering berada di rumah sakit.

4. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum

- TD: 128/64 mmHg
- Nadi : 77 x/menit
- Suhu: 36,8° C
- Pernafasan : 44 x/menit

b. Kepala

Rambut : Berwarna hitam, beruban dan bersih

Telinga : Simetris kiri dan kanan, tampak bersih dan tidak ada kelainan pada telinga

Mata : Simetris kiri dan kanan, konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik dan tidak ada kelainan pada mata.

Hidung : Bentuk daun telinga normal, tidak ada lesi, membran timpani utuh, fungsi pendengaran baik

Mulut : Mukosa bibir tampak kering serta mulut bersih

c. Leher : Tidak ada pembesaran kelenjer tyroid dan kelenjer getah bening, JVP 5+3 cmH2O

d. Dada atau Thorax

1) Jantung

Inspeksi : Ictus kordis tidak terlihat

Palpasi : Ictus kordis teraba di 2 jari lateral LMCS RIC V

Perkusi : Batas jantung atas : RIC II sinistra, kanan : LSB, kiri : 2 jari lateral LMCS RIC V

Auskultasi : B_j S1 S2 reguler, murmur (-), gallops (-)

2) Dada

Inspeksi : Simetris kiri dan kanan

Palpasi : Fremitus kiri dan kanan sama

Perkusi : Sonor kiri dan kanan

Auskultasi : Vesikuler, rhonki -/-, whezing -/-

e. Abdomen

Inspeksi : Supel

Palpasi : Nyeri tekan epigastrium (-), hepar lien tidak teraba

Perkusi : Tympani

Auskultasi : Bising usus normal

f. Ekstermitas

Inspeksi : Tampak ekstremitas atas dan bawah lengkap, terdapat edema pada ekstremitas bawah.

Palpasi : CRT > 2 detik, akral teraba dingin,

g. Genitalia : Terpasang kateter

5. Pemeriksaan Penunjang

a. Laboratorium

Tanggal Pemeriksaan : 23 April 2024

Jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai normal	Satuan
Albumin	3.4	3.8 – 5.0	g/dL
Bilirubin Direk	2.7	< 0.20	mg/dL
Bilirubin Indirek	10	< 0.0	mg/dL
Bilirubin Total	3.7	0.3 – 1.0	mg/dL
Globulin	2.3	1.3 – 2.7	g/dL
HbsAg (Rapid Test)	Non Reaktif	Non Reaktif	
Kalsium	9.5	8.1 – 10.4	mg/dL
SGOT	258	< 38	U/L
SGPT	267	< 41	U/L
Total Protein	5.7	6.6 – 8.7	g/dL
NA+	138	136 – 145	mmol/L
K+	3.8	3.4 – 4.5	mmol/L
CA+	< 0.11	1.15 – 1.35	mmol/L
LAC	2.0	0.5 – 2.2	mmol/L
HCT	19	35 – 51	%
pH(T)	7.39	7.35 – 7.45	
pCo2(T)	21	35 – 48	mm Hg
pO2(T)	88	83 – 108	mm Hg
HCO3	12.7	18 – 23	mmol/L
HCO3std	16.4		mmol/L
TCO2	13.3	22 – 29	mmol/L

BEecf	-12.3		mmol/L
BE	10.9	(-2.0) – (+3.0)	mmol/L
SO2C	97	95 – 98	%
THbc	6.5		mmol/L
Temp	37.0		°C
THb	7.9	11.7 – 17.4	g/dL
Hemoglobin	15.8	13.0 – 16.0	g/dL
Leukosit	12.46	5.0 – 10.0	10 ³ /mm ³
Hematokrit	48	40.0 – 48.0	%
Trombosit	166	150 – 400	10 ³ /mm ³
MCV	86	82.0 – 92.0	fL
MCH	29	27.0 – 31.0	pg
MCHC	33	32.0 – 36.0	%
RDW-CV	18.2	11.5 – 14.5	%
Natrium	134	136 – 145	mmol/L
Kalium	4.6	3.5 – 5.1	mmol/L
Klorida	103	97 – 111	mmol/L
Gula Darah Sewaktu	236	50 – 200	mg/dL
Kreatinin Darah	1.9	0.8 – 1.3	mg/dL
Ureum Darah	107	10 – 50	mg/dL

