

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN NY. J DENGAN GANGGUAN
PEMENUHAN KEBUTUHAN OKSIGENASI (CONGESTIVE HEART
FAILURE/CHF) DI RUANG HCU RS. ISMOYO KOTA KENDARI**



KARYA TULIS ILMIAH

*Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Menyelesaikan Pendidikan Diploma III
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kendari Jurusan Keperawatan*

Oleh :

NURLINA
NIM. P00320019030

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPULIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KENDARI
JURUSAN DIII KEPERAWATAN
TAHUN 2022**

HALAMAN KEASLIAN PENELITI

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Nurlina

NIM : P00320019030

Institusi Pendidikan : Jurusan Keperawatan

Judul Proposal : **ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN NY. J DENGAN GANGGUAN PEMENUHAN KEBUTUHAN OKSIGENASI (CONGESTIVE HEART FAILURE/CHF) DI RUANG HCU RS. ISMOYO KOTA KENDARI.**

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Tugas Akhir yang saya tulis ini benar – benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa Tugas Akhir ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kendari, 06 Juli 2022
Yang Membuat Pernyataan,



Nurlina

HALAMAN PERSETUJUAN PEMBIMBING

**ASUIAN KEPERAWATAN PADA KLIEN NY. J DENGAN GANGGUAN
PEMENUHAN KEBUTUHAN OKSIGENASI (CONGESTIVE
HEART FAILUR/CHF) DI RUANG HCU
RS. ISMOYO KOTA KENDARI**

Yang disusun oleh:

NURLINA

NIM. P00320019030

Karya Tulis Ilmiah ini telah diterima dan disetujui untuk dipertahankan
di depan Tim Penguji

Kendari, 06, Juli 2022

Pembimbing :

1. **Reni Devianti Usman, M.Kep., Sp.KMB**

(..........)

2. **Akhmad, SST., M.Kes**

(..........)

Mengetahui :
Ketua Jurusan Keperawatan


Abd. Syukur Bau, S.Kep., Ns., MM
NIP. 19731208 198803 1 001

HALAMAN PENGESAHAN
ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN NY. J DENGAN GANGGUAN
PEMENUHAN KEBUTUHAN OKSIGENASI (CONGESTIVE
HEART FAILURE/CHF) DI RUANG HCU
RS. ISMOYO KOTA KENDARI

Yang disusun dan diajukan oleh :

NURLINA
NIM. P00320019030

Telah dipertahankan pada Seminar karya tulis ilmiah didepan TIM Penguji
Penguji Pada Hari/tanggal : Rabu, 06 Juli 2022
Dan telah dinyatakan memenuhi syarat

Tim Penguji :

- | | |
|--|---------|
| 1. Indriono Hadi S.Kep., Ns., M.Kes | (.....) |
| 2. Nurfantri, S.Kep., Ns., M.Sc | (.....) |
| 3. Dian Yuniar, SKM., M.Kep | (.....) |
| 4. Reni Devianti Usman, M.Kep., Sp.KMB | (.....) |
| 5. Akhmad, SST., M.Kes | (.....) |

Mengetahui :
Ketua Jurusan Keperawatan


Abd. Syukur Bau, S.Kep., Ns., MM
NIP. 19731208 198803 1 001

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



I. IDENTITAS

1. Nama Lengkap : Nurlina
2. Nim : P00320019030
3. Tempat/Tanggal Lahir : Raha/28, November 2000
4. Jenis Kelamin : Perempuan
5. Agama : Islam
6. Suku/Kebangsawan : Muna/Indonesia
7. Alamat : Kel. Bungkutoko, Kec. Abeli
8. No. Telp/Hp : 085376393546

II. PENDIDIKAN

1. Sekolah Dasar Negeri 04 Kendari Tamat Tahun 2013
2. Sekolah Menengah Pertama Negeri 6 Kendari Tamat Tahun 2016
3. Sekolah Menengah Atas Negeri 3 Kendari Tamat Tahun 2019
4. Poltekkes Kemenkes Kendari Tahun 2019 - 2022

MOTTO

“Keberhasilan atau kesuksesan tidak akan diraih dengan mudah butuh kerja keras untuk menggapainya dan ketika kamu gagal jangan menyerah dan putus asa bangkitlah dan kembali menata diri untuk menggapai keberhasilan, selain dari kerja keras keberhasilan juga bisa diraih karena kamu belajar dari kegagalan”.

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, karena berkat rahmat, hidayah serta inayah, sehingga penulis dapat menyelesaikan seminar hasil karya tulis ilmiah dengan judul “Asuhan keperawatan pada klien Ny. J dengan gangguan pemenuhan kebutuhan oksigenasi (congestive heart failure/CHF) di Ruang HCU RS. Ismoyo Kota Kendari”. Penulisan dalam karya tulis ilmiah ini merupakan salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan Diploma III Keperawatan di Politeknik Kesehatan Kemenkes Kendari.

Penulis menyadari bahwa dalam pelaksanaan hingga penulisan proposal penelitian ini, tidak akan terlaksanakan dan berjalan dengan baik tanpa bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak. Oleh karena itu penulis mengucapkan terima kasih kepada Ibu Reni Devianti Usman, M.Kep, Sp. KMB selaku pembimbing I dan Bapak Akhmad, SST., M.Kes selaku pembimbing II yang telah meluangkan waktunya, memberikan arahan dan bimbingan, sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan. Pada kesempatan ini ucapkan terima kasih kepada:

1. Bapak Teguh Fathurrahman, SKM, MPPM selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Kendari.
2. Bapak Abd, Syukur Bau, S.Kep., Ns., MM selaku Ketua Jurusan Keperawatan.
3. Ibu Fitri Wijayanti, S.Kep.,Ns., M.Kep selaku Sekretaris Jurusan Keperawatan.
4. Bapak Samsuddin, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Ketua Prodi DIII Keperawatan.
5. Ibu Reni Devianti, M.Kep, S.Kmb dan Bapak Akhmad, SST, M.Kes. selaku pembimbing I dan II yang telah membimbing saya dengan sebaik-baiknya demi tercapainya karya tulis ilmiah ini.

6. Bapak Indriono Hadi, S.Kep, Ns., M. Kes, Nurfantri, S.Kep.,Ns., M.Sc dan Dian Yuniar, SKM., M.Kep selaku dosen penguji I, penguji II, dan penguji III yang telah membimbing saya dan memberikan masukan-masukan serta saran diperbaiki di karya tulis ilmiah saya agar lebih baik lagi kedepannya.
7. Kepada Bapak Direktur Rumah Sakit Ismoyo Kota Kendari Dr. Gatot Adriyadi Wibowo, Sp.T.H.T.K.L yang telah memberikan izin untuk melaksanakan pengambilan data pendahuluan dan telah memberikan izin melakukan penelitian.
8. Semua Dosen dan Staf Program Studi DIII Keperawatan Politeknik Kesehatan Kendari yang telah membantu dan memberikan bimbingan dengan sabar dan wawasannya serta ilmu yang bermanfaat kepada penulis selama kuliah.
9. Kepada kedua orang tuaku tercinta, yang telah mengasuh, mendidik, memberikan dukungan motivasi dan doa restu selama penulis mengikuti pendidikan.
10. Kepada teman-teman D 3 Keperawatan angkatan 2019 yang telah saling berbagi ilmu serta memberikan masukan selama proses kuliah sampai proses pembuatan proposal penelitian ini.

Penulis menyadari dalam pembuatan karya tulis ilmiah ini masih banyak terdapat kekurangan. Oleh karena itu saran, kiritik dan pendapat yang sifatnya membangun sangat penulis harapkan.

Kendari, 06 Juli 2022

Nurlina

ABSTRAK

“Asuhan Keperawatan Pada Klien Ny. J Dengan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Oksigenasi (Congestive Heart Failur/CHF) Di RS. Ismoyo Kota Kendari”

NURLINA (2022)

DIII Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kendari di bimbing oleh Ibu Reni Devianti Usman, M.Kep., Sp.KMB dan Bapak Akhmad, SST., M.Kes

Oksigen merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia. Oksigen merupakan gas tidak berwarna dan tidak berbau yang sangat dibutuhkan dalam metabolisme sel. Congestive heart failure (CHF) adalah suatu kondisi dimana jantung mengalami kegagalan dalam memompa darah guna mencukupi kebutuhan sel-sel tubuh akan nutrient dan oksigen secara adekuat. Metode: Desain penelitian deskriptif dengan pendekatan studi kasus. **Tujuan:** Untuk mendapatkan gambaran asuhan keperawatan pada klien Ny. J dengan gangguan pemenuhan kebutuhan oksigenasi (congestive heart failur/CHF) di RS. Ismoyo Kota Kendari. **Hasil:** Dari hasil pengkajian di ketahui Ny. J mengeluh sesak napas disertai batuk berdahak sedikit berwarna putih/bening, frekuensi pernapasan 28x/menit, irama napas teratur, terdapat suara napas tambahan Ronki . **Kesimpulan :** Pada Ny. J, setelah dilakukan implementasi selama 3 hari menunjukkan adanya perbaikan pada bersihan jalan napas yang ditandai dengan frekuensi pernapasan 20x/menit, irama napas teratur dan klien nampak masih batuk. Pada masalah sesaknya teratasi. **Saran :** Bagi pelayanan keperawatan yaitu perlu meningkatkan pengetahuan pasien melalui edukasi kesehatan tentang perawatan congestive heart failure/CHF.

Kata kunci : kebutuhan oksigenasi, (congestive heartfailur/CHF) Asuhan keperawatan.

Reverensi dari tahun 2016 – 2021

ABSTRACT

“Nursing Care for Mrs. J With Impaired Oxygenation Needs Fulfillment (Congestive Heart Failure/CHF) In RS. Ismoyo Kendari City”

NURLINA (2022)

DIII Nursing at Poltekkes Kemenkes Kendari is guided by Mrs. Reni Devianti Usman, M.Kep., Sp.KMB and Mr. Akhmad, SST., M.Kes

Oxygen is one of the basic human needs. Oxygen is a colorless and odorless gas that is needed in cell metabolism. Congestive heart failure (CHF) is a condition in which the heart fails to pump blood to meet the needs of the body's cells for nutrients and oxygen adequately. **Methods:** Descriptive research design with a case study approach. Purpose: To get an overview of nursing care for the client Mrs. J with impaired oxygenation needs (congestive heart failure/CHF) in the hospital. Ismoyo Kendari City. **Results:** From the results of the study, it was known that Mrs. J complained of shortness of breath accompanied by coughing up slightly white/clear phlegm, respiratory rate 28x/minute, regular breathing rhythm, additional Roncki breath sounds. **Conclusion:** On Mrs. A, after implementation for 3 days, it showed an improvement in airway clearance which was marked by a respiratory rate of 20x/minute, regular breathing rhythm and the client still seemed to be coughing. The problem of tightness is resolved. **Suggestion:** For nursing services, it is necessary to increase patient knowledge through health education about congestive heart failure/CHF treatment.

Key words: need for oxygenation, (congestive heart failure/CHF) Nursing care.
Review from 2016 – 2021

DAFTAR ISI

HALAMAN KEASLIAN PENELITI	i
HALAMAN PERSETUJUAN PEMBIMBING	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	iv
MOTTO	v
KATA PENGANTAR.....	vi
ABSTRAK	viii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xv
DAFTAR SINGKATAN.....	xvi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Studi Kasus	4
1. Tujuan Umum	4
2. Tujuan Khusus.....	4
D. Manfaat	5
1. Bagi Penulis.....	5
2. Bagi Rumah Sakit.....	5
3. Bagi institusi/Pendidikan.....	5

4. Bagi Klien/Masyarakat.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	6
A. Tinjauan Kebutuhan Oksigenasi	6
1. Definisi Oksigenasi	6
2. Sistem Tubuh Yang Berperan Dalam Kebutuhan Oksigenasi	6
3. Proses Oksigenasi.....	7
4. Masalah Kebutuhan Oksigenasi	9
5. Faktor Yang Mempengaruhi Kebutuhan Oksigenasi	11
6. Metode Pemenuhan Kebutuhan Oksigen	16
7. Masalah Keperawatan Yang Sering Terjadi Pada Masalah Oksigenasi.....	14
B. Tinjauan Teori CHF.....	16
1. Definisi	16
2. Anatomi Dan Fisiologis Jantung	17
3. Etiologi	22
4. Manifestasi Klinik	24
5. Klasifikasi Gagal Jantung.....	25
6. Patofisiologi	25
7. Patway	27
C. Tinjauan asuhan keperawatan	28
a. Pengkajian Keperawatan	28
b. Diagnosa Keperawatan.....	32
c. Intervensi keperawatan.....	33
d. Implementasi keperawatan.....	35

e. Evaluasi Keperawatan	35
BAB III METODE STUDI KASUS	36
1. Desain Studi Kasus	36
2. Subyek Studi Kasus	36
3. Lokasi Dan Waktu Studi Kasus	37
4. Fokus Studi	37
5. Defenisi Operasional Fokus Studi	37
6. Instrumen Studi Kasus	48
7. Metode Pengumpulan Data.....	40
8. Analisis Data Dan Penyajian Data.....	41
9. Etika Studi Kasus.....	41
BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN.....	43
A. Hasil Studi Kasus.....	43
B. Pembahasan.....	66
C. Keterbatasan Studi Kasus	72
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	73
A. Kesimpulan	73
B. Saran	74
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 1 1 Klasifikasi gagal jantung	25
Tabel 1 2 Rencana Keperawatan.....	33
Tabel 1 3 Hasil Pemeriksaan Laboratorium Hematologi.....	55

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1 Anatomi jantung.....	17
Gambar 1 2 Kedudukan jantung	18
Gambar 1 3 Katup-katup jantung.....	19
Gambar 1 4 Patway gagal jantung	28

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Standar Operasional Prosedur (SOP)

Lampiran 2 Surat Pengambilan Data Awal

Lampiran 3 Surat Izin Penelitian

Lampiran 4 Surat Keterangan Telah Melakukan Penelitian

Lampiran 5 Surat Keterangan Bebas Administrasi

Lampiran 6 Surat Keterangan Bebas Pustaka

Lampiran 7 Surat Persetujuan (Informent Consent)

Lampiran 8 Dokumentasi Kegiatan

DAFTAR SINGKATAN

WHO (*World Health Organization*)

RISKESDAS (Riset Kesehatan Dasar)

HCU (*High Care Unit*)

CHF (*Congertive Heart Failure*)

SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia)

SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia)

SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia)

SOAP (*Subjective, Objective, Assesment, Planning*)

SOP (Standar Operasional Prosedur)

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kebutuhan dasar manusia merupakan unsur-unsur yang dibutuhkan oleh setiap manusia dalam mempertahankan keseimbangan fisiologis maupun psikologis, yang bertujuan untuk mempertahankan hidup dan kesehatan (Nia Angraini Putri, 2017).

Teori hierarki kebutuhan dasar manusia yang dikemukakan oleh Abraham Maslow mengembangkan bahwa setiap manusia itu memiliki lima kebutuhan dasar yaitu salah satunya kebutuhan fisiologis, dimana kebutuhan fisiologis ini salah satu kebutuhan dasar dan kebutuhan pertama yang diungkapkan oleh Abraham Maslow adalah oksigenasi (Nia Angraini Putri, 2017).

Oksigen merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia. Oksigen merupakan gas yang tidak berwarna dan tidak berbau yang sangat dibutuhkan dalam metabolisme sel. Oksigenasi sebagai salah satu kebutuhan dasar manusia diperoleh karena adanya sistem pernapasan yang membantu dalam proses bernapas (Eki, 2017).

