DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL ..... **i**
PERSETUJUAN BIMBINGAN ..... **ii**
PENGESAHAN PENGUJI ..... **iii**
PERNYATAAN KEASLIAN ..... **iv**
PERSETUJUAN ..... **v**
ABSTRAK ..... **vi**
ABSTRACT ..... **vii**
KATA PENGANTAR ..... **viii**
DAFTAR ISI ..... **x**
DAFTAR TABEL ..... **xiii**
DAFTAR GAMBAR ..... **xiv**
DAFTAR SINGKATAN ..... **xv**
DAFTAR LAMPIRAN ..... **xvi**
BAB I PENDAHULUAN **1**
1.1 Latar Belakang 1
1.2 Rumusan Masalah 6
1.3 Tujuan Penelitian 6
1.4 Manfaat penelitian 6
1.4.1 Manfaat praktis 6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA **8**
2.1 Tinjauan Pustaka 8
2.1.1 Konsep Congestive Heart Failure 8
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) **Error! Bookmark not defined.**
2.2.1 Pengkajian ..... **Error! Bookmark not defined.**
2.2.2 Diagnosa Keperawatan 23
2.2.3 Perencanaan 23
2.2.4 Implementasi keperawatan ..... **Error! Bookmark not defined.**
2.2.5 Evaluasi keperawatan 32
2.3 Konsep Penurunan Curah Jantung ..... **Error! Bookmark not defined.**
2.3.1 Pengertian penurunan curah jantung ..... **Error! Bookmark not defined.**

2.3.2 Etiologi penurunan curah jantung....34
2.3.3 Penatalaksanaan....36
2.4 Konsep semi fowler....37
2.4.1 Pengertian Semi Fowler....37
2.4.2 Teknik semi fowler....38
BAB III METODE PENELITIAN....40
3.1 Rancangan Penelitian....40
3.2 Subjektif penelitian....40
3.3 Fokus Studi....40
3.4 Definisi Operasional....41
3.5 Lokasi Dan Waktu Penelitian....41
3.6 Pengumpulan Data....41
3.7 Pengelolaan dan Analisis Data....43
3.8 Etika Penelitian....44
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN....46
4.1 Hasil....46
4.1.1 Gambaran tempat pengambilan data....46
4.1.2 Asuhan Keperawatan....47
4.2 Pembahasan....79
4.2.1 Pengkajian....79
4.2.2 Diagnosa keperawatan....82
4.2.3 Intervensi keperawatan....84
4.2.4 Implementasi....86
4.2.5 Evaluasi keperawatan....91
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN....98
5.1 Simpulan....98
5.1.1 Pengkajian....98
5.1.2 Diagnosa keperawatan....99
5.1.3 Intervensi keperawatan....99
5.1.4 Implementasi keperawatan....**Error! Bookmark not defined.**
5.1.5 Evaluasi....100
5.2 Saran....100

5.2.1 Bagi Institusi Pendidikan.....100
5.2.2 Bagi Rumah sakit 100
5.2.3 Bagi Ilmu Keperawatan.....101
5.2.4 Bagi Mahasiswa.....101
5.2.5 Bagi Peneliti Selanjutnya 101
5.2.6 Bagi Klien.....101
5.2.7 Bagi Perawat.....102
DAFTAR PUSTAKA.....103
LAMPIRAN.....107

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Perencana Keperawa 33

Tabel 2. 2 diagnosa 41

Tabel 2. 3 Perencanaan Keperawatan 46

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 ... 34

DAFTAR SINGKATAN

BB	: Berat Badan
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
Cm	: Centimeter
°C	: Derajat Celcius
GCS	: Glasfow Coma Scale
Iv	: Intravena
IMT	: Indeks Masa Tubuh
K	: Kalium
Kg	: Kilogram
Mg	: Miligram
Ml	: Mililiter
Na	: Natrium
RL	: Ringer Lactat
TB	: Tinggi Badan
WHO	: World Health Organization
%	: Persen

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Asuhan Keperawatan 46

Lampiran 2 Review Artikel 71

Lampiran 3 SAP (Satuan Acara Penyuluhan) 74

Lampiran 4 Leafleat 81

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Congestive Heart Failure (CHF) terjadi ketika otot jantung melemah, kaku, atau mengalami kerusakan, sehingga tidak mampu memompa darah dengan efektif ke seluruh tubuh. Akibat daya pompa yang menurun, aliran darah melambat dan tekanan di dalam jantung meningkat. Kondisi ini menyebabkan cairan menumpuk atau membendung *(congestion)* di paru-paru, hati, serta area kaki.

Congestive Heart Failure (CHF) dapat menyebabkan kematian melalui 2 jalur klinis utama, yaitu gagal napas akut atau henti jantung mendadak. Kematian akibat gagal napas terjadi karena kondisi edema paru akut yang masif, di mana alveolus benar-benar terendam cairan sehingga pasien kehilangan kemampuan untuk menyerap oksigen, menyerupai sensasi tenggelam dari dalam tubuh.