Tanggal Pemeriksaan : 25 April 2024

Jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai normal	Satuan
Natrium	141	136 – 145	mmol/L
Kalium	3.3	3.5 – 5.1	mmol/L
Klorida	102	97 – 111	mg/dL
Kalsium	9.0	8.1 – 10.4	mg/dL
Kolesterol Total	81	< 200	mg/dL
Kolesterol-HDL	14	> 40	mg/dL
Kolesterol-LDL	49	< 100	mg/dL
Kreatinin Darah	1.8	0.8 – 1.3	mg/dL
Trigliserida	90	< 150	mg/dL
Ureum Darah	96	10 – 50	mg/dL

Tanggal Pemeriksaan : 26 April 2024

Jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai normal	Satuan
Natrium	142	136 – 145	mmol/L
Kalium	2.8	3.5 – 5.1	mmol/L
Klorida	107	97 – 111	mmol/L

Tanggal Pemeriksaan : 28 April 2024

Jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai normal	Satuan
Albumin	3.1	3.8 – 5.0	g/dL
Hemoglobin	14.2	13.0 – 16.0	g/dL
Leukosit	11.08	5.0 – 10.0	$10^3/\text{mm}^3$
Hematokrit	42	40.0 – 48.0	%
Trombosit	77	150 – 400	$10^3/\text{mm}^3$
MCV	83	82.0 – 92.0	fL
MCH	28	27.0 – 31.0	pg
MCHC	34	32.0 – 36.0	%
RDW-CV	18.7	11.5 – 14.5	%
Natrium	143	136 – 145	mmol/L
Kalium	3.3	3.5 – 5.1	mmol/L
Klorida	100	97 – 111	mmol/L
Kreatinin Darah	1.3	0.8 – 1.3	mg/dL
Ureum Darah	51	10 – 50	mg/dL

b. EKG

Tanggal Pemeriksaan : 24 April 2024

SR, QRS rate 98x/i, axis RAD, P wave mitral, PR 0,16 sec, QRS dur 0,08 sec, ST-T Change (-), LVH (-), RHV (-), RBBB, QTc 452 MSEC.

c. Rontgen

Tanggal Pemeriksaan : 23 April 2024

Kesimpulan : Kardiomegali dengan bendungan paru, Pneumonia bilateral.

6. Terapi Medis

- Uperio 2x50mg
- Bisoprolol 1,25mg
- Lasix 7mg/jam
- Spironolakton 1x25mg
- Candesartan 1x8mg
- Aspilet 1x80mg
- Antorvastatin 1x20mg
- Laxadin 1x10 cc
- Lansoprazole 1x30mg
- IVFD RL 21 cc/jam Via infus pump
- Moxifloxacin 1x400mg
- Acetylsistein 2x200mg
- Novorapid 3x6 IU
- Asam folat 1x5mg
- Bicnat 3x500mg
- O2 Binasal 4lpm

B. Analisis Data

No	Data	Problem	Etiologi
1	Data Subjektif : <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengeluh sesak - Klien mengatakan lelah Data Objektif : <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak pucat akral teraba dingin - TD 128/64 mmHg - HR 77x/menit, - RR : 44 x/menit - SO₂ : 96% - Ekstremitas tampak edema - Hb : 15.8 g/dL - Hematokrit 48% - Trombosit 166 10³/mm³ - Hasil rontgen Kardiomegali dengan bendungan paru, Pneumonia bilateral. 	Penurunan Curah Jantung	Perubahan afterload
2	Data Subjektif : <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengeluh sesak Data Objektif : <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak sesak dan terpasang oksigen 5lpm - RR : 44 x/menit - SPO₂ : 96% - pH : 7.39 - PCO₂ : 21 - PO₂ : 88 - HCO₃ : 12.7 mmol/L - PO₂/FIO₂ : 719.2 mg/dL - Beecf : -12.3 mmol/L - BE(B) : 10.9 mmol/L 	Gangguan Pertukaran Gas	Perubahan Membran Alveolus-Kapiler
3	Data Subjektif : <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengeluh sesak - Pasien mengatakan kakinya bengkak Data Objektif : <ul style="list-style-type: none"> - Tampak ada edema pada ekstremitas bawah - JVP 5+3 cmH₂O - Hb : 15.8 g/dL - Hematokrit 48% 	Hipervolemia	Kelebihan asupan cairan