Kondisi yang menyebabkan seseorang mengalami gangguan dalam pemenuhan oksigenasi akibat sumbatan pada jalan napas seperti: congestive heart failure (CHF). Congestive Heart Failure (CHF) adalah suatu kondisi dimana jantung mengalami kegagalan dalam memompa darah guna mencukupi kebutuhan sel-sel tubuh akan nutrisi dan oksigen secara adekuat (Rosmina, 2020).

Manifestasi klinis pada gagal jantung kiri yaitu : sesak nafas saat beraktivitas, sesak napas saat berbaring, batuk, mudah lelah sedangkan gagal jantung kanan yaitu : hematuria atau pembesaran pada hati, sering kencing di malam hari, kelemahan, tidak nafsu makan dan mual.

Dampak dari congestive heart failure adalah salah satunya sesak nafas dan batuk disertai dahak sehingga biasanya muncul diagnosa keperawatan yaitu: bersihan jalan napas tidak efektif, pola napas tidak efektif, gangguan pertukaran gas (PPNI 2016). Pengakjian yang dilakukan pada penderita congestive heart failure/CHF meliputi inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi .

Intervensi yang dilakukan pada kasus ini congestive heart failure yaitu monitor pola napas, monitor bunyi napas tambahan, monitor sputum, posisikan semi fowler atau fowler, berikan terapi oksigen, berikan minum air hangat, ajarkan teknik batuk efektif, ajarkan teknik relaksasi napas dalam dan kolerasi pemberian antibiotik.

Congestive Heart Failure masih menduduki peringkat yang tinggi, menurut data World Health Organization (WHO, 2016) lebih dari 20 juta pasien di dunia dan meningkat seiring pertambahan usia dan pada umumnya mengenai pasien dengan usia sekitar lebih dari 65 tahun dengan presentase sekitar 6-10% lebih banyak mengenai laki-laki dari pada wanita. Pada tahun 2030 WHO memprediksi bahwa peningkatan penderita CHF mencapai ±23 juta jiwa di dunia (Rosmina, 2020).

Berdasarkan prevalansi penyakit jantung di Indonesia tahun 2018 sejumlah 1.017.290 (1,5%). Berdasarkan tempat tinggal daerah perkotaan lebih

banyak yang memiliki penyakit jantung dibandingkan dengan daerah pedesaan. (Risksedas, 2018). Prevelensinya yang terus meningkat memberikan masalah penyakit, kecacatan dan masalah sosial ekonomi bagi keluarga penderita, masyarakat, dan negara (Ainova Hartati, 2019).

Berdasarkan hasil data pendahuluan yang dilakukan pada tanggal 18 Maret 2022, di ruang rawat inap Rumah Sakit Ismoyo Kota Kendari. Pasien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan oksigenasi congestive heart failure/CHF di ruang rawat inap HCU dalam tiga tahun terakhir, pada tahun 2020 sebanyak 38 kasus, di tahun 2021 sebanyak 17 kasus dan pada tahun 2022 dibulan januari dan maret sebanyak 19 kasus.

Peran perawat untuk merawat pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan oksigenasi congestive heart failure/CHF adalah melalui pendekatan proses keperawatan. Asuhan keperawatan yang diberikan melalui pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan. Tindakan perawat yaitu memberikan tindakan penyelamatan nyawa dengan cara terapi oksigen, Terapi cairan infus, memberikan posisi semi-fowler, mengajarkan batuk efektif dan melatih teknik relaksasi nafas dalam, serta memberikan terapi obat antibiotik untuk mengurangi sesak napas.

Berdasarkan uraian diatas, penulis tertarik untuk menyusun sebuah Karya Tulis Ilmiah dengan judul Pelaksanaan “Asuhan Keperawatan Pada Klien Ny. J Dengan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Oksigenasi (Congestive Heart Failure/CHF) Di Ruang HCU RS. Ismoyo Kota Kendari”

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian pada latar belakang diatas maka masalah dalam penelitian ini adalah ”Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Pada Klien Ny. J Dengan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Oksigenasi (Congestive Heart Failur/CHF) Di Ruang HCU RS. Ismoyo Kota Kendari?”.

C. Tujuan Studi Kasus

1. Tujuan Umum

Penulis mampu menerapkan Asuhan Keperawatan dengan menggunakan proses keperawatan yang komprehensif pada klien Ny. J dengan masalah utama gangguan pemenuhan kebutuhan oksigenasi (Congestive Heart Failur/CHF) Di Ruang HCU RS. Ismoyo Kota Kendari.

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada klien Ny. J dengan gangguan pemenuhan kebutuhan oksigenasi (Congestive Heart Failur/CHF) Di Ruang HCU RS. Ismoyo Kota Kendari
- b. Melakukan diagnosa keperawatan pada klien Ny. J dengan gangguan pemenuhan kebutuhan oksigenasi (Congestive Heart Failur/CHF) Di Ruang HCU RS. Ismoyo Kota Kendari
- c. Melakukan Intervensi keperawatan pada klien Ny. J dengan gangguan pemenuhan kebutuhan oksigenasi (Congestive Heart Failur/CHF) Di Ruang HCU RS. Ismoyo Kota Kendari

- d. Melakukan Implementasi keperawatan pada klien Ny. J dengan gangguan pemenuhan oksigenasi (Congestive Heart Failur/CHF) Di Ruang HCU RS. Ismoyo Kota Kendari
- e. Melakukan evaluasi keperawatan pada klien Ny. J dengan gangguan pemenuhan kebutuhan oksigenasi (Congestive Heart Failur/CHF) Di Ruang HCU RS. Ismoyo Kota Kendari

D. Manfaat

1. Bagi Penulis

Sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan karya tulis ilmiah dan sebagai pengalaman yang berharga bagi penulis dalam rangka menambah wawasan pengetahuan, pengalaman serta menjadi acuan dalam bekerja.

2. Bagi Rumah Sakit

Dapat digunakan sebagai acuan dalam melakukan tindakan asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan oksigenasi akibat patologi sistem pernapasan.

3. Bagi institusi/Pendidikan

Menerapkan sumbangan ilmu bagi dunia pendidikan dan dapat menjadi referensi untuk menyusun studi kasus selanjutnya.

4. Bagi Klien/Masyarakat

Meningkatkan pengetahuan klien/masyarakat mengenai pasien congestive heart failure/CHF dalam pemenuhan kebutuhan oksigenasi.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Kebutuhan Oksigenasi

1. Definisi Oksigenasi

Oksigenasi merupakan proses penambahan oksigen ke dalam sistem, baik secara kimia maupun fisika dimana oksigen sendiri merupakan gas tidak berwarna dan tidak berbau yang sangat penting dibutuhkan dalam proses metabolisme untuk mempertahankan hidup dan untuk aktivitas berbagai organ dan sel (Lasar, 2019).

2. Sistem Tubuh Yang Berperan Dalam Kebutuhan Oksigenasi

Sistem tubuh yang berperan dalam pemenuhan kebutuhan oksigenasi terbagi atas dua saluran pernapasan yaitu saluran pernapasan bagian atas dan saluran pernapas bagian bawah.

Saluran pernapasan bagian atas terdiri dari:

- a. Hidung yaitu proses oksigenasi diawali dengan masuknya udara melalui hidung. Hidung terdapat rambut-rambut halus dan selaput lendir yang berfungsi untuk menyaring udara yang masuk ke hidung agar udara tersebut bersih dan tidak kotor.
- b. Esophagus, yaitu saluran yang menghubungkan tenggorokan dan lambung.
- c. Laring yaitu saluran pernapasan setelah faring. Laring adalah saluran pernapasan yang membawa udara menuju ke trakea, fungsinya untuk

melindungi saluran pernapasan dibawahnya dengan cara menutup secara cepat pada stimulasi mekanik, sehingga mencegah masuknya benda asing ke dalam saluran napas.

- d. Epiglotis adalah katup tulang rawan yang bertugas menutup laring saat proses menutup.

Saluran pernapasan bagian bawah terdiri dari:

- a. Trakea adalah organ pernapasan yang bentuknya seperti tabung besar, fungsinya yaitu membawa udara ke paru-paru.
- b. Bronkus adalah saluran yang menghubungkan antara trakea dan paru-paru, yang berfungsi menghantarkan udara dari saluran napas atas ke dalam paru-paru sekaligus mengeluarkannya dari paru-paru.
- c. Bronkiolus merupakan saluran percabangan setelah bronkus, yang berfungsi untuk menyalurkan udara dari bronkus ke alveoli.
- d. Alveoli merupakan kantung udara fungsinya sebagai tempat terjadinya pertukaran oksigen dengan karbondioksida (Lasar, 2019).

3. Proses Oksigenasi

- a. Ventilasi

Ventilasi adalah proses keluar dan masuknya oksigen dari atmosfer ke dalam alveoli atau dari alveoli ke atmosfer. Ventilasi dipengaruhi oleh beberapa hal yaitu adanya perbedaan tekanan antara atmosfer dengan paru, semakin tinggi tempatnya maka tekanan udara semakin rendah begitu pun sebaliknya semakin rendah tempatnya maka udara semakin tinggi. Proses pertukaran O₂ dan CO₂ antara darah kapiler dan alveoli

disebut ventilasi alveola. Adanya kemampuan otak dan paru pada alveoli dalam melaksanakan ekspirasi atau kembang kempis.

b. Difusi Gas

Difusi gas merupakan perukaran antara O₂ di alveoli dengan kapiler paru dan karbondioksida di kapiler dengan alveoli. Proses pertukaran ini dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu luasnya permukaan paru, tebalnya membrane respirasi/permeabilitas yang terdiri dari epitel alveoli, interstisial, perbedaan tekanan dan konsentrasi oksigen. Proses difusi dalam paru-paru oleh karena tekanan O₂ dalam rongga alveoli lebih tinggi dari tekanan O₂ dalam darah vena pulmonalis, masuk dalam darah secara difusi. Oksigen dan CO₂ dapat melewati membran tersebut secara difusi dengan bebas.

c. Transportasi Gas

Transportasi gas adalah proses pendistribusian O₂ kapiler ke jaringan tubuh dan CO₂ jaringan tubuh ke kapiler. Pada proses transportasi, O₂ akan berkaitan dengan Hb membentuk Osihemoglobin (97%) dan larut dalam plasma (3%), sedangkan CO₂ akan berkaitan dengan Hb membentuk karbominohemoglobin (3%), larut dalam plasma (5%) dan sebagian menjadi HCO₃ yang berada dalam darah (Lasar, 2019).

4. Masalah Kebutuhan Oksigenasi

a. Hipoksia

Hipoksia merupakan kondisi tidak tercukupya pemenuhan kebutuhan oksigen dalam tubuh akibat defisiensi oksigen atau peningkatan penggunaan oksigen dalam sel, ditandai dengan dengan warna kebiruan pada kulit atau sianosis.

b. Perubahan Pola Pernapasan

a. *Tachypnea*, merupakan pernapasan yang memiliki frekuensi lebih dari 24 kali permenit. Proses ini terjadi karena paru dalam keadaan atelektasis atau terjadinya emboli.

b. *Bradypnea*, merupakan pola pernapasan yang lambat dan kurang dari 10 per menit. Proses ini terjadi karena paru dalam keadaan peningkatan tekanan intrakranial yang disertai narkotik atau sedatif.

c. *Hiperventilasi*, merupakan cara tubuh dalam mengompensasi peningkatan jumlah oksigen dalam paru agar pernapasan lebih cepat dan dalam. Proses ini ditandai dengan adanya peningkatan denyut nadi, napas pendek, adanya nyeri dada, menurunnya konsentrasi CO₂, dan lain-lain. Kusmaul, merupakan pola pernapasan cepat dan dangkal yang dapat ditemukan pada orang dalam keadaan asidosis metabolik.

d. *Hipoventilasi*, merupakan upaya tubuh untuk mengeluarkan karbondioksida dengan cukup yang dilakukan pada saat ventilasi alveolar seta tidak cukupnya penggunaan oksigen yang ditandai

dengan adanya nyeri kepala, penurunan kesadaran, disorientasi, atau ketidakseimbangan elektrolit yang dapat terjadi akibat atelektasis, lumpuhnya otot-otot pernapasan, depresi pusat pernapasan, peningkatan tahanan jalan udara, penurunan tahanan jaringan paru dan thoraks.

- e. *Dispnea*, merupakan perasaan sesak dan berat saat pernapasan. Hal ini dapat disebabkan oleh perubahan kadar gas dalam darah, kerja berat/berlebihan, dan pengaruh psikis.
- f. *Orthopnea*, merupakan kesulitan bernapas kecuali dalam posisi duduk atau berdiri dan pola ini sering ditemukan pada seseorang yang mengalami kongestis paru.
- g. *Cheyne stokes*, merupakan siklus pernapasan yang amplitudonya mula-mula naik, turun, berhenti, kemudian mulai dari siklus baru.
- h. Pernapasan *paradoksial*, merupakan pernapasan yang ditandai dengan pergerakan dinding paru yang berlawanan arah dari keadaan normal, sering ditemukan pada keadaan atelektasis.
- i. *Biot*, merupakan dengan irama yang mirip dengan cheyne stokes, tetapi amplitudonya tidak teratur. Pola ini sering dijumpai pada radang selaput otak, tekanan intrakranial yang meningkat, trauma kepala, dan lain-lain.
- j. *Stridor*, merupakan pernapasan bising yang terjadi karena penyempitan pada kasus spasme trakea atau obstruksi laring (Suryanti Ningsih, 2020).

c. Obstruksi Jalan Napas

Obstruksi jalan napas merupakan kondisi pernapasan yang tidak normal akibat ketidakmampuan batuk secara efektif, dan dapat menyebabkan sekresi yang kental. Sekresi dan batuk tidak efektif disebabkan karena penyakit persarafan seperti *cerebrovascular accident*. Cerebrovascular accident merupakan penyakit yang terjadi akibat penyumbatan pembuluh darah atau pecahnya pembuluh darah di otak yang menyebabkan berhentinya suplai oksigen kebagian otak secara tiba-tiba.

d. Pertukaran Gas

Pertukaran gas merupakan kondisi penurunan gas, baik oksigen maupun karbondioksida antara alveoli paru dan sistem vaskular, dapat disebabkan oleh sekresi yang kental atau imobilisasi akibat penyakit sistem saraf, depresi susunan saraf pusat, (penyakit radang paru) (Lasar, 2019).