Kematian mendadak (sudden cardiac death) dipicu oleh adanya peningkatan listrik jantung atau aritmia letal (seperti Ventricular Fibrillation). Otot jantung yang terus meregang, menebal, dan kekurangan oksigen kronis menjadi sangat tidak stabil secara elektrik, sehingga jantung tiba-tiba hanya bergetar tanpa memompa darah sama sekali. Selain kedua jalur tersebut, kematian juga dapat terjadi akibat syok kardiogenik stadium akhir yang menyebabkan kegagalan fungsi multi-organ (seperti ginjal dan hati) secara simultan karena tidak mendapat suplai darah.

Secara global, penyakit kardiovaskular termasuk CHF menjadi penyebab kematian yang signifikan, dengan data World Health Organization (WHO) tahun 2023 menunjukkan 17,5 juta kematian dari 58 juta kasus global. CHF dinyatakan sebagai pandemi dengan 64 juta penderita di seluruh dunia. Perubahan gaya hidup dan pola makan masyarakat Kasus maenyebabkan *CHF* di Indonesia terus meningkat, berdasarkan SKI prevalensi penyakit jantung di Indonesia mencapai 0,85%, Prevalensi pada provinsi jawa barat mencapai 1,18%.

Berdasarkan hasil rekam medis pada tahun 2024, prevalensi penyakit *CHF* di ruangan cempaka dengan jumlah pasien rawat inap dalam 6 bulan terakhir terhitung pada bulan juli 2025 sampai dengan desember 2025 dengan jumlah pasien sebanyak 268 orang. kejadian *CHF* di RSUD Majalaya di Ruang Cempaka *CHF* termasuk ke dua terbanyak di ruang, terdapat delapan besar penyakit yang sering ada di ruangan yaitu *Non ST Elevasi Miokard Infark (NSTEMI), Congestive Heart Failure (CHF), ST Elevation Myocardial Infarction (STEMI), Atrial Fibrilasi (AF), Hypertension Emergency (HT), Hypertensive Heart Disease (HHD), Acute Decompensated heart failure (ADHF)*. Meskipun CHF menempati urutan kedua, kondisi ini merupakan salah satu masalah kardiovaskular yang dapat menyebabkan penurunan kontraktilitas miokard sehingga curah jantung (cardiac output) turut mengalami penurunan. Berkurangnya curah jantung dapat menyebabkan perfusi jaringan tidak optimal dan menurunkan suplai oksigen ke jaringan. Kondisi tersebut dapat memicu sesak napas, peningkatan metabolisme anaerob, serta penurunan produksi energi.

Gangguan hemodinamik yang berkelanjutan juga dapat menyebabkan retensi cairan dan edema serta berpotensi berkembang menjadi kondisi yang mengancam jiwa (Wulan Nuraidah, 2024).

CHF memiliki risiko komplikasi serius apabila tidak ditangani dengan baik, seperti aritmia, syok kardiogenik, hingga gagal organ yang dapat berujung pada kematian akibat penurunan fungsi pompa jantung dan perfusi jaringan yang tidak adekuat (Laghlam et al., 2026). Kondisi ini berdampak besar terhadap pasien sehingga menimbukan masalah keperawatan seperti risiko penurunan curah jantung, pola napas tidak efektif, gangguan pertukaran gas, intoleransi aktivitas, kelebihan volume cairan, dan ansietas (Rahmawati, & Fadli Syamsuddin, 2023).

Upaya penanganan pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) dengan risiko penurunan curah jantung memerlukan asuhan keperawatan yang komprehensif dan berkesinambungan Salah satu terapi yang sering diberikan pada pasien CHF dengan gangguan oksigenasi adalah terapi oksigen menggunakan nasal kanul. Nasal kanul dipilih karena mampu meningkatkan suplai oksigen secara efektif pada pasien dengan kondisi sesak napas ringan hingga sedang, mudah digunakan, serta memberikan kenyamanan lebih dibandingkan alat oksigen lain (Susihar, S., & Pertiwi, 2021). Terapi ini membantu meningkatkan kadar oksigen dalam darah sehingga kebutuhan oksigen jaringan dapat terpenuhi dan kerja jantung menjadi lebih ringan. Penggunaan nasal kanul juga memungkinkan pasien tetap dapat berbicara dan makan selama terapi berlangsung sehingga meningkatkan kenyamanan pasien selama perawatan (Hany *et al*.,2021).

Kredibilitas terapi oksigen menggunakan nasal kanul telah didukung oleh berbagai penelitian dan pedoman praktik klinis yang menyatakan bahwa pemberian oksigen pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) efektif dalam membantu memperbaiki status oksigenasi, meningkatkan saturasi oksigen, serta mengurangi gejala sesak napas akibat hipoksia. Penelitian yang dilakukan oleh Susihar dan Pertiwi (2021) menunjukkan bahwa pemberian terapi oksigen melalui nasal kanul mampu membantu memenuhi kebutuhan oksigenasi pasien CHF dan mempertahankan jalan napas tetap adekuat. Selain itu pada penelitian Kang *et al* (2019) menyatakan bahwa terapi oksigen nasal kanul efektif meningkatkan saturasi oksigen dan memperbaiki kondisi respirasi pada pasien gagal jantung akut. Efektivitas terapi ini dapat dipantau melalui pemeriksaan saturasi oksigen (SpO_2) sehingga memudahkan tenaga kesehatan dalam mengevaluasi kondisi pasien secara berkelanjutan (Heidenreich *et al*,2022). Dengan pemberian terapi oksigen yang tepat, diharapkan kondisi pasien dapat membaik dan risiko penurunan curah jantung dapat diminimalkan.