C. Diagnosa Keperawatan

1. Penurunan Curah Jantung b.d Perubahan afterload
2. Gangguan Pertukaran Gas b.d Perubahan Membran Alveolus-Kapiler (D.0003)
3. Hipervolemia b.d Kelebihan asupan cairan

D. Rencana Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
1	Penurunan Curah Jantung b.d Perubahan afterload (D.0008)	Curah Jantung (L.02008) Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam diharapkan Curah Jantung Meningkat dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan nadi perifer meningkat - Lelah menurun - Edema menurun - Dispnea menurun - Pucat/sianosis menurun - Batuk menurun - Tekanan darah membaik - <i>Capillary refill time (CRT)</i> membaik 	Perawatan Jantung (I.02075) Observasi <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung - Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung - Monitor tekanan darah - Monitor intake dan output cairan - Monitor saturasi oksigen - Monitor EKG 12 sadapan - Monitor aritmia - Monitor nilai laboratorium jantung - Periksa tekanan darah dan nadi sebelum pemberian obat Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> - Posisikan pasien semi fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman - Berikan diet jantung yang sesuai - Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94% Edukasi <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap - Anjurkan berhenti merokok - Ajarkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan harian

			<p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu <p>Pemantauan Tanda Vital (I.02060)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tekanan darah - Monitor nadi - Monitor pernapasan - Monitor suhu - Monitor oksimetri nadi - Identifikasi penyebab perubahan tanda vital <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien - Dokumentasikan hasil pemantauan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan - Informasikan hasil pemantauan
2	<p>Gangguan Pertukaran Gas b.d Perubahan Membran Alveolus-Kapiler (D.0003)</p>	<p>Pertukaran Gas (L.01003)</p> <p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam diharapkan Pertukaran Gas meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dispnea menurun - Bunyi napas tambahan menurun - Gelisah menurun - PCO2 membaik - PO2 membaik - pH arteri membaik - Sianosis membaik - Pola napas membaik 	<p>Terapi Oksigen (I.01026)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor kecepatan aliran oksigen - Monitor efektifitas oksigen - Monitor tanda-tanda hipoventilasi - Monitor integritas mukosa hidung akibat pemasangan oksigen <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bersihkan sekresi pada mulut, hidung dan trakea, jika perlu. - Pertahankan kepatenan jalan napas - Siapkan dan atur peralatan pemberian oksigen <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan pasien dan keluarga cara menggunakan oksigen di rumah

			<p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi penentuan dosis oksigen - Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas dan/atau tidur <p>Pemantauan Respirasi (I.01014)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas - Monitor pola napas - Monitor kemampuan batuk efektif - Monitor adanya produksi sputum - Palpasi kesimetrisan ekspansi paru - Auskultasi bunyi napas - Monitor saturasi - Monitor nilai AGD <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien - Dokumentasikan hasil pemantauan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan - Informasikan hasil pemantauan <p>Pengaturan Posisi (I.01019)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor status oksigenasi sebelum dan sesudah mengubah posisi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tempatkan pada posisi terapeutik - Atur posisi tidur disukai, jika tidak kontraindikasi - Atur posisi untuk mengurangi sesak napas (semi-Fowler) - Tinggikan tempat tidur bagian kepala - Berikan bantal yang tepat pada leher
--	--	--	---