5. Faktor Yang Mempengaruhi Kebutuhan Oksigenasi

Kebutuhan tubuh terdapat oksigen tidak tepat sewaktu-waktu tubuh memerlukan oksigen yang banyak, kebutuhan oksigen dalam tubuh dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya adalah faktor lingkungan, faktor latihan, emosi, gaya hidup dan status kesehatan (Lasar, 2019).

a. Lingkungan

Pengaruh lingkungan terhadap oksigen juga ditentukan oleh ketinggian tempat. Pada tempat tinggi tekanan barometer akan turun

sehingga tekanan oksigen juga turun dan apabila seseorang berada tempat yang tinggi misalnya pada ketinggian 3000 meter di atas permukaan laut, maka tekanan oksigen alveoli berkurang sehingga mengindikasikan kandungan oksigen dalam paru-paru sedikit. Semakin tinggi suatu tempat maka semakin sedikit kandungan oksigennya, sehingga seseorang yang berada pada tempat yang tinggi akan mengalami kekurangan oksigen. Selain itu kadar oksigen dipengaruhi oleh polusi udara, udara yang dihirup pada lingkungan yang mengalami polusi udara, maka konsentrasi oksigennya rendah sehingga respon tubuh terhadap lingkungan polusi udara diantaranya mata perih, sakit kepala, pusing, batuk dan merasa tercekik.

b. Latihan

Latihan fisik atau peningkatan aktivitas dapat meningkatkan denyut jantung dan respirasi rate sehingga kebutuhan terhadap oksigen semakin tinggi.

c. Emosi

Takut, cemas, dan marah akan mempercepat denyut jantung sehingga kebutuhan oksigen meningkat.

d. Gaya hidup

Kebiasaan merokok akan mempengaruhi status oksigenasi seseorang, sebab merokok dapat memperburuk penyakit arteri koroner dan pembuluh darah arteri. Nikotin yang terkandung dalam rokok dapat

menyebabkan vasokonstriksi pembuluh darah perifer dan pembuluh darah koroner, sehingga mengakibatkan suplai darah ke jaringan menurun.

e. Status kesehatan

Pada orang sehat sistem respirasi berfungsi dengan baik sehingga dapat memenuhi kebutuhan oksigen pada tubuh secara adekuat. Sebaliknya dengan orang yang mempunyai penyakit pernapasan dapat mengalami kesulitan dalam pemenuhan kebutuhan oksigen pada tubuh

6. Metode Pemenuhan Kebutuhan Oksigen

a. Pemberian Oksigen

Pemberian oksigen merupakan tindakan memberikan oksigen kedalam paru-paru melalui saluran pernapasan dengan alat bantu oksigen melalui nasal kanul, masker, simple mask, masker partial rebreathing dan nonrebreathing, serta venture mask, yang bertujuan untuk memperbaiki status oksigenasi pasien dan memenuhi kekurangan oksigen.

b. Fisioterapi Dada

Fisioterapi dada adalah salah satu dari fisioterapi yang sangat berguna bagi penderitanya penyakit respirasi baik bersifat akut maupun kronik. Yang bertujuan mengembalikan dan memelihara fungsi otot-otot pernapasan dan membantu membersihkan secret dari bronkus dan mencegah penumpukan secret.

c. Latihan Batuk Efektif

Batuk efektif dan napas dalam merupakan teknik batuk efektif yang menekankan inspirasi maksimal yang dimulai dari ekspirasi. Yang bertujuan untuk merangsang terbukanya sistem kolateral.

d. Postural Drainase

Postural drainase dilakukan pada berbagai posisi sesuai dengan kelainan parunya. Yang bertujuan untuk mencegah terkumpulnya sekret dalam saluran napas.

e. Clapping/Perkusi

Perkusi adalah tepukan pada dinding dada atau punggung dengan tangan membentuk seperti mangkok. Tujuannya itu untuk melepaskan sekret yang tertahan atau melekat pada bronkus.

f. Vibrating

Vibrasi dilakukan dengan cara meletakkan tangan bertumpang tindis pada dada kemudian dengan dorongan bergetar (Lasar, 2019).

7. Masalah Keperawatan Yang Sering Terjadi Pada Masalah Oksigenasi

a. Bersihan jalan napas tidak efektif

Masalah keperawatan ini menggambarkan kondisi jalan napas yang tidak bersih, misalnya karna adanya sumbatan, penumpukan sekret, penyempitan jalan napas oleh karena spasme bronkus, dan lain lain.

b. Pola napas tidak efektif

Tidak efektifnya pola napas ini merupakan suatu kondisi dimana pola napas, yaitu inspirasi dan ekspirasi, menunjukkan tidak normal. Penyebab biasanya karena kelemahan neuromuskular, adanya sumbatan ditraheobronkhinal, kecemasan dan lain lain.

c. Gangguan pertukaran gas

Gangguan pertukaran gas merupakan suatu keadaan dimana terjadi ketidakseimbangan antara oksigen yang dihirup dengan karbondioksida yang dikeluarkan pada pertukaran gas antara alveoli dan kapiler. Penyebabnya bisa karena perubahan membran alveoli, kondisi anemia, proses penyakit, dan lain-lain.

d. Penurunan perfusi jaringan

Penurunan perfusi jaringan adalah suatu keadaan dimana sel kekurangan suplai nutrisi dan oksigen. Penyebabnya dapat terjadi karena kondisi hipovolemia, hipervolemia, retensi karbon dioksida.

e. Resiko terjadinya iskemik otak

Gangguan oksigenasi mengakibatkan suplai darah keotak berkurang. Hal tersebut disebabkan oleh catdiac outup yang menurun, aliran darah keotak berkurang, gangguan perfusi jaringan otak, dan lain-lain. Akibatnya, otak kekurangan oksigen sehingga beresiko terjadinya kerusakan jaringan otak.

f. Perubahan pola tidur

Gangguan kebutuhan oksigen dapat mengakibatkan pola tidur terganggu. Kesulitan bernafas (sesak napas) menyebabkan seseorang tidak bisa tidur. Perubahan pola tidur juga dapat terjadi karena kecemasan dengan penyakit dideritanya.

g. Intoleransi aktivitas

Intoleransi aktivitas adalah keadaan dimana seseorang mengalami penurunan kemampuan untuk melakukan aktivitasnya. Penyebabnya antara lain karena ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, produksi yang dihasilkan menurun, dan lain-lain (Suryanti Ningsih, 2020).

B. Tinjauan Teori CHF

1. Definisi

Congestive heart failure (CHF) adalah suatu kondisi dimana jantung mengalami kegagalan dalam memompa darah guna mencukupi kebutuhan sel-sel tubuh akan nutrient dan oksigen secara adekuat (PUTRA, 2021).

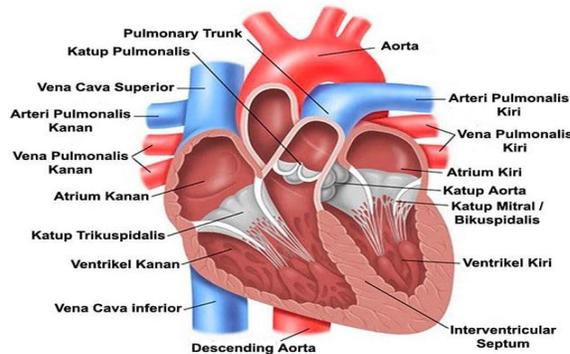
Gagal jantung kongestif adalah suatu kondisi jantung gagal untuk memompa darah yang berguna untuk memenuhi kebutuhan metabolisme sel-sel dalam tubuh Sehingga yang menderita gagal jantung salah satu akibat yang terjadi adalah mengalami sesak nafas dan batuk terkadang disertai dahak (Firly Rahmatiana¹, 2020).

Congestive Heart Failure (CHF) adalah suatu kondisi dimana jantung mengalami kegagalan dalam memompa darah guna mencukupi kebutuhan sel-

sel tubuh akan nutrisi dan oksigen secara adekuat sehingga suplai oksigen berkurang didalam tubuh akan menimbulkan masalah keperawatan salah satunya adalah gangguan kebutuhan istirahat atau gangguan pola tidur berhubungan dengan perubahan tidur yang disebabkan oleh sesak nafas (Ainova Hartati, 2019)

2. Anatomi Dan Fisiologis Jantung

a. Anatomi jantung



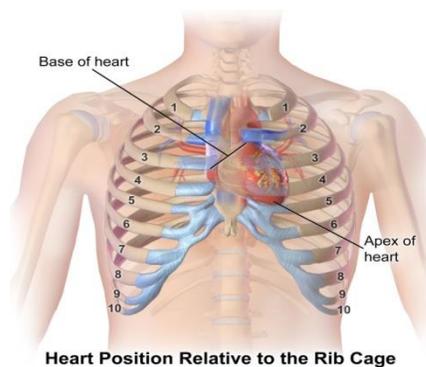
Gambar 1 Anatomi jantung

(<https://images.app.goo.gl/Tg7Q48Y52haYwL9U6>, n.d.)

Sistem peredaran darah terdiri atas jantung, pembuluh darah, dan saluran limfe. Jantung merupakan organ pemompa besar yang memelihara peredaran melalui seluruh tubuh. Arteri membawa darah dari jantung. Vena membawa darah ke jantung. Kapiler menggabungkan arteri dan vena, terentang diantaranya merupakan jalan lalu lintas antara makan dan bahan buangan dan juga terjadi pertukaran gas dalam cairan ekstraseluler dan interstisial (Rahmadani, 2020).

Jantung adalah organ berupa otot, berbentuk kerucut, berongga, biasanya diatas, dan puncaknya dibawah. Apeksnya/puncaknya miring kesebelah kiri. Berat jantung kira-kira 300 gram.

Kedudukan jantung: jantung berada didalam toraks. Antara kedua paru-paru dan dibelakang sternum, dan lebih menghadap ke kiri dari pada ke kanan. (lihat pada Gambar 1.2)



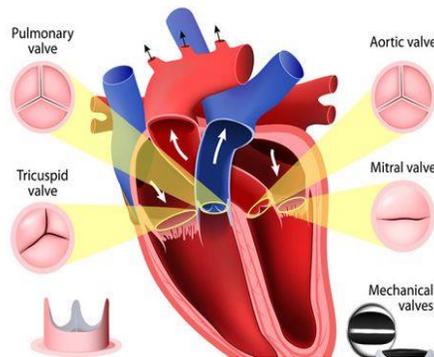
Gambar 1 2 Kedudukan jantung

(<https://images.app.goo.gl/5kf3dAAf7AJtejF98>, n.d.)

Lapisan Janjung terdiri atas 3 lapisan yaitu :

- a) Epikardium merupakan lapisan terluar, memiliki struktur yang sama dengan perkardium visceral.
- b) Miokardium, merupakan lapisan tengah yang terdiri atas otot yang berperan dalam menentukan kekuatan kontraksi. Endokardium , merupakan lapisan terdalam terdiri atas jaringan endotel yang melapisi bagian dalam jantung dan menutupi kantung jantung.

Katup jantung : berfungsi untuk mempertahankan aliran darah searah melalui bilik jantung. Ada dua jenis katup, yaitu katup atrioventrikular dan katup semilunar. (lihat pada gambar 1.3).



Gambar 1 3 Katup-katup jantung

(<https://images.app.goo.gl/3ZMU7dWDDsLdad2C6>, n.d.)

- a) Katub atrioventrikular, memisahkan antara atrium dan ventrikel. Katub ini memungkinkan darah mengalir dari masing-masing atrium ke ventrikel saat diastole ventrikel dan mencegah aliran balik ke atrium saat sistole ventrikel. Katup atrioventrikular ada dua yaitu katup triskupidalis dan katup biskupidalis. katup triskupidalis memiliki 3 buah daun katup yang terletak antara atrium kanan dan vertikel kanan. Katup biskupidalis atau katub mitral memiliki 2 buah daun katup dan terletak antara antrium kiri dan ventrikel kiri.
- b) Katub semilunar, memisahkan antara arteri pulmonalis dan aorta dari ventrikel. Katub semilunar yang membantasi ventrikel kanan dan arteri pulmonaris disebut katub semilunar pulmonal. Katup yang membantasi

ventrikel kiri dan aorta disebut katub semilunar aorta. Adanya katub ini memungkinkan darah mengalir dari masing-masing ventrikel ke arteri pulmonalis atau aorta selama sistole ventrikel dan mencegah aliran balik ke ventrikel sewaktu diastole ventrikel.

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

b. Fisiologi jantung

Sirkulus jantung adalah rangkaian kejadian dalam satu irama jantung dalam bentuk yang sederhana siklus jantung adalah kontraksi bersamaan kedua atrium, yang mengikuti suatu fraksi pada detik berikutnya karena kontraksi bersamaan kedua ventrikel.

Siklus jantung merupakan periode ketika jantung berkontraksi dan relaksasi. Satu kali siklus jantung sama dengan satu periode sistole atau saat ventrikel berkontraksi dan satu periode diastole atau saat ventrikel relaksasi. Normal siklus jantung dimulai dengan depolarisasi spontan sel pacemaker dari SA node dan berakhir dengan keadaan relaksasi ventrikel.

Pada siklus jantung, sistole atau kontraksi atrium diikuti sistole ventrikel sehingga ada perbedaan yang berarti antara pergerakan darah dari ventrikel ke arteri, kontraksi atrium akan diikuti relaksasi atrium dan ventrikel mulai berkontraksi. Kontraksi ventrikel menekan darah melawan daun katup atrioventrikuler kanan dan kiri dan menutupnya.

Curah jantung merupakan volume darah yang dipompa selama satu menit. Isi secukupnya curah jantung ditentukan oleh :

1) Beban awal (pre-load)

- a. Pre-load adalah keadaan ketika serat otot ventrikel kiri jantung memanjang atau merangsang sampai akhir diastole.
- b. Volume darah yang berada dalam ventrikel saat diastole tergantung pada pengambilan darah dari pembuluh vena dan pengambilan darah dari pembuluh vena ini juga tergantung pada jumlah darah yang beredar dan tonus otot.
- c. Isi ventrikel ini menyebabkan peregangan pada serabut miokardium.
- d. Dalam keadaan normal sarkomer (unit kontraksi dari sel miokardium) akan teregang 2.0 um dan bila isi ventrikel makin banyak maka peregangan ini makin panjang.
- e. Hukum frank starling : semakin besar regangan otot jantung semakin besar pula kekuatan kontraksinya dan semakin besar pula curah jantung.

2) Daya kontraksi

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

3) Beban akhir

- a. After load adalah jumlah tegangan yang harus dikeluarkan ventrikel selama kontraksi untuk mengeluarkan darah dari ventrikel melalui katup semulinar aorta.
- b. Meningkatnya tekanan perifer misalnya akibat hipertensi atau vaskonsentrasi akan menyebabkan beban akhir.
- c. Curah jantung meningkat pada waktu melakukan kerja otot, stress, peningkatan suhu lingkungan, kehamilan, setelah makan, sedangkan saat tidur curah jantung akan menurun.

3. Etiologi

Secara umum penyebab gagal jantung dikelompokkan sebagai berikut (Sari, 2018).

a. Kelainan otot jantung

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

b. Aterosklerosis koroner

Aterosklerosis koroner mengakibatkan disfungsi miokardium karena terganggunya aliran darah ke otot jantung. Terjadinya hipoksia dan asidosis atau akibat penumpukan asam laktat.

c. Hipertensi sistemik atau pulmonal (peningkatan after load)

Meningkatnya beban kerja jantung dan mengakibatkan hipertrofi serabut otot jantung. Hipertensi dapat menyebabkan gagal jantung melalui beberapa mekanisme yang termasuk hipertrofi ventrikel kiri. Hipertrofi ventrikel kiri dikaitkan dengan disfungsi ventrikel kiri sistolik dan diastolik sehingga meningkatkan risiko terjadinya infark miokard serta memudahkan untuk terjadinya aritmia baik itu aritmia atrial maupun aritmia ventrikel.

d. Penyakit jantung lain

Terjadi akibat sebagai penyakit jantung yang sebenarnya secara berangsur yang mempengaruhi jantung, biasanya terlibat mencakup gangguan aliran darah yang masuk jantung (stenosis katup semiluner). Regurgitasi mitral dan aorta menyebabkan kelebihan beban volume (peningkatan per load), sedangkan stenosis aorta menyebabkan beban tekanan (after load).

e. Faktor sistemik

Meningkatnya laju metabolisme (misal : demam, tirotoksikosis). Hipoksia dan anemia juga dapat menurunkan suplai oksigen ke jantung. Asidosis respiratorik atau metabolik dan abnormalitas elektronik dapat menurunkan konduktivitas jantung.

4. Manifestasi Klinik

a) Gagal jantung kiri

- 1) Kongesti pulmonal : dispnea (sesak), batuk, krekles paru, kadar saturasi oksigen rendah, adanya bunyi jantung tambahan bunyi jantung S3 atau “gallop ventrikel” bisa dideteksi melalui auskultasi.
- 2) Dispnea saat beraktifitas
- 3) Batuk kering dan tidak berdahak diawal tetapi lama kelamaan dapat berubah mejadi batuk berdahak.
- 4) Sputum berbusa, banyak dan berwarna pink (berdarah)
- 5) Perfusi jaringan yang tidak memadai
- 6) Oliguria atau penurunan urin dan nokturia atau sering berkemih di malam hari
- 7) Takikardia, lemah, pulsasi lemah dan keletihan
- 8) Dengan berkembangnya gagal jantung akan timbul gejala-gejala seperti : gangguan pencernaan, pusing, sakit kepala, konfusi, gelisah, ansietas, sianosis, kulit pucat atau dingin dan lembap.

b) Gagal jantung kanan

- 1) Edema ekstremitas bawah
- 2) Distensi vena leher dan ascites
- 3) Hepatomegali dan nyeri tekan pada kuadran kanan atas abdomen terjadi akibat pembesaran vena di hepar
- 4) Anorexia dan mual
- 5) Kelemahan

5. Klasifikasi Gagal Jantung

Tabel 1 1 Klasifikasi gagal jantung

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

Sumber : (aspiani, 2016).

6. Patofisiologi

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

menunjukkan upaya tubuh untuk mempertahankan perfusi organ vital normal dan sebagai respon terhadap gagal jantung ada tiga mekanisme respon primer yaitu meningkatnya aktivitas adrenergik simpatis meningkatnya beban awal akibat aktivitas neurohormon, dan hipertrofi ventrikel dari ketiga respon ini mungkin memadai untuk mempertahankan curah jantung.

Mekanisme dasar dari gagal jantung adalah gangguan kontraktilitas jantung yang menyebabkan curah jantung lebih rendah dari curah jantung normal dan bila curah jantung berkurang maka sistem saraf simpatis akan mempercepat frekuensi jantung untuk mempertahankan curah jantung, jika mekanis ini gagal maka volume sekuncup yang harus menyesuaikan. Volume sekuncup adalah jumlah darah yang dipompa pada setiap kontraksi, yang dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu preload/jumlah darah yang mengisi jantung, kontraktilis/perubahan kekuatan kontraksi yang terjadi pada tingkat sel yang berhubungan dengan perubahan panjang serabut jantung dan kadar kalsium dan afterload/besarnya tekanan ventrikel yang harus dihasilkan untuk memompa darah melawan perbedaan tekanan yang ditimbulkan oleh tekanan arterior, jika dari salah satu komponen terganggu maka curah jantung akan menurun.

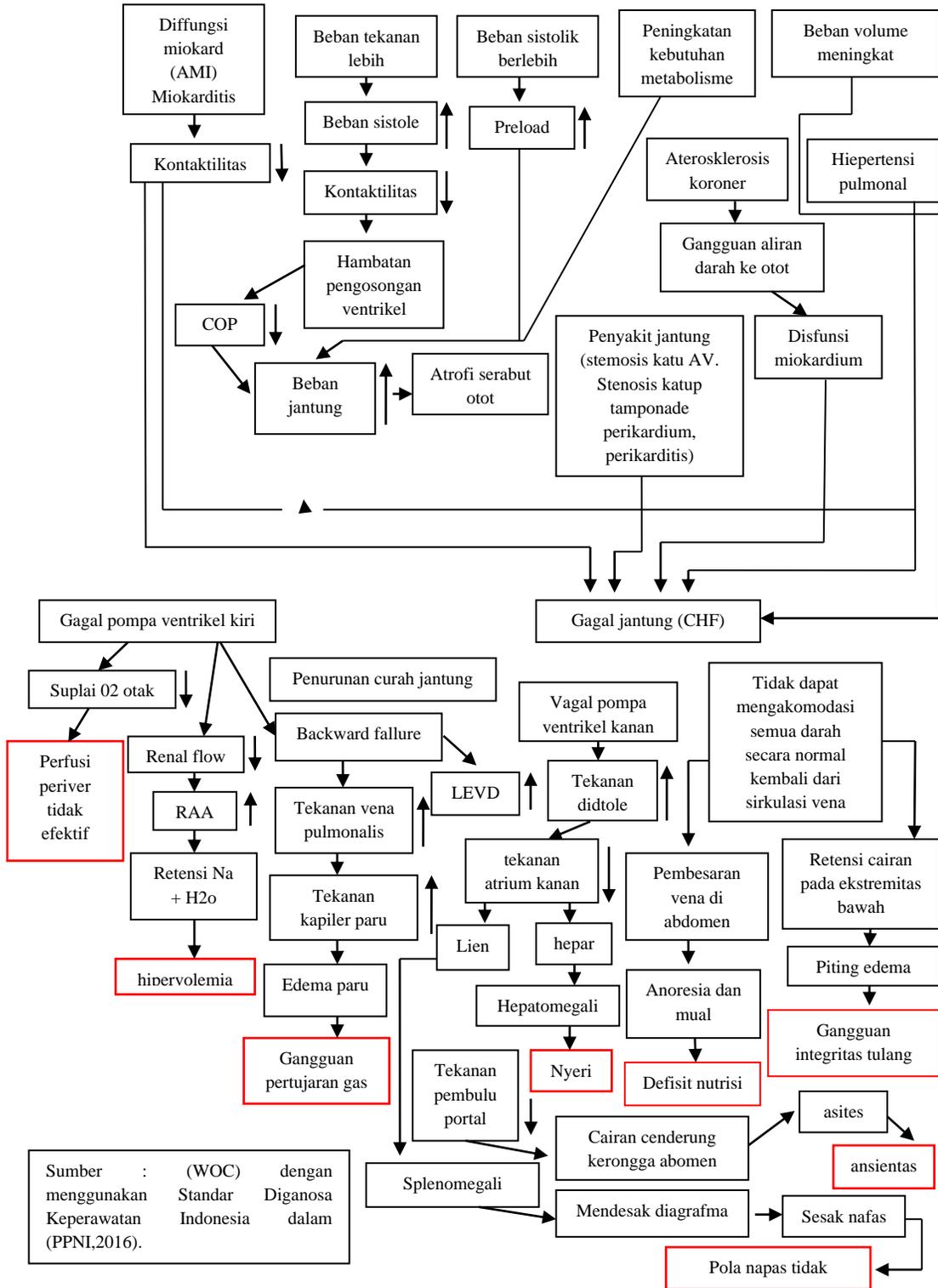
Kelainan fungsi otot jantung disebabkan karena aterosklerosis koroner, hipertensi arterial dan penyakit otot degenerative atau inflamasi. Aterosklerosis koroner mengakibatkan disfungsi miokardium karena terganggu aliran darah ke otot jantung sehingga terjadi hipoksia dan asidosis (akibat penumpukan asam laktat), infark miokardium biasanya mendahului terjadinya gagal jantung. Hipertensi sistemik atau pulmonal (peningkatan

afterload) meningkatkan beban kerja jantung pada gilirannya mengakibatkan hipertrofi serabut otot jantung, efek (hipertrofi miokard) dapat dianggap sebagai mekanisme kompensasi karena akan meningkatkan kontraktilitas jantung.

Peradangan dan penyakit miokardium degeneratif berhubungan dengan gagal jantung karena kondisi ini secara langsung merusak serabut jantung sehingga akan menyebabkan kontraktilitas menurun, ventrikel kanan dan kiri dapat mengalami kegagalan secara terpisah. Gagalnya ventrikel kiri paling sering mendahului gagal jantung ventrikel kanan.

7. Patway

Gambar 1 4 Patway gagal jantung



C. Tinjauan asuhan keperawatan

Asuhan keperawatan ialah suatu tindakan perawat dalam memberikan pelayanan kesehatan dalam bentuk kolaboratif, yaitu melakukan kerja sama dengan tim medis lainnya, dalam upaya memberikan asuhan keperawatan yang holistik atau menyeluruh sesuai dengan wewenang dan tanggung jawab perawat terhadap tatanan pelayanan (Melliany, 2019). Proses keperawatan adalah cara sistematis yang dilakukan oleh perawat bersama klien dalam menentukan kebutuhan asuhan keperawatan dengan melakukan pengkajian, menentukan diagnosa, merencanakan tindakan, melaksanakan tindakan, serta mengevaluasi asuhan keperawatan yang akan diuraikan sebagai berikut:

a. Pengkajian meliputi:

- 1) Biodata yaitu Identitas pasien yang terdiri dari nama pasien, tempat tanggal lahir, jenis kelamin, tempat tinggal, suku, pekerjaan, pendidikan, tanggal masuk sakit, rekam medis dan identitas penanggung jawab
- 2) Keluhan utama yaitu Keluhan utama yang timbul pada klien (sampai bisa berhari-hari atau berbulan-bulan)
- 3) Riwayat kesehatan dahulu yaitu terdapat data yang menyatakan adanya faktor prediposisi timbulnya penyakit ini, di antaranya adalah riwayat alergi dan riwayat penyakit saluran nafas bagian atas maupun penyakit saluran nafas bagian bawah
- 4) Riwayat kesehatan keluarga yaitu Klien dengan gangguan oksigenasi sering kali didapatkan adanya riwayat penyakit turunan, tetapi pada

beberapa klien lainnya tidak ditemukan adanya penyakit yang sama pada anggota keluarganya.

5) Pemeriksaan fisik yaitu pemeriksaan yang dilakukan melalui inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi (Suryanti Ningsih, 2020).

1) Inspeksi

a) Dada diobservasi.

b) Tindakan dilakukan dari atas (apeks) sampai kebawah.

c) Inspeksi torak posterior, meliputi warna kulit dan kondisinya, skar, lesi, massa, dan gangguan tulang belakang, seperti kifosis, skoliosis, dan kesimetrisan pergerakan dada.

d) Catat jumlah, irama, kedalaman pernapasan, dan kesimetrisan pergerakan dada.

e) Observasi tipe pernapasan, seperti pernapasan hidung, pernapasan diafragma, dan penggunaan otot bantu pernapasan.

f) Saat mengobservasi respirasi, catat durasi dari fase inspirasi (I) dan fase ekspirasi (E). Rasio pada fase ini normalnya 1:2. Fase ekspirasi yang memanjang menunjukkan adanya obstruksi pada jalan napas dan sering ditemukan pada klien Chronic Airflow Limitation (CAL)/Chronic obstructive Pulmonary Diseases (COPD).

g) Kelainan pada bentuk dada.

- h) Observasi kesimetrisan pergerakan dada. Gangguan pergerakan atau tidak adekuatnya ekspansi dada mengindikasikan penyakit pada paru atau pleura
 - i) Observasi trakea abnormal ruang interkostal selama inspirasi, yang dapat mengindikasikan obstruksi jalan nafas.
- 2) Palpasi
- a) Dilakukan untuk mengkaji kesimetrisan pergerakan dada dan mengobservasi abnormalitas, mengidentifikasi keadaan kulit, dan mengetahui vocal/tactile premitus (vibrasi).
 - b) Palpasi toraks untuk mengetahui abnormalitas yang terkaji saat inspeksi seperti: massa, lesi, bengkak.
 - c) Vocal premitus, yaitu gerakan dinding dada yang dihasilkan ketika berbicara.
- 3) Perkusi
- Suara perkusi normal:
- a) Resonan (sonor): bergaung, nada rendah. Dihasilkan pada jaringan paru normal.
 - b) Dullnes: bunyi yang pendek serta lemah, ditemukan diatas bagian jantung, mammae, dan hati.
 - c) Timpani: musical, bernada tinggi dihasilkan di atas perut yang berisi udara
 - d) Hipersonan (hipersonor): bergaung lebih rendah dibandingkan dengan resonan dan timbul pada bagian paru yang berisi darah.

e) Flatness: sangat dullnes. Oleh karena itu, nadanya lebih tinggi. Dapat terdengar pada perkusi daerah hati, di mana areanya seluruhnya berisi jaringan.

4) Auskultasi

a) Merupakan pengkajian yang sangat bermakna, mencakup mendengarkan bunyi nafas normal, bunyi nafas tambahan (abnormal).

b) Suara nafas abnormal dihasilkan dari getaran udara ketika melalui jalan nafas dari laring ke alveoli, dengan sifat bersih.

c) Suara nafas normal meliputi bronkial, bronkovesikular dan vesikular.

d) Suara nafas tambahan meliputi wheezing: peural friction rub, dan crackles

b. Diagnosa keperawatan yaitu suatu penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan pada gangguan pemenuhan kebutuhan oksigenasi ini adalah:

1. Bersihan jalan napas tidak efektif
2. Pola napas tidak efektif
3. Gangguan pertukaran gas (PPNI, 2016)

c. Intervensi keperawatan

Tabel 1 2 Rencana Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
1	Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka bersihan jalan napas meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Batuk efektif dari menurun menjadi cukup meningkat - Produksi sputum dari meningkat menjadi cukup menurun - Wheezing dari meningkat menjadi cukup menurun - Dispnea dari meningkat menjadi menurun - Frekuensi napas dari memburuk menjadi cukup membaik - Pola napas dari memburuk menjadi cukup membaik 	<p>Manajemen Jalan Napas</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Monitor bunyi napas tambahan (mis. <i>gurgling</i>, mengi. <i>Wheezing</i>, ronkhi kering) 3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Posisikan semi-Fowler atau fowler 5. Berikan minum air hangat 6. Berikan oksigen <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Ajarkan teknik batuk efektif <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Kolaborasi pemberian Nebulisasi <p>Terapi oksigen</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kecepatan aliran oksigen 2. Monitor posisi

			<p>alat terapi oksigen Monitor aliran oksigen secara periodik dan pastikan fraksi yang diberikan cukup</p> <p>3. Monitor efektifitas terapi oksigen (mis. Oksimetri, analisa gas darah), jika perlu</p> <p>4. Monitor kemampuan melepaskan oksigen saat makan</p> <p>5. Monitor tanda-tanda hipoventilasi</p> <p>6. Monitor tanda dan gejala toksikasi oksigen dan atelektasis</p> <p>7. Monitor tingkat kecemasan akibat terapi oksigen</p> <p>8. Monitor integritas mukosa hidung akibat pemasangan oksigen</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <p>9. Bersihkan sekret pada mulut, hidung dan trakea, jika perlu</p> <p>10. Pertahankan kepatenan jalan napas</p> <p>11. Siapkan dan atur peralatan pemberian oksigen</p>
--	--	--	---

			<p>12. Berikan oksigen tambahan, jika perlu</p> <p>13. Tetap berikan oksigen saat pasien ditransportasi</p> <p>14. Gunakan perangkat oksigen yang sesuai dengan tingkat mobilitas pasien</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>15. Ajarkan pasien dan keluarga cara menggunakan oksigen di rumah</p> <p><i>Kolaborasi</i></p> <p>16. Kolaborasi penentuan dosis oksigen</p> <p>17. Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas dan /atau tidur</p>
--	--	--	--

- d. Implementasi keperawatan** yaitu perilaku atau aktivitas spesifik yang di kerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi Keperawatan. Konsep tindakan yang akan saya lakukan pada klien , ajarkan batuk efektif, posisikan semi-fowler atau fowler, memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas), dan memberikan terapi oksigen.
- e. Evaluasi keperawatan** adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang anda buat pada tahap perencanaan (Budiono, 2016). Evaluasi pada klien pada gangguan kebutuhan oksigenasi (congestive heart failur/CHF)

dengan harapan klien menunjukkan tidak ada sekret, dispnea menurun, klien mampu mengeluarkan sekret frekuensi napas membaik, tidak ada suara napas tambahan, TTV normal, polan napas membaik, tidak ada otot bantu pernapasan dan kebutuhan tidur terpenuhi 6 – 8 jam (PPNI, 2018).