			<p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informasikan saat akan dilakukan perubahan posisi <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian premedikasi sebelum mengubah posisi, jika perlu
3	<p>Hipervolemia b.d Kelembihan asupan cairan (D.0022)</p>	<p>Keseimbangan Cairan (L.03020)</p> <p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam diharapkan keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Haluaran urin meningkat - Edema menurun - Tekanan darah membaik - Turgor kulit membaik 	<p>Manajemen Hipervolemia (I.03114)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Periksa tanda dan gejala hipervolemia - Identifikasi penyebab hipervolemia - Monitor status hemodinamik - Monitor intake dan output cairan - Monitor tanda hemokonsentrasi - Monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma - Monitor kecepatan infus secara ketat <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Batasi asupan cairan dan garam - Tinggikan kepala tempat tidur 30-40⁰ <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan - Ajarkan cara membatasi cairan <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian diuretik - Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretik

E. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Hari/Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	Paraf
Rabu 24 April 2024	Penurunan Curah Jantung b.d Perubahan afterload	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi tanda gejala primer dan sekunder penurunan curah jantung - Memonitor TTV - Memonitor nilai laboratorium - Kolaborasi pemberian obat 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nafas masih terasa sesak - Pasien mengeluh badan terasa lelah dan lemah <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak pucat - Akral teraba dingin - Perut tampak asites dan kaki tampak edema derajat 1 - TD : 115/74 mmHg - Nadi : 80x/menit - Suhu : 36.6°C - Natrium 134 mmol/L - Kalium 4.6 mmol/L - Klorida 103 mmol/L <p>A : Masalah penurunan curah jantung belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perawatan jantung - Pemantauan TTV 	

	<p>Gangguan Pertukaran Gas b.d Perubahan Membran Alveolus-Kapiler</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi kemungkinan penyebab dyspnea - Memberikan oksigen nasal kanul 5 lpm - Memberikan posisi semi fowler - Memonitor kecepatan oksigen - Memonitor tanda-tanda hipoventilasi - Memonitor saturasi oksigen sebelum (96%) dan sesudah diberikan posisi semi fowler - Menginformasikan kepada keluarga saat akan dilakukan perubahan posisi 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nafas masih terasa sesak - Pasien mengatakan lebih nyaman posisi miring <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak sesak dan gelisah - pH : 7.39 - PCO2 : 21 - PO2 : 88 - HCO3 : 12.7 mmol/L - SPO2 98% - RR 22x/menit <p>A : Masalah gangguan pertukaran gas belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terapi oksigen - Pengaturan posisi semi fowler 	
	<p>Hipervolemia b.d Kelebihan asupan cairan</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi tanda gejala dan penyebab hipervolemia - Memonitor TTV - Memonitor intake dan output cairan - Memonitor hasil laboratorium - Monitor kecepatan infus (RL) 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan perut dan kakinya masih membesar/bengkak - Pasien mengatakan minum \pm2 gelas 	

		<p>21cc/jam)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian diuretik (lasix 7mg/jam kecepatan 0,7cc/jam) 	<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak edema derajat 1 pada ekstremitas dan perut tampak asites - Intake 500cc - Output 1800cc - TD : 115/74 mmHg - Nadi : 80x/menit - Suhu : 36.6°C - Hematokrit 48% - Natrium 134 mmol/L - Kreatinin darah 1.3 mg/dL - Ureum darah 51 mg/L <p>A : Masalah hipervolemia belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manajemen hipervolemia 	
Kamis 25 April 2024	Penurunan Curah Jantung b.d Perubahan afterload	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi tanda gejala primer dan sekunder penurunan curah jantung - Memonitor TTV - Memonitor nilai laboratorium - Kolaborasi pemberian obat 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nafas masih terasa sesak - Pasien mengeluh badan terasa lelah dan lemah <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak pucat - Akral teraba dingin 	