BAB III

METODE STUDI KASUS

1. Desain Studi Kasus

Desain yang digunakan studi kasus ini adalah studi kasus dengan metode penelitian deskriptif. Penelitian deskriptif yaitu suatu penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama untuk memaparkan peristiwa-peristiwa penting yang terjadi pada masa kini. Desain penelitian yg digunakan studi kasus adalah rancangan penelitian yang mencakup pengkajian satu unit penelitian secara intensif misalnya satu klien, keluarga, kelompok, komunitas, atau institusi (Suryanti Ningsih, 2020).

2. Subyek Studi Kasus

Subyek studi kasus dalam penelitian ini adalah 1(satu) orang pada pasien dengan gangguan pemenuhan oksigenasi (Congestive Heart Failure/CHF) Di Ruang HCU RS. Ismoyo Kota Kendari, dengan kriteria sebagai berikut:

a. Kriteria Inklusi

- 1) Berusia < 60 tahun
- 2) Responden yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan oksigen (congestive heart failure/CHF) dan dirawat inap Di Ruang HCU RS. Ismoyo Kota Kendari
- 3) Bersedia menjadi responden penelitian dengan menandatangani *informed consent*.

b. Kriteria Eksklusi

- 1) Pasien dalam keadaan sakit
- 2) Menggunakan otot bantu pernapasan

3. Lokasi Dan Waktu Studi Kasus

Penelitian ini dilaksanakan Di Ruang HCU RS. Ismoyo Kota Kendari.

Waktu penelitian ini dilakukan pada tanggal 24 – 26 juni 2022.

4. Fokus Studi

Fokus studi pada penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan oksigenasi (Congestive Heart Failure/CHF) Di Ruang HCU RS. Ismoyo Kota Kendari.

5. Defenisi Operasional Fokus Studi

- a. Gangguan pemenuhan kebutuhan oksigenasi yaitu kebutuhan oksigen dalam tubuh tidak terpenuhi secara optimal ditandai dengan sesak nafas, frekuensi napas meningkat , batuk berdahak dan terpasang oksigen.
- b. Congestive heart failure/CHF adalah suatu keadaan dimana jantung gagal memompa darah ke seluruh tubuh dengan maksimal dan ketidak cukupan curah jantung untuk memenuhi kebutuhan metabolik tubuh.
- c. Asuhan Keperawatan pada klien dengan congestive heart failure/CHF merupakan proses yang diberikan secara langsung kepada pasien congestive heart failure/CHF, Adapun tahapan pelayanan yang diberikan terdiri dari :
 - 1) Pengkajian merupakan proses langkah awal yang dilakukan perawatan, pengkajian meliputi biodata, keluhan utama, riwayat kesehatan dahulu,

riwayat kesehatan keluarga, dan pemeriksaan fisik : inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi.

- 2) Diagnosa keperawatan adalah salah satu penilain klinis mengenai respon klien terhadap kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik berangsur aktual maupun potensial.
- 3) Intervensi keperawatan dalam segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran keperawatan yang di harapkan.
- 4) Implementasi keperawatan adalah salah satu tahap pelaksanaan proses asuhan keperawatan, yang akan mengatur kegiatan asuhan keperawatan yang sesuai dengan diagnosa dan intervensi keperawatan yang telah ditetapkan sebelumnya.
- 5) Evaluasi keperawatan merupakan langkah proses keperawatan yang memungkinkan untuk menentukan apakah telah berhasil meningkatkan kondisi klien.

6. Instrumen Studi Kasus

Instrumen pengumpulan data berupa format tahapan proses keperawatan medikal bedah mulai dari pengkajian sampai evaluasi keperawatan. Pengumpulan data dilakukan dengan cara anamnesa, pemeriksaan fisik, observasi langsung, dan studi dokumentasi.

a. Format pengkajian keperawatan

Terdiri dari identitas pasien, identitas penanggung jawab, riwayat kesehatan, riwayat kesehatan masa lalu, riwayat keluarga/genogram

(diagram 3 generasi) pemeriksaan fisik, kebutuhan dasar, pemeriksaan penunjang, dan tindakan medik/pengobatan.

b. Format analisa data

Terdiri dari nama pasien, nomor rekam medik, ruang perawatan, diagnosa medis, data, Etiologi, dan masalah.

c. Format diagnosa keperawatan

Terdiri dari diagnosa keperawatan.

d. Format rencana asuhan keperawatan

Terdiri dari nama pasien, nomor rekam medik, ruang perawatan, diagnosa medis, diagnosa keperawatan, luaran keperawatan (SLKI), dan intervensi keperawatan (SIKI).

e. Format implementasi dan evaluasi keperawatan.

Terdiri dari nama pasien, nomor rekam medik, ruang perawatan, diagnosa medis, diagnosa keperawatan, hari/tanggal, jam, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

7. Metode Pengumpulan Data

Sumber data yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah data primer dan data sekunder. Data primer diperoleh dengan cara melakukan pengkajian terhadap responden. Sedangkan data sekunder yang berhubungan dengan penelitian ini diperoleh dari status pasien dan rekam medik di ruang inap HCU RS. Ismoyo Kota Kendari.

a. Data Primer

Data primer adalah data yang secara langsung diambil dari subyek atau obyek penelitian oleh perorangan maupun organisasi. Data primer dapat diperoleh dari:

1) Wawancara

Mengadakan wawancara pasien dengan keluarga. Yaitu dengan menanyakan nama, usia, tempat tinggal dan keluhanya apa

2) Observasi

Pada observasi ini peneliti ingin memperoleh data-data terkait keluhan sesaknya seperti apa penyebabnya, sakitnya bagian mana, sudah berapa lama.

3) Pemeriksaan Fisik

Melakukan pemeriksaan fisik terhadap klien melalui: inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi.

b. Data Sekunder

Data sekunder diperoleh dari status pasien dengan cara:

1) Dokumentasi adalah teknik pengumpulan data yang tidak langsung ditujukan pada obyek penelitian, namun melalui dokumen.

2) Kepustakaan adalah teknik pengumpulan data yang diperoleh atau dikumpulkan oleh orang yang melakukan penelitian dari ilmu pengetahuan yang sudah ada sebelumnya. Peneliti memanfaatkan teori-teori yang sudah ada di buku atau hasil penelitian lain untuk kepentingan penelitian.

8. Analisis Data Dan Penyajian Data

Setelah dilakukan pengumpulan data dari responden, kemudian dilakukan analisa data dari hasil observasi, wawancara, dan lain-lain. Setelah di analisa data tersebut, kemudian melakukan penyajian data. Penyajian data dalam bentuk asuhan keperawatan yang menggunakan langkah **SOAP**.

9. Etika Studi Kasus

Pertimbangan etika dalam studi kasus ini dilaksanakan dengan memenuhi prinsip-prinsip: (Mirasantika, 2018).

- a. *Autonomy* yang berhubungan dengan hak dari responden untuk membuat keputusan bagi dirinya, dalam hal ini penelitian harus menghormati hak responden untuk menentukan apakah dia bersedia atau tidak menjadi bagian dari penelitian dan sewaktu-waktu boleh berhenti dari proses penelitian.
- b. *Nonmaleficence* yaitu berkaitan dengan kewajiban untuk tidak menimbulkan kerugian atau cedera bagi orang-orang lain, dalam hal ini peneliti harus membuat kesepakatan yang diambil tidak akan merugikan klien dan keluarganya.
- c. *Beneficence* berkaitan dengan kewajiban melakukan yang terbaik dalam memberikan suatu tindakan bila terjadi sesuatu akibat intervensi yang dilakukan penelitian, maka peneliti harus mencari solusi yang terbaik mengembalikan status kesehatan responden kembali pada kondisi semula.
- d. *Veracity* berkaitan dengan kewajiban untuk mengatakan sesuatu dengan benar tidak berbohong apalagi penipu, dalam hal peneliti harus menjelaskan tentang proses dalam penelitiannya dengan benar dan jujur.

- e. *Justice* berkaitan dengan kewajiban berlaku adil kepada semua orang, dalam hal keputusan yang diambil tidak akan berdampak buruk bagi semua pihak.
- f. *Fidelity* berkaitan dengan kewajiban untuk setia atau loyal dengan kesepakatan atau tanggungjawab yang diemban.
- g. *Konfidensialitas* yaitu berkaitan dengan rahasia, maka dalam penelitian ini harus mahasiswa merahasiakan identitas responden dan data-data yang didapatkan dari responden tidak hanya diperlukan untuk meneliti saja. Responden diberikan penjelasan mengenai rencana penelitian yang meliputi tujuan penelitian, manfaat penelitian, hak-hak responden dan kerahasiaan identitasnya. Setiap responden diberikan hak untuk menolak atau menyetujui menjadi subjek penelitian.

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

1. Pengkajian

I. Biodata

a. Identitas klien

Nama : Ny. J
Jenis Kelamin : Perempuan
Umur/Tanggal Lahir : 62 Tahun/06, Juli 1959
Status Perkawinan : Janda
Agama : Islam
Suku/Bangsa : Bugis
Pendidikan : SD
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
Pendapatan : -
Tanggal Masuk : 24 Juni 2022
Tanggal Pengkajian : 24 Juni 2022
No. Register : 108 – 80 – 40
Diagnosa Medis : CHF

b. Identitas Penanggung

Nama lengkap : Ny. S
Jenis kelamin : Perempuan

Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga

Hubungan dengan klien : Ibu Kandung

Alamat : Torobulu

II. Riwayat Kesehatan

Status kesehatan saat ini

Keluhan utama : Klien mengatakan sesak napas dan batuk berdahak warna putih.

Riwayat keluhan : Klien masuk dirumah sakit di Rs. Ismoyo Kota Kendari Ruangan HCU dengan keluhan sesak nafas, batuk berdahak berwarna putih, nyeri dada sebelah kiri atas tembus kebelakang.

P : Klien mengatakan nyeri saat sesak napas dan batuk.

O : Seperti tertekan

R : Dada sebelah kiri atas tembus kebelakang

S : Skalah nyeri 3

T : Hilang timbul

Upaya yang dilakukan untuk mengatasinya dengan beristirahat dan mengatur posisi stengah duduk/posisi semi fowler

III. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Klien mengatakan sebelumnya pernah masuk rumah sakit Ismoyo kota kendari dengan keluhan yang sama pada 2 tahun yang lalu.

Pernah mengalami pembedahan : Klien mengatakan tidak pernah mengalami pembedahan

Riwayat alergi : Klien mengatakan tidak ada riwayat alergi makanan atau obat-obatan

Kebiasaan/ketergantungan terhadap zat:

Merokok : Tidak ada

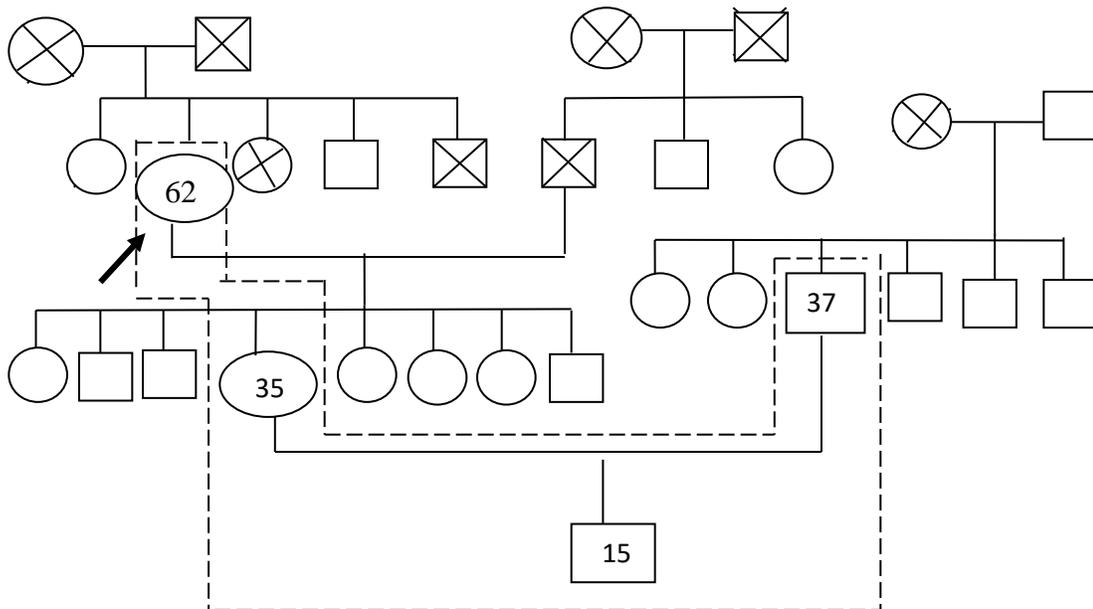
Minum alkohol : Tidak ada

Minum kopi : Tidak ada

Minum obat-obatan : Tidak ada

IV. Riwayat Keluarga/Genoram (Diagram 3 Generasi)

a. Genogram



Keterangan :

○ = perempuan

□ = Laki-laki

| = Garis keturunan

— = Garis perkawinan

 = Klien ·----- = Tinggal serumah
 = Meninggal

Keterangan :

G I = Suami klien meninggal dunia karena kecelakaan

G II = Klien mempunyai anak 8, sekarang tinggal bersama anaknya yang ke 4 beserta menantunya serta cucu

G III = Anak klien yang ke 4 memiliki anak 1

b. Riwayat kesehatan keluarga : Klien menegaskan tidak ada anggota keluarga yang mempunyai penyakit menular atau keturunan.

V. Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum : Sedang

TTV : TD : 140/100 mmHg, P : 28, N : 92, S : 36,4°C

SPO2 : 94%

Berat badan dan tinggi badan:

Berat badan : 82 Kg

Tinggi badan : 157 Cm

IMT : 33, 26

a. Kepala dan mata

Bentuk kepala : Normal dan simetris

Keadaan kulit kepala : Nampak bersih dan tidak ada ketombe

Rambut mudah recabut : Tidak mudah tercaput
Alopesia : Tidak nampak alopesia
Edema kelopak mata : Tidak
Skelera/Konjungtiva : Anemis/pucat
Ukuran pupil : Normal
Ketajaman penglihatan : Pasien rabun jauh
Pergerakan bola mata : Normal
Lapang pandang : Normal
Diplopia : Tidak ada
Photohobia : Tidak ada
Nistagmus : Tidak ada
Reflex kornea : Normal
Nyeri : Tidak ada nyeri tekan pada bola mata

b. Telinga dan hidung

Kesimetrisan : Simetris kiri dan kanan
Sekret : Tidak ada
Sekresi : Tidak ada
Ketajaman pendengaran : Pasien nampak mendengar saat berkomunikasi
Perdarahan : Tidak ada
Fungsi penciuman : Normal
Nyeri : Tidak ada nyeri

c. Mulut dan leher

Fungsi berbicara : Normal

Kelembaban bibir : Nampak lembab pada bibir pasien
Tremor pada lidah : Tidak nampak tremor pada lidah
Kesulitan menelan : Tidak ada kesulitan menelan
Nyeri menelan : Tidak ada nyeri menelan
Kemampuan mengunyah : Pasien nampak mampu mengunyah
Pembesaran kelenjar tiroid : Tidak ada
Pembesaran kelenjar linfe : Tidak ada
Distensi vena jugularis : Tidak ada
Devisiasi trakhea : Tidak ada

d. Sitem pernapasan

Sesak : Klien nampak sesak
Batuk : Klien nampak batuk berlendir tetapi jumlahnya sedikit
Karakteristik sputum berwarna putih/jernih tetapi kental

Inspeksi:

Klien tampak sesak nafas
Dada klien simetris antara kanan dan kiri

Palapasi :

Gerakan dada simetris kanan dan kiri
Tidak ada pembesaran pada daerah dada
Tidak ada nyeri tekan

Perkusi :

Terdapat suara sonor pada daerah kanan atas

Auskultasi :

Terdengar suara roncki kering

Fase inspirasi memanjang dari pada ekspirasi

Sistem kardiovaskuler :

Nyeri dada : Klien mengatakan nyeri dada sebelah kiri atas tembus
kebelakang

Nyeri hilang timbul

Skalah nyeri 3 (sedang)

CRT : 3 detik

Inspeksi :

Dada kiri dan kanan Nampak simetris

Palapasi :

Tidak ada massa pada daerah dada

Terdapat nyeri tekan pada daerah dada kiri atas

Perkusi :

Suara pekak

Auskultasi

Suara auskultasi saat mendengarkan bunyi jantung pasien irama normal

”lub dup”

e. Payudara wanita

Tidak dilakukan pemeriksaan

f. Abdomen

Warna kulit : Sawo matang

Distensi abdomen : Tidak ada
Ostomy : Tidak ada
Tanda jejas : Tidak ada tanda jejas
Peristaltik : 5 kali permenit

g. Sistem urinarius

Gangguan : Tidak ada gangguan sistem urinaris

h. Sistem reproduksi wanita

Tidak dilakukan pemeriksaan

i. Sitem saraf :

GCS : mata : 5 verbal : 5 motorik : 5

Kelumpuhan : Tidak ada kelumpuhan

Kejang-kejang : Tidak ada

Reflex tendon :

Biceps : Positif

Trisep : Positif

Lutut : Positif

Achiles : Positif

Reflex patologis :

Kaku kuduk/kering sig : Tidak ada

j. Ekstremitas :

Warna kulit : Sawo matang

Tugor kulit : Normal

Sianosis : Tidak nampak sianosis

Varises : Tidak ada
 Tremor : Tidak ada
 Edema : Tidak ada
 Luka : Tidak ada
 Kemampuan pergerakan sendi : Bebas/normal
 Deformitas : Tidak ada
 Kakuan : Tidak ada
 Nyeri sendi/otot : Tidak ada
 Kekuatan otot :

5	5
5	5

k. Sistem imun :

Perdarahan gusi : Tidak ada
 Perdarahan lama : Tidak ada
 Keletihan/kelemahan : Nampak kelihan/lemah

VI. Pengkajian kebutuhan dasar

a. Oksigenasi

Klien tampak sesak
 Klien tampak batuk berlendir tetapi sedikit
 Terdapat lendir berwarna putih/jernih tetapi kental

b. Nutrisi

Keterangan	Sebelum sakit	Setelah sakit
Frekuensi makan sehari	3 kali sehari	3 kali sehari
Waktu makan	Pagi, siang, malam	Pagi, siang, malam

Porsi makan yang dihabiskan	Porsi makan dihabiskan	Porsi makan dihabiskan
Penggunaan alat bantu makan	Tidak ada penggunaan alat bantu	Tidak ada penggunaan alat bantu
Pembatasan makan	Tidak ada	Klien mengatakan dilarang makan yang berminyak oleh perawat

c. Cairan dan Elektrolit

Keterangan	Sebelum sakit	Setelah sakit
Frekuensi minum sehari	3 kali sehari	3 kali sehari
Jumlah minum yang dikonsumsi sehari	8 gelas sehari	8 gelas sehari
Jenis minum yang disukai	Air putih	Air putih
Program pembatasan cairan	Tidak ada	Tidak ada

d. Eliminasi

Keterangan	Sebelum sakit	Setelah sakit
Frekuensi BAK	2 – 4 kali perhari	2 – 4 kali perhari
Warna urin	Putih/bening	Putih/bening
Kesulitan memulai berkemih	Tidak ada	Tidak ada
Frekuensi BAB	1 kali perhari	1 kali perhari
Konsistensi	Keras	Keras
Warna	Kuning	Kuning
Nyeri saat defekasi	Tidak ada	Tidak ada

e. Istirahat dan Tidur

Sebelum sakit :

Klien mengatakan jumlah tidurnya normal kurang lebih 8 jam perhari

Setelah sakit :

Klien mengeluh susah tidur diebabkan sesak dan batuk yang dideritanya

Klien mengatakan jumlah jam tidur siang 1 jam dan jumlah jam tidur malam 4 jam

Klien mengeluh tidak puas tidur

Klien mengeluh istirahat tidak cukup

Konjungtiva pasien nampak pucat

f. Aktifitas dan Latihan

Klien mengatakan mandiri dalam kemampuan perawatan makan/minum, toileting, berpakaian, mobilitas ditempat tidur, dan berpindan

g. Pola persepsi diri/konsep diri

Saat ini klien merasa sakit

Klien bingung dengan apa yang akan dilakukan terhadap penyakit yang dideritanya

h. Pola seksual dan produksi

Tidak dilakukan pengkajian karena pasien janda atau suami pasien telah meninggal 3 tahun yang lalu.

i. Pola keyakinan-nilai

Klien mengatakan selalu berdoa kepada allah untuk kesembuhan penyakitnya dan yakin bahwa penyakitnya akan sembuh.

VII. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan EKG Ny. J

HR : 98 bpm

P Dur : 116 ms

PR int : 185 ms
 QRS Dur : 131 ms
 QT QTC int : 348/441 ms
 P QRS/T axis : 33/49/32
 RV5/SV1 amp : 0.800/0.790 mV
 RV5+SV1 amp : 1.590 mV
 RV6/SV2 amp : 0.476/1.053 Mv

Diagnosis Info:

800 : Sinus Rhythm
 502 : IVCD (Intraventricular Conduction Block)
 131 : Low Voltage (Limb Leads)

Hasil pemeriksaan laboratorium Ny. J pada tanggal 24 Juni 2022

Tabel 1.3 Hasil Pemeriksaan Laboratorium Hematologi

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujuan	Keterangan
Darah rutin				
WBC	13.4	10 ³ /uL	4.0 – 10.0	H
LYM%	26.5	%	20.0 – 40.0	
MON%	3.2	%	1.0 – 15.0	
GRAN%	70.3	%	50.0 – 70.0	H
LYM#	3.6	10 ³ /uL	0.6 – 4.1	
MON#	0.4	10 ³ /uL	0.1 – 1.8	
SRAN#	9.4	10 ³ /uL	2.0 – 7.8	H
RBC	4.49	10 ⁶ /uL	3.50 – 5.50	
HGB	14.2	g/dl	11.0 – 16.0	
HCT	39.1	%	36.0 – 48.0	
MCV	87.1	fL	80.0 – 99.0	
MCH	31.6	Pg	26.0 – 32.0	
MCHC	36.3	g/Dl	32.0 – 36.0	H
RDW-SD	40.9	fL	37.0 – 54.0	
RDW-CV	14.9	%	11.5 – 14.5	H

PLT	319	10*3/UI	100 – 300	H
MPV	8.9	Fl	a. – 10.4	
PDW	10.5	%	10.0 – 17.0	
PCT	0.28	%	1.10 – 0.28	
P-LCR	13.6	%	13.0 – 43.0	

VIII. Tindakan medik/pengobatan

Tanggal pemberian obat pada Ny. J 24 juni 2022

RL 20 tpm

Oksigen/nasal kanul 2 – 4 liter

Nebulisasi ventolin /8 jam

Furosemide 2 amp /8 jam/IV

Candesartan 16 mg 1x1/tablet

Amlodipin 5 mg 1x1/tablet

Cefriaxone 16 mg /12 jam/IV

DATA FOKUS

DATA SUBJEKTIF	DATA OBJEKTIF
<ol style="list-style-type: none">1. Klien mengatakan sesak napas2. Klien mengatakan batuk berdahak warna putih.	<ol style="list-style-type: none">1. Klien nampak sesak2. Klien Nampak batuk3. Nampak produksi sputum sedikit berwarna putih/bening4. Terdengar suara <i>ronchi</i>5. Frekuensi napas meningkat6. Klien nampak lemah7. TTV : TD : 140/100 mmhg N : 92 x/menit P : 28x/menit S : 36,4°C SPO2 94%

ANALISA DATA

Nama pasien : Ny. J

Ruang perawatan : Ruang HCU

No. Rekam Medik : 108-80-40

Diagnosa medis : CHF

DATA	ETIOLOGI	MASALAH
<p style="text-align: center;">Data Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan sesak napas 2. Klien mengatakan batuk berdahak, sedikit warna putih/bening <p style="text-align: center;">Data Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Klien nampak sesak 4. Klien Nampak batuk 5. Nampak produksi sputum sedikit, berwarna putih/bening 6. Terdengar suara <i>ronchi</i> 7. Frekuensi napas meningkat 8. Klien nampak lemah 9. TTV : <ul style="list-style-type: none"> TD : 140/100 mmhg N : 92 x/menit P : 28x/menit S : 36,4°C SPO2 94% 	<p>Hipersekresi</p> <p>↓</p> <p>Akumulasi Sputum</p> <p>↓</p> <p>Batuk tidak efektif</p> <p>↓</p> <p>Ronchi</p> <p>↓</p> <p>Frekuensi nafas meningkat</p> <p>↓</p> <p>Bersihkan jalan napas tidak efektif</p>	<p>Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas</p>

DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas

PERENCANAAN KEPERAWATAN

Nama Pasien : Ny. J

Ruang Perawatan : HCU

No. Rekam Medik : 108 – 80 -40

Diagnosa Medis : CHF

Diagnosa Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka bersihan jalan napas meningkat dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> - Batuk efektif dari menurun menjadi cukup meningkat - Produksi sputum dari meningkat menjadi cukup menurun - Ronchi dari meningkat menjadi cukup menurun - Dispnea dari meningkat menjadi menurun - Frekuensi napas dari memburuk menjadi cukup membaik - Pola napas dari memburuk menjadi cukup membaik 	Manajemen Jalan Napas <i>Observasi</i> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) - Monitor bunyi napas tambahan (mis. <i>gugling</i>, mengi. <i>Wheezing</i>, ronkhi kering) - Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) <i>Terapeutik</i> <ul style="list-style-type: none"> - Posisikan semi-Fowler atau fowler - Berikan minum air hangat - Berikan terapi oksigen <i>Edukasi</i> <ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan teknik batuk efektif <i>Kolaborasi</i> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian Nebulisasi

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN

Nama Pasien : Ny. J

Ruang Perawatan : HCU

No. Rekam Medik : 108 – 80 - 40

Diagnosa Medis : CHF

Tanggal Tindakan : 24, juni 2022

Diagnosa Keperawatan	Jam	Hari/Tanggal	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas	08.00 – 14.00	Jumat/24, juni 2022	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) (08.00) Hasil : frekuensi napas pasien 28x/menit dijam - Memonitor bunyi napas tambahan (mis. <i>gulgung</i>, mengi. <i>Wheezing</i>, ronchi kering) dijam (08.15) Hasil : nampak bunyi napas tambahan (<i>ronchi</i>) berkurang - Memonitor sputum (jumlah, warna, aroma) Hasil : pasien nampak batuk berlendir sedikit, berwarna putih/bening - Memposisikan semi-Fowler atau fowler (09.30) Hasil : memberikan posisi semi-Fowler - Memberikan minum air hangat (09.45) 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sesak napas - Klien mengatakan batuk berdahak <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien nampak sesak - Klien nampak batuk berdahak - Nampak sputum, sedikit, berwarna putih/bening - Klien nampak lemah <p>TTV :</p> <p>TD : 140/100 mmhg N : 92x/menit P : 28x/menit S : 36,4°C SPO2 94%</p> <p>A : Masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : Rencana tindakan dilanjutkan</p>

			<p>Hasil : pasien nampak mengikuti (meminum air hangat)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memberikan oksigen (24 jam) <p>Hasil : meberikan terapi oksigen 3 liter</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengjarkan teknik batuk efektif <p>Hasil : pasien nampak mengikuti (teknik batuk efektif)</p> <ul style="list-style-type: none"> - mengkolaborasi pemberian Nebulizer (08.00) <p>Hasil : pemeberian nebulizer pada pasien</p>	
--	--	--	--	--

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN

Nama Pasien : Ny. J

Ruang Perawatan : HCU

No. Rekam Medik : 108 – 80 - 40

Diagnosa Medis : CHF

Tanggal Tindakan : 25, juni 2022

Diagnosa Keperawatan	Jam	Hari/Tanggal	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas	09.30 – 14.00	Sabtu/25, juni 2022	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) dijam (09.30) Hasil : frekuensi napas pasien 22x/menit - Memonitor bunyi napas tambahan (mis. <i>guling</i>, mengi. <i>Wheezing</i>, ronkhi kering) dijam (09.35) Hasil : masih nampak bunyi napas tambahan (<i>ronchi</i>) - Memonitor sputum (jumlah, warna, aroma) dijam (09.40) Hasil : pasien nampak batuk berlendir sedikit, berwarna putih/bening - Memosisikan semi-Fowler atau fowler dijam (09.45) Hasil : memberikan posisi semi-Fowler - Memberikan minum air hangat dijam (09.50) 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sudah agak lebih baik pada sesaknya - Klien mengatakan masih batuk berdahak <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien nampak membaik - Nampak sputum, sedikit, berwarna putih/bening - TTV : TD : 130/100 mmhg N : 87x/menit P : 22x/menit S : 36°C SPO2 97% <p>A : Masalah bersihan jalan napas tidak efektif sebagian teratasi</p> <p>P : Rencana tindakan dilanjutkan</p>

			<p>Hasil : pasien nampak mengikuti (meminum air hangat)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memberikan oksigen (24 jam) <p>Hasil : meberikan oksigen 3 liter\jam</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengjarkan teknik batuk efektif (10.15) <p>Hasil : pasien nampak mengikuti (teknik batuk efektif)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengkolaborasi pemberian nebulisasi <p>Hasil : memberikan nebulisasi pada pasien</p>	
--	--	--	---	--

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN

Nama Pasien : Ny. J

Ruang Perawatan : HCU

No. Rekam Medik : 108 – 80 - 40

Diagnosa Medis : CHF

Tanggal Tindakan : 26, juni 2022

Diagnosa Keperawatan	Jam	Hari/Tanggal	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas	08.30 - 14.00	Minggu/26, juni 2022	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) (08. 30) Hasil : frekuensi napas pasien 20x/menit - Memonitor bunyi napas tambahan (mis. <i>guling</i>, mengi. <i>Wheezing</i>, ronkhi kering) dijam (08. 45) Hasil : bunyi napas tambahan (<i>ronchi</i>) menurun - Memonitor sputum (jumlah, warna, aroma) dijam (08. 50) Hasil : pasien nampak batuk berlendir sedikit, berwarna putih/bening - Memposisikan semi-Fowler atau fowler dijam (09.30) Hasil : memberikan posisi semi-Fowler - Memberikan minum air hangat Hasil : pasien nampak mengikuti 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan tidak lagi kesulitan bernapas. - Klien mengatakan batuk berkurang <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien nampak membaik - Pasien Nampak seskali batuk - Nampak sedikit lendir <p>TTV :</p> <p>TD : 140/90 mmhg N : 87x/menit P : 20x/menit S : 35,4°C SPO2 99%</p> <p>A : Masalah bersihan jalan napas tidak efektif sebagian teratasi</p> <p>P : Rencana tindakan dihentikan</p>

			(meminum air hangat) dijam (10.15) - Mengjarkan teknik batuk efektif Hasil : pasien nampak mengikuti (teknik batuk efektif) dijam (11.20)	
--	--	--	--	--

B. Pembahasan

Pada bab ini, penulis akan membahas tentang studi kasus bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas pada pasien Ny. J yang dilakukan pada tanggal 24 – 26 Juni 2022 Di Ruang HCU RS. Ismoyo Kota Kendari. Pada pembahasan ini akan diuraikan antara teori dan tindakan proses asuhan keperawatan, karena pada dasarnya asuhan keperawatan merupakan salah satu pendekatan yang dapat dilakukan melalui seluruh tahapan proses keperawatan mulai dari pengkajian sampai evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan tahap awal dari proses keparawatan dan pemikiran dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien.