			<ul style="list-style-type: none"> - Perut tampak asites dan kaki tampak edema derajat 1 - TD : 120/78 mmHg - Nadi : 79x/menit - Suhu : 36.5°C - Natrium 141 mmol/L - Kalium 3.3 mmol/L - Klorida 102 mmol/L <p>A : Masalah penurunan curah jantung belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perawatan jantung - Pemantauan TTV 	
	Gangguan Pertukaran Gas b.d Perubahan Membran Alveolus-Kapiler	<ul style="list-style-type: none"> - Memberikan oksigen nasal kanul 5 lpm - Memberikan posisi semi fowler - Memonitor kecepatan oksigen - Memonitor tanda-tanda hipoventilasi - Memonitor saturasi oksigen sebelum (96%) dan sesudah diberikan posisi semi fowler 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nafas masih terasa sesak - Pasien mengatakan lebih nyaman posisi miring <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak sesak dan gelisah - pH : 7.39 - PCO2 : 21 - PO2 : 88 - HCO3 : 12.7 mmol/L - SPO2 97% 	

			<ul style="list-style-type: none"> - RR 24x/menit <p>A : Masalah gangguan pertukaran gas belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terapi oksigen - Pengaturan posisi semi fowler 	
	Hipervolemia b.d Kelebihan asupan cairan	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi tanda gejala dan penyebab hipervolemia - Memonitor TTV - Memonitor intake dan output cairan - Memonitor hasil laboratorium - Monitor kecepatan infus (RL 21cc/jam) - Kolaborasi pemberian diuretik (lasix 7mg/jam kecepatan 0,7cc/jam) 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan perut dan kaki nya masih membesar/bengkak - Pasien mengatakan minum ± 2 gelas <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak edema derajat 1 pada ekstremitas dan perut tampak asites - Intake 400cc - Output 1600cc - TD : 120/78 mmHg - Nadi : 79x/menit - Suhu : 36.5°C - Hematokrit 48% - Natrium 141 mmol/L - Kalium 3.3 mmol/L - Klorida 102 mmol/L 	

			<p>A : Masalah hipervolemia belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manajemen hipervolemia 	
Jumat, 26 April 2024	Penurunan Curah Jantung b.d Perubahan afterload	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi tanda gejala primer dan sekunder penurunan curah jantung - Memonitor TTV - Memonitor nilai laboratorium - Kolaborasi pemberian obat 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nafas masih terasa sesak - Pasien mengeluh badan terasa lelah dan lemah <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak pucat - Akral teraba dingin - Perut tampak asites dan kaki tampak edema derajat 1 - TD : 110/70 mmHg - Nadi : 98x/menit - Suhu : 36°C - Natrium 142 mmol/L - Kalium 2.8 mmol/L - Klorida 107 mmol/L <p>A : Masalah penurunan curah jantung belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perawatan jantung - Pemantauan TTV 	

	<p>Gangguan Pertukaran Gas b.d Perubahan Membran Alveolus-Kapiler</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi kemungkinan penyebab dyspnea - Memberikan oksigen nasal kanul 3 lpm - Memberikan posisi semi fowler - Memonitor kecepatan oksigen - Memonitor tanda-tanda hipoventilasi - Memonitor saturasi oksigen sebelum (98%) dan sesudah diberikan posisi semi fowler - Menginformasikan kepada keluarga saat akan dilakukan perubahan posisi 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sesak mulai berkurang - Pasien mengatakan lebih nyaman posisi miring <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak sesak - Pasien tampak terpasang oksigen 3lpm dan kadang melepas oksigen - SPO2 99% - RR 22x/menit <p>A: Masalah gangguan pertukaran gas teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terapi oksigen - Pengaturan posisi semi fowler 	
	<p>Hipervolemia b.d Kelebihan asupan cairan</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi tanda gejala dan penyebab hipervolemia - Memonitor TTV - Memonitor intake dan output cairan - Memonitor hasil laboratorium - Monitor kecepatan infus (RL 21cc/jam) - Kolaborasi pemberian diuretik (lasix 5mg/jam kecepatan 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan perut dan kakinya membesar/bengkak mulai berkurang - Pasien mengatakan minum 2 gelas <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak edema derajat 1 pada 	