Berdasarkan hasil dari pengkajian didapatkan bahwa riwayat kesehatan klien, keluhan utama yang dirasakan klien adalah sesak, batuk berdahak, nyeri dada sebelah kiri atas tembus kebelakang selama 6 jam pada saat dirumah, lalu keluarga klien atau anak klien membawa ke Rumah Sakit Ismoyo Kota Kendari.

Dari pemeriksaan fisik diatas dapat dilihat bahwa tanda dan gejala pada Ny. J sesuai dengan teori yang menyebutkan gagal jantung kongestif adalah suatu kondisi jantung gagal untuk memompa darah yang berguna untuk memenuhi kebutuhan metabolisme sel-sel dalam tubuh Sehingga yang menderita gagal jantung salah satu akibat yang terjadi adalah mengalami sesak nafas dan batuk terkadang disertai dahak (Firly Rahmatiana¹, 2020).

Pemeriksaan fisik yaitu mengukur tanda-tanda vital dan pengukuran lainnya serta pemeriksaan seluruh bagian tubuh dengan menggunakan teknik *inspeksi, palpasi, perkusi* dan *auskultasi*.

Hasil pengkajian fisik pada klien didapatkan pemeriksaan dada: *inspeksi* pada pengembangan dada kiri dan kanan simetris, palpasi *vocal fremitus* kiri dan kanan sama saat di *perkusi* bunyi paru hypersonor dan saat di *auskultasi* terdengar suara napas tambahan *ronchi*, pada pemeriksaan kepala, hidung, mata, leher tidak ada kelainan atau masalah. Tanda-tanda vital tekanan darah 140/100 mmhg, nadi 92x/menit, pernapasan 28x/menit irama napasnya regular dan suhu 36,4°C, SPO2 94%.

Hipersekresi akan mengakibatkan sumbatan pada saluran napas sehingga oksigen yang masuk ke saluran pernapasan menjadi berkurang, hal ini ditandai dengan perubahan frekuensi dan irama napas sehingga itu sesuai dengan gejala yang terjadi pada pasien. Klien mengeluh sesak napas, terdapat suara napas tambahan (*ronchi*), perubahan frekuensi 28x/menit, irama napas teratur.

Menurut teori PPNI, 2016), batasan karakteristik bersihan jalan napas tidak efektif yang meliputi batasan mayor yaitu secara objektif ada gejala batuk tidak efektif, tidak mampu batuk, sputum berlebih, mengi, wheezing, dan/atau ronchi kering, mekonium di jalan napas (pada neonatus), batasan minor secara subjektif menyatakan dispnea, sulit bicara, ortopnea, secara objektif tampak gelisah, sianosis, bunyi napas menurun, frekuensi napas berubah, pola napas berubah. Tidak semua gejala dalam batasan karakteristik

bersihan jalan napas tidak efektif terjadi pada pasien sehingga terdapat kesenjangan antara teori dan fakta, yang tidak terdapat yaitu sulit bicara, ortopnea dan sianosis. Namun sebagian besar ditemui pada klien yaitu mengeluh sesak napas, peningkatan frekuensi napas, ada batuk yang tidak efektif, dan terdengar suara napas tambahan yaitu *ronchi*.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan yaitu suatu penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik berlangsung aktual maupun potensial (Suryanti Ningsih, 2020). Untuk menegakkan diagnosa keperawatan atau SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan) maka harus memenuhi minimal 80% tanda dan gejala mayor dan minor.

Pasien dengan masalah kesehatan Gagal jantung kongestif mengalami suatu kondisi jantung gagal untuk memompa darah yang berguna untuk memenuhi kebutuhan metabolisme sel-sel dalam tubuh Sehingga yang menderita gagal jantung salah satu akibat yang terjadi adalah mengalami sesak nafas dan batuk terkadang disertai dahak (Firly Rahmatiana¹, 2020).

Berdasarkan data pengajian pada Ny. J. didapatkan hasil berupa klien mengatakan sesak napas, klien mengatakan batuk berdahak berwarna putih/bening, terdapat suara napas tambahan *ronchi*, RR 28x/menit. Berdasarkan diagnosis keperawatan SDKI (PPNI, 2016), diagnosa keperawatan yang sesuai dengan pasien dengan gagal jantung kongestif/CHF

adalah : Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan, hiper sekresi jalan napas.

3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*out come*) yang di harapkan (Suryanti Ningsih, 2020).

Tujuan intervensi terhadap diagnosa keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif herhubungan dengan hipersekresi jalan napas pada Ny. J yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka bersihan jalan napas meningkat dengan kriteria hasil berdasarkan SLKI (Starndar Luaran Keperawatan Indonesia) : batuk efektif dari menurun menjadi cukup meningkat, produksi sputum dari meningkat menjadi cukup menurun, *ronchi* dari meningkat menjadi cukup menurun, dispnea dari meningkat menjadi menurun, frekuensi napas dari memburuk menjadi cukup membaik, pola napas dari memburuk menjadi cukup membaik.

Berdasarkan tujuan dari kriteria hasil tersebut, peneliti menyusun intervensi keperawatan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) yaitu manajemen jalan napas Ny. J : monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas), monitor bunyi napas tambahan (mis. *gulging*, mengi. *wheezing*, ronkhi kering), monitor sputum (jumlah, warna, aroma), posisikan semi-fowler atau fowler, berikan minum air hangat, berikan oksigen, ajarkan teknik batuk efektif, kolaborasi pemeberian bronkodilator, eksektoran, mukolitik, jika perlu.

Dalam jurnal penelitian yang dilakukan oleh Kristian pada tahun 2022 menunjukkan bahwa intervensi manajemen jalan napas yaitu melatih batuk efektif, teknik relaksasi napas dalam, pemberian terapi oksigen yang dapat mengurangi sesak napas bagi pasien dengan kasus congestive heart failure (Kristian, 2020). Hal ini dapat sejalan dengan intervensi pada penelitian ini, yang menerapkan manajemen jalan napas yaitu ajarkan batuk efektif, latihan teknik relaksasi napas dalam, pemberian terapi oksigen dan pemberian obat antibiotik yang dapat mengurangi sesak napas.

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan salah satu tahap pelaksanaan proses asuhan keperawatan, didalam implementasi keperawatan terdapat tatanan pelaksanaan keperawatan yang akan mengatur kegiatan asuhan keperawatan yang disesuaikan dengan diagnosa dan intervensi keperawatan yang telah ditetapkan sebelumnya (Rohmani et al., 2019)

Berdasarkan masalah keperawatan pada Tn R, peneliti melakukan Implementasi keperawatan selama 3 hari yaitu pada Tanggal 24 sampai dengan 26 Juni 2022. Implementasi keperawatan untuk diagnosa dengan Bersihan jalan napas adalah Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas), memonitor bunyi napas tambahan (mis. *gurgling*, mengi. *wheezing*, ronkhi kering), memonitor sputum (jumlah, warna, aroma), memposisikan semi-Fowler atau fowler, memberikan minum air hangat, berikan oksigen, mengajarkan teknik batuk efektif, mengkolaboarsi pemberian nebulizer. Dalam pelaksanaan implementasi diatas selama 3 hari

secara berturut turut hasilnya dinilai sangat efektif pada Ny J dalam pemenuhan kebutuhan Oksigenasi.

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang Anda buat pada tahap perencanaan (Ainova Hartati, 2019). Dalam tahap evaluasi penulis menggunakan metode SOAP

Dalam tahap evaluasi penulis menggunakan metode SOAP S: Subyektif data, O: Obyektif data, A: Analisis atau Assesment dan P: Planning setelah melakukan implementasi selama 3 hari dari tanggal 24 sampai dengan 26 Juni 2022 di Ruang HCU Rumah Sakit Ismoyo Kota Kendari, tindakan pada Ny. J dapat dilakukan penulis sesuai rencana tindakan keperawatan yang ada, saat melakukan tindakan keperawatan penulis tidak mengalami kesulitan karena pasien kooperatif.

Evaluasi pada tanggal 24 Juni 2022 bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi, yang ditandai dengan subyektif: klien mengatakan sesak napas, klien mengatakan batuk disertai lendir, data obyektif : klien tampak sesak, klien tampak batuk, terdapat suara napas terdengar (Ronkhi) RR : 28x/menit, klien terpasang oksigen 3 liter/jam, tanda-tanda vital : tekanan darah : 140/100 mmhg, nadi : 92x/ menit, suhu : 36,4 °c, frekuensi napas : 28 kali / menit, irama napas teratur, assesment : masalah belum teratasi, planning: intervensi dilanjutkan.

Evaluasi pada tanggal 25 Juni 2022 bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi yang ditandai dengan Subyektif : klien mengatakan batuk disertai lendir, klien mengatakan agak lebih membaik bernapas, obyektif : klien tampak membaik , klien tampak batuk, masih terdapat suara napas tambahan (Ronkhi) berkurang, RR : 22x/menit, irama teratur, klien terpasang oksigen 3 liter/jam, tekanan darah : 130/100 mmhg, nadi : 87x/menit, suhu : 36°C, assesment : masalah sebagian teratasi, planning : intervensi dilanjutkan.

Evaluasi pada tanggal 26 juni 2022 bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi yang ditandai data subyektif : klien mengatakan batuk sudah berkurang, masih ada lendir sedikit, klien mengatakan tidak lagi kesulitan bernapas, obyektif : klien tampak membaik, nampak tidak terpasang oksigen, SPO2 99% klien tampak masih sesekali batuk, nampak lendir sedikit. suara napas tambahan (Ronkhi) menurun, RR : 20x/menit, irama, tekanan darah : 140/90 mmhg, nadi : 87x/menit, suhu : 35,4°C, assesment : masalah sebagian teratasi, planning : intervensi dihentikan.

C. Keterbatasan Studi Kasus

Dalam penulisan Studi kasus ini, banyak kendala yang penulis temui sehingga permasalahan ini mempengaruhi studi kasus ini. Kendala yang ditemukan adalah kurangnya ketersediaan fasilitas buku. Kendala lain yang ditemukan penulis yaitu : keterbatasan waktu dalam penyusunan studi kasus, dan waktu yang disediakan.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada tanggal 24 sampai dengan tanggal 26 Juni 2022 maka penulis dapat menyimpulkan sebagai berikut:

1. Dari hasil pengkajian di ketahui Ny. J mengeluh sesak napas disertai batuk berdahak sedikit berwarna putih/bening, frekuensi pernapasan 28x/menit, irama napas teratur, terdapat suara napas tambahan Roncki .
2. Diagnosa keperawatan pada Ny. J adalah bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas.
3. Perencanaan keperawatan pada Ny. J, berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) yaitu manajemen jalan napas dengan kriteria hasil berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) yaitu Batuk efektif dari menurun menjadi cukup meningkat, produksi sputum dari meningkat menjadi cukup menurun, Roncki dari meningkat menjadi cukup menurun, dispnea dari meningkat menjadi menurun, frekuensi napas dari memburuk menjadi cukup membaik, pola napas dari memburuk menjadi cukup membaik.
4. Implementasi keperawatan pada Ny. J dengan diagnosa bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas. Sedangkan diagnosa kedua gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan

lingkungan, penulis melaksanakan sesuai dengan standar intervensi keperawatan (SIKI).

5. Hasil evaluasi keperawatan pada Ny. J, setelah dilakukan implementasi selama 3 hari menunjukkan adanya perbaikan pada bersihan jalan napas yang ditandai dengan frekuensi pernapasan 20x/menit, irama napas teratur dan klien nampak masih batuk. Pada masalah sesaknya teratasi

B. Saran

1. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan dengan adanya penelitian ini memberikan gambaran untuk setiap permasalahan yang terjadi pada pasien dan pada tenaga kesehatan khususnya perawat perlu menggunakan pendekatan proses keperawatan dengan tepat dan fokus, serta memberikan pendidikan kesehatan untuk meningkatkan pengetahuan bagi pasien dan keluarga mengenai penyakit yang dialami.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Peneliti berharap dimana hasil penelitian ini dapat dijadikan salah satu bagian dari pembelajaran asuhan keperawatan pada pasien congestive herth failure/CHF dengan gangguan pemenuhan kebutuhan oksigen pada Diploma III Keperawatan .

3. Bagi Penulis

Selanjutnya Diharapkan penulis dapat menggunakan atau memanfaatkan waktu lebih efektif, sehingga dapat memberikan asuhan keperawatan pada klien secara optimal.

DAFTAR PUSTAKA

- Ainova Hartati. (2019). *Gambaran Kualitas Tidur Pada Klien Congestif Heart Failure Yang Menjalani Rawat Inap Di Rumah Sakit Muhammadiyah Bandung*. 59.
- aspiani. (2016). *klasifikasi gagal jantung*.
- Eki. (2017). *Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Oksigen Pada Pasien Dengan Congestive Heart Failure (Chf) Di Irna Penyakit Dalam Rsup Dr. M. Djamil Padang Tahun 2017*.
- Firly Rahmatiana¹, H. C. 1. P. (2020). *Asuhan keperawatan pada pasien tn. a dengan congestive heart failure. i*, 7–25.
<https://images.app.goo.gl/3ZMU7dWDDsLdad2C6>. (n.d.).
<https://images.app.goo.gl/5kf3dAA7AJtejF98>. (n.d.).
<https://images.app.goo.gl/Tg7Q48Y52haYwL9U6>. (n.d.).
- Kristian, A. S. (2020). *pengaruh latihan batuk efektif, teknik relaksasi napas dalam, pemerian terapi oksigen pada pemenuhan kebutuhan oksigenasi congestive heart failre/CHF dengan masalah keperawatan bersihan jalan napasa tidak efektif di ruang melati RSUD dr. hartyoto lumajang*.
- Lasar, A. M. (2019). *Pemenuhan Kebutuhan Oksigenasi Pada Ny.C.L Yang Menderita Tumor Paru Di Ruangan Teratai Rsud Prof. Dr.W. Z Johannes Kupang Mei 2019*. *Ayan*, 8(5), 55.
- Melliany, O. (2019). *Konsep Dasar Proses Keperawatan Dalam Memberikan Asuhan Keperawatan (Askep)*.
- Mirasantika. (2018). *Asuhan Keperawatan Dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa*

- Nyaman Pada Penderita Hipertensi Di Ruang Laika Waraka Interna RSUD Bahterahmas Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2018.*
- Nia Angraini Putri. (2017). *Asuhan Keperawatan Gangguan Oksigenasi Pada Pasien Penyakit Paru Obstruksi Kronis (Ppok) Di Ruang Vi Rumah Sakit Tk Iii Asuhan Keperawatan Gangguan Oksigenasi Pada Pasien Penyakit Paru Obstruksi Kronis (Ppok) Di Ruang Vi Rumah Sakit Tk Iii.*
- PUTRA, T. B. (2021). *Literature Review: Analisis Asuhan Keperawatan Dengan Pola Napas Tidak Efektif Pada Pasien Congestive Heart Failure.*
- PPNI (2016). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia: Definisi Dan Indikator Diagnostik*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI
- PPNI (2018). *Standar Lauaran Keperawatan Indonesia: Definisi Dan Kriteria Hasil Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI
- PPNI (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi Dan Tindakan Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI
- Rahmadani, F. N. (2020). *Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Gagal Jantung Kongestif (Chf) Yang Di Rawat Di Rumah Sakit Oleh.*
- Riskesdas. (2018). *Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan.*
- Rohmani, S., Fuady, A., & Anindyarini, A. (2019). Pelaksanaan Perencanaan Terstruktur Melalui Implementasi Keperawatan. In *Jurnal Penelitian Bahasa, Sastra Indonesia dan Pengajarannya* (Vol. 2, Issue 1, pp. 1–16).
- Rosmina. (2020). *Asuhan Keperawatan Keluarga Tn. K Dengan Salah Satu Anggota Keluarga Menderita Infeksi Saluran Pernafasan Akut Di Desa Puosu Jaya Wilayah Kerja Puskesmas Konda Kabupaten Konawe Selatan. Engineering,*

Construction and Architectural Management, 25(1), 1–9.

Sari, D. I. T. A. (2018). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Congestive Heart*

Failure (Chf) Di Ruang Flamboyan Rsud Arifin Achmad Pekanbaru.

Suryanti Ningsih. (2020). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan*

Pemenuhan Kebutuhan Oksigen Akibat Patologi Sistem Pernapasan Asma

Bronkiale Di Rsud Konawe 2020.

Lampiran 1 Standar Operasional Prosedur (SOP)

Standar Operasional Prosedur (SOP)

“Pemberian Terapi Oksigen Nasal Kanul”

1. Pengertian

Memberikan tambahan oksigen untuk mencegah dan mengatasi kondisi kekurangan oksigen jaringan.

2. Tujuan

- a. Mempertahan dan meningkatkan oksigen
- b. Mencegah atau mengatasi hipoksia

3. Persiapan Alat/Bahan

- a. Tabung oksigen yang berisi oksigen lengkap dengan flowmeter dan humidifier yang berisi aquades sampai batas pengisian
- b. Nasal kanul

4. Prosedur Tindakan

- a. Tahap Persiapan
 - 1) Menyiapkan peralatan
 - 2) Mencuci tangan
- b. Komunikasi Terapeutik
 - 1) Memperkenalkan diri
 - 2) Menjelaskan pada klien tujuan tindakan yang akan dilakukan
 - 3) Menjelaskan waktu yang akan dibutuhkan
 - 4) Mendapatkan persetujuan klien
 - 5) Mengatur lingkungan sekitar klien

- 6) Membantu klien mendapatkan posisi yang nyaman
- 7) Menjelaskan kerahasiaan pasien dengan memasang sampiran

c. Tahap Kerja

- 1) Dekatkan alat-alat ke pasien
- 2) Mencuci tangan
- 3) Memakai sarung tangan
- 4) Atur posisi pasien se nyaman mungkin
- 5) Siapkan nasal kanul 1 set tabung oksigen
- 6) Hubungkan nasal kanul dengan flometer pada tabung oksigen
- 7) Bila hidung kotor, bersihkan lubang hidung pasien dengan tissue
- 8) Cek fungsi flowmeter dengan memutar konsentrasi oksigen dan mengamati adanya gelembung udara dalam humidifier
- 9) Cek aliran oksigen dengan cara mengalirkan oksigen melalui nasal kanul ke punggung tangan perawat
- 10) Pasang nasal kanul ke lubang hidung pasien dengan tepat
- 11) Tanyakan pada pasien apakah aliran oksigennya terasa tidak
- 12) Mengatur penikatan nasal kanul dengan benar, tidak terlalu kencang
- 13) Memastikan nasal kanul terpasang dengan benar
- 14) Mengatur aliran oksigen 3 liter
- 15) Mengakhiri tindakan dengan mengucapkan salam

d. Dokumentasi

- 1) Rapikan pasien dan alat-alat rapikan
- 2) Evaluasi respon pasien

Standar Operasional Prosedur (SOP)

“NEBULIZER”

1. Penegertian

Pemberian inhalasi uap dengan obat/tanpa obat menggunakan nebulator

2. Tujuan

- a. Mengencerkan sekret agar mudah dikeluarkan
- b. Melonggarkan jalan napas

3. Persiapan alat/bahan

- a. Set nebulizer
- b. Aquades
- c. Obat brokodilator (ventolin /8 jam)

4. Tahap kerja

a. Tahap Persiapan

- 3) Menyiapkan peralatan
- 1) Mencuci tangan

b. Komunikasi Terapeutik

- 1) Memperkenalkan diri
- 2) Menjelaskan pada klien tujuan tindakan yang akan dilakukan
- 3) Menjelaskan waktu yang akan dibutuhkan
- 4) Mendapatkan persetujuan klien
- 5) Mengatur lingkungan sekitar klien
- 6) Membantu klien mendapatkan posisi yang nyaman
- 7) Menjelaskan kerahasiaan pasien dengan memasang sampiran

c. Tahap Kerja

- 1) Dekatkan alat-alat ke pasien
- 2) Mencuci tangan
- 3) Memakai sarung tangan
- 4) Atur posisi pasien semi fowler
- 5) Mendekatkan peralatan nebulizer kedekat pasien
- 6) Membuat nebulizer dengan akuades sesuai takaran dan memasukan obat ventolin
- 7) Pasang nebulizer pada pasien
- 8) Menghidupkan mesin nebulizer dengan menekan off dan minta keluarga pasien jika obatnya habis maka memanggil perawat
- 9) Matikan mesin nebulizer.
- 10) Bersihkan alat
- 16) Mengakhiri tindakan dengan mengucapkan salam

d. Dokumentasi

- 3) Rapikan pasien dan alat-alat rapikan
- 4) Evaluasi respon pasien

Hasil : pasien mengatakan sesaknya berkurang

Hasil : pasien mengatakan agak medingan batuknya

Lampiran 2 Surat Izin Pengambilan Data Awal

 **KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN
POLTEKES KEMENKES KENDARI 
Jl. Jend. A.H. Nasution. No. G.14 Anduonohu, Kota Kendari 93231
Telp. (0401) 3190492; Fax. (0401) 3193339; e-mail: email@poltekkeskendari.ac.id

Nomor : LB.02.01 / 1 / *415* / 2022
Lampiran : -
Perihal : Izin Pengambilan Data

Yang Terhormat,
Kepala Rumah Sakit Tk. IV Dr. R. Ismoyo Kendari
di-
Kendari

Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya pengambilan data penelitian mahasiswa Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kendari:

Nama : Nurlina
Jurusan/Prodi : D-III Keperawatan
Kasus : KMB

Mohon kiranya dapat diberikan izin pengambilan data di Rumah Sakit Tk. IV Dr. R. Ismoyo Kendari Kota Kendari.
Demikian penyampaian kami, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Kendari, 01 Maret 2022

[Signature]
Direktur,

Teguh Fathurrahman, SKM, MPPM
NIP. 196506301988031002

Lampiran 3 Surat Izin Peneleitian

**PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI TENGGARA**
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN
Jl. Mayjend S. Parman No. 03 Kendari 93121
Website : balitbang sulawesitenggara prov.go.id Email: badan litbang sultra01@gmail.com

Kendari, 10 Juni 2022

K e p a d a
Yth. Direktur RS Dr. R. Ismoyo Kendari
Di -
KENDARI

Nomor : 070/1047/VI /2022
Sifat : -
Lampiran : -
Perihal : IZIN PENELITIAN.

Berdasarkan Surat Direktur Poltekkes Kemenkes Kendari Nomor: LB.02.01/1/1512/2022 tanggal, 08 Juni 2022 perihal tersebut diatas, Mahasiswa dibawah ini:

Nama : NURLINA
Nomor Pokok : P00320019030
Prog. Studi : D-III Keperawatan
Pekerjaan : Mahasiswa
Lokasi Penelitian : RS Dr. R. Ismoyo Kendari

Bermaksud untuk Melakukan Penelitian/Pengambilan Data di Daerah/Sesuai Lokasi diatas, dalam rangka penyusunan KTI/Skripsi/Tesis/Disertasi, dengan judul :

“ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN GANGGUAN PEMENUHAN KEBUTUHAN OKSIGENASI DI RS. ISMOYO KOTA KENDARI”.

Yang akan dilaksanakan dari tanggal : 10 Juni 2022 sampai selesai.

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, pada prinsipnya kami menyetujui kegiatan dimaksud dengan ketentuan :

1. Senantiasa menjaga keamanan dan ketertiban serta mentaati perundang-undangan yang berlaku.
2. Tidak mengadakan kegiatan lain yang bertentangan dengan rencana semula.
3. Dalam setiap kegiatan dilapangan agar pihak Peneliti senantiasa koordinasi dengan Pemerintah setempat.
4. Wajib menghormati adat Istiadat yang berlaku di daerah setempat.
5. Menyerahkan 1 (satu) exemplar copy hasil penelitian kepada Gubernur Sulawesi Tenggara Cq. Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Provinsi Sulawesi Tenggara.
6. Surat izin akan dicabut kembali dan dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata pemegang surat izin ini tidak mentaati ketentuan tersebut diatas.

Demikian surat Izin Penelitian diberikan untuk digunakan sebagaimana mestinya.

an. GUBERNUR SULAWESI TENGGARA
KEPALA BADAN PENELITIAN & PENGEMBANGAN
PROV. SULAWESI TENGGARA


Dra/Hj. ISMA, M.SI
Pembina Utama Madya, Gol. IV/d
Nip. 19660306 198603 2 016

T e m b u s a n :

1. Gubernur Sulawesi Tenggara (sebagai laporan) di Kendari;
2. Direktur Poltekkes Kemenkes Kendari di Kendari;
3. Ketua Prodi D-III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kendari di Kendari;
4. Mahasiswa yang bersangkutan.

Lampiran 4 Surat Keterangan Telah Melakukan Penelitian



DETASEMEN KESEHATAN WILAYAH 14.04.03 KENDARI
RUMAH SAKIT TK IV 14.07.03 DR. R. ISMOYO KENDARI
Jl. Laute No. 1 Telp. 0401 3124713 Fax. 0401 3122029 Email : rsad.dr.r.ismoyo@gmail.com

SURAT KETERANGAN TELAH MELAKUKAN PENELITIAN

Nomor : B / 09 / VI / 2022

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Suharuddin, S.Kep, Ns
Pangkat/NRP : Penata Muda Tingkat I / III B
Jabatan : Kainstaldik Rumah Sakit Tk. IV Dr.R.Ismoyo Kendari

Dengan ini menyatakan

Nama : Nurlina
Nim : P00320019030
Institusi / Jurusan : Politeknik Kesehatan Kendari / D3 Keperawatan
Lokasi Penelitian : Rumah Sakit Dr. R. Ismoyo Kendari

Telah melakukan penelitian di Rumah Sakit Tk. IV Dr.R.Ismoyo Kendari sesuai dengan standar operasional Rumah Sakit mulai tgl 20 Juni 2022 s/d 26 Juni 2022 dengan judul "**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN GANGGUAN PEMENUHAN KEBUTUHAN OKSIGENASI (CONGESTIVE HEART FAILURE / CHF) DI RS DR. ISMOYO KOTA KENDARI**"

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kendari, 27 Juni 2022

Diklat Rumah Sakit,



Suharuddin, S.Kep, Ns
PNS III B/NIP. 197812232007121001

Lampiran 5 Surat Keterangan Bebas Administrasi

 **KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KENDARI
Jl. Jend. A.H. Nasution. No. G.14 Anduonohu, Kota Kendari 93232
Telp. (0401) 3190492 Fax. (0401) 3193339 e-mail: poltekkeskendari@yahoo.com



SURAT KETERANGAN BEBAS ADMINISTRASI
Nomor: PP.04.03/5/134 /2022

Dengan ini menyatakan bahwa:

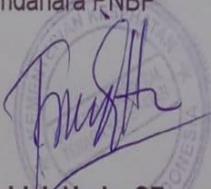
Nama : Nurlina
Nim : P00320019030

Benar-benar telah telah melunasi SPP Semester I s.d VI yang terkait dengan Jurusan Keperawatan, dengan bukti sebagai berikut:

1. Slip Pembayaran SPP Semester I s.d Semester VI

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kendari, 9/4/ 2022
Bendahara PNB


Faridah Haris, SE
NIP.197109072007012002

Lampiran 6 Surat Keterangan Bebas Pustaka

**KEMENTERIAN KESEHATAN RI**
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KENDARI
Jl. Jend. Nasution No. G.14 Anduonohu, Kota Kendari 93232
Telp. (0401) 390492. Fax (0401) 393339 e-mail: poltekkeskendari@yahoo.com



SURAT KETERANGAN BEBAS PUSTAKA
NO: KM.06.02/1/239/2022

Yang bertanda tangan di bawah ini Kepala Unit Perpustakaan Politeknik Kesehatan Kendari, menerangkan bahwa :

Nama : Nurlina
NIM : P00320019030
Tempat Tgl. Lahir : Raha, 28 November 2000
Jurusan : D-III Keperawatan
Alamat : Kel. Bungkutoko Kec. Abeli

Benar-benar mahasiswa yang tersebut namanya di atas sampai saat ini tidak mempunyai sangkut paut di Perpustakaan Poltekkes Kendari baik urusan peminjaman buku maupun urusan administrasi lainnya.

Demikian surat keterangan ini diberikan untuk digunakan sebagai syarat untuk mengikuti ujian akhir pada Tahun 2022.

Kendari, 20 Juni 2022

Kepala Unit Perpustakaan
Politeknik Kesehatan Kendari


Irmayanti Tahir, S.I.K
NIP. 197509141999032001

Lampiran 7 Surat Persetujuan (Informent Consent)

SURAT PERSETUJUAN (INFORMED CONSENT)

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Niy. Jumaya
Umur : 62 tahun
Jenis Kelamin : Perempuan

Setelah mendapat keterangan dan penjelasan secara lengkap, serta memahaminya, maka dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan saya menyatakan bersedia ikut serta menjadi responden pada penelitian dengan judul **"Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Oksigenasi Di RS. Ismoyo Kota Kendari"** dengan kondisi bahwa data yang diperoleh oleh peneliti dari penelitian ini akan dijaga kerahasiannya dan hanya dipergunakan untuk kepentingan penelitian.

Kendari, 24 Juni 2022

Yang membuat pernyataan


(Jumaya)

Lampiran 8 Dokumentasi Kegiatan



Meninta Tanda Tangan Persetujuan Menjadi Responden



Melakukan Pengkajian Dan Pemeriksaan TTV



Melakukan Pemerian Posisi Semi-Fowler