		0,5cc/jam	<p>ekstremitas dan perut tampak asites</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intake 400cc - Output 1000cc - TD : 110/70 mmHg - Nadi : 80x/menit - Suhu : 36.6°C - Hematokrit 48% - Natrium 142 mmol/L - Kalium 2.8 mmol/L - Klorida 107 mmol/L <p>A : Masalah hipervolemia teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manajemen hipervolemia
Sabtu, 27 April 2024	Penurunan Curah Jantung b.d Perubahan afterload	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi tanda gejala primer dan sekunder penurunan curah jantung - Memonitor TTV - Memonitor nilai laboratorium - Kolaborasi pemberian obat 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sesak sudah berkurang - Pasien mengeluh badan terasa lelah dan lemah mulai berkurang <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak pucat berkurang - Akral teraba hangat - Perut tampak asites dan kaki tampak edema

			<p>derajat 1 berkurang</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 111/75 mmHg - Nadi : 84x/menit - Suhu : 36°C - Natrium 142 mmol/L - Kalium 2.8 mmol/L - Klorida 107 mmol/L <p>A : Masalah penurunan curah jantung teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perawatan jantung - Pemantauan TTV 	
	Gangguan Pertukaran Gas b.d Perubahan Membran Alveolus-Kapiler	<ul style="list-style-type: none"> - Memberikan posisi semi fowler - Memonitor tanda-tanda hipoventilasi - Memonitor saturasi oksigen sebelum (99%) dan sesudah diberikan posisi semi fowler - Menginformasikan kepada keluarga saat akan dilakukan perubahan posisi 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sesak sudah berkurang <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak tidak sesak - Pasien tampak tidak terpasang oksigen - SPO2 99% - RR 20x/menit <p>A: Masalah gangguan pertukaran gas teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>	

	Hipervolemia b.d Kelebihan asupan cairan	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi tanda gejala dan penyebab hipervolemia - Memonitor TTV - Memonitor intake dan output cairan - Memonitor hasil laboratorium - Monitor kecepatan infus (RL 21cc/jam) - Kolaborasi pemberian diuretik (lasix 5mg/jam kecepatan 0,5cc/jam 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan perut dan kakinya membesar/bengkak mulai berkurang - Pasien mengatakan minum \pm2 gelas <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak edema pada perut dan kaki berkurang - Intake 300cc - Output 800cc - TD : 125/84 mmHg - Nadi : 80x/menit - Suhu : 36.6°C - Hematokrit 48% - Natrium 142 mmol/L - Kalium 2.8 mmol/L - Klorida 107 mmol/L <p>A : Masalah hipervolemia teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manajemen hipervolemia 	
Minggu, 28 April 2024	Penurunan Curah Jantung b.d Perubahan afterload	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi tanda gejala primer dan sekunder penurunan curah jantung - Memonitor TTV 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sesak sudah berkurang - Pasien mengeluh badan 	

		<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor nilai laboratorium - Kolaborasi pemberian obat 	<p>terasa lelah dan lemah berkurang</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak pucat berkurang - Akral teraba hangat - Perut tampak asites dan kaki tampak edema derajat 1 berkurang - TD : 124/80 mmHg - Nadi : 87x/menit - Suhu : 36°C - Natrium 143 mmol/L - Kalium 3.3 mmol/L - Klorida 100 mmol/L <p>A : Masalah penurunan curah jantung teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>	
	Hipervolemia b.d Kelebihan asupan cairan	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor TTV - Memonitor intake dan output cairan - Memonitor hasil laboratorium - Monitor kecepatan infus (RL 21cc/jam) - Kolaborasi pemberian diuretik (lasix 5mg/jam kecepatan 0,5cc/jam 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan perut dan kaki nya membesar/bengkak berkurang - Pasien mengatakan minum ±2 gelas <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak edema pada perut 	

			<p>dan kaki berkurang</p> <ul style="list-style-type: none">- Intake 350cc- Output 850cc- TD : 124/87 mmHg- Nadi : 80x/menit- Suhu : 36.6°C- Hematokrit 48%- Natrium 143 mmol/L- Kalium 3.3 mmol/L- Klorida 100 mmol/L <p>A : Masalah hipervolemia teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>	
--	--	--	--	--

Lampiran 7 : Dokumentasi





Lampiran 8 : Uji Turnitin