Perawatan yang diberikan pengaturan posisi semi fowler atau fowler dilakukan untuk membantu meningkatkan ekspansi paru dan mengurangi sesak napas akibat penumpukan cairan di paru-paru (Nafisah & Yuniartika, 2023). Manajemen aktivitas dan istirahat juga penting diterapkan untuk mengurangi beban kerja jantung dan mencegah kelelahan berlebihan pada pasien. Dalam penatalaksanaan CHF, perawat turut melakukan manajemen cairan dan pemberian diet rendah garam untuk mencegah retensi cairan yang dapat memperburuk kondisi edema dan gagal jantung (Sari & Permata,2024).

Kolaborasi pemberian terapi obat seperti diuretik, vasodilator, dan obat inotropik diperlukan guna membantu meningkatkan fungsi jantung dan mempertahankan perfusi jaringan. Edukasi kepada pasien dan keluarga mengenai kepatuhan pengobatan, pembatasan aktivitas, pengaturan pola makan, serta tanda bahaya yang perlu diwaspadai juga menjadi bagian penting dalam meningkatkan kualitas hidup dan mencegah kekambuhan pada pasien CHF (Patuti *et al*.,2026).

Peran perawat sangat penting dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien CHF dengan risiko penurunan curah jantung. Perawat bertanggung jawab dalam melakukan pengkajian kondisi pasien, memantau tanda-tanda vital, memonitor status pernapasan, mengobservasi adanya edema, serta mengevaluasi saturasi oksigen secara berkala (Larasati *et al*.,2025). Perawat juga berperan dalam memberikan edukasi mengenai pembatasan aktivitas, pola hidup sehat, kepatuhan pengobatan, serta pemantauan intake dan output cairan guna mencegah terjadinya kelebihan volume cairan yang dapat memperberat kerja jantung (Kristiani, 2025).

Masalah keperawatan yang diangkat ialah resiko penurunan curah jantung yang dimana ketika masalah gangguan pompa jantung belum terjadi secara klinis, tetapi pasien memiliki kondisi rentan yang berpotensi besar memicu kegagalan tersebut. Pada kondisi ini, tubuh pasien biasanya masih mampu melakukan kompensasi sehingga pemeriksaan fisik seperti tekanan darah, nadi, dan perfusi perifer masih terpantau stabil, serta belum ada keluhan sesak napas yang masif. Penegakan diagnosis risiko ini berfokus pada langkah preventif atau pencegahan, di mana perawat melakukan

monitoring ketat terhadap faktor pemicu—seperti riwayat infark miokard, aritmia, atau hipertensi berat—agar kondisi pasien tidak memburuk menjadi fase gagal jantung akut.

Berlandaskan paparan data dan fakta tersebut, peneliti terdorong untuk melakukan studi kasus mengenai penatalaksanaan asuhan keperawatan pada penderita Congestive Heart Failure (CHF) yang mengalami masalah risiko penurunan curah jantung di Ruang Cempaka RSUD Majalaya, guna menggambarkan implementasi serta evaluasi tindakan yang telah diterapkan..

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana gambaran pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien Congestive Heart Failure (CHF) yang mengalami penurunan curah jantung Di Ruang Cempaka RSUD Majalaya.

1.3 Tujuan Penelitian

Penelitian ini dilakukan untuk memperoleh gambaran secara komprehensif mengenai penerapan asuhan keperawatan pada penderita Congestive Heart Failure (CHF) dengan masalah risiko penurunan curah jantung di Ruang Cempaka RSUD Majalaya.

1.4 Manfaat penelitian

1.4.1 Manfaat praktis

1. **Bagi Profesi Keperawatan**

   Memberikan masukan ilmiah dan wawasan baru guna meningkatkan mutu serta standar pelayanan keperawatan profesional, khususnya dalam penanganan kasus Congestive Heart Failure (CHF).

2. Bagi Institusi Pendidikan

Memperkaya khazanah literatur akademis dan bahan pustaka yang relevan bagi pengembangan pembelajaran keperawatan, utamanya pada ranah Keperawatan Medikal Bedah (KMB).

3. **Bagi Rumah Sakit**

   Menjadi bahan pertimbangan dan masukan konstruktif bagi pihak rumah sakit dalam mengoptimalkan intervensi keperawatan serta mempertahankan mutu pelayanan bagi penderita CHF.

4. **Bagi Pasien dan Keluarga**

   Meningkatkan pemahaman pasien serta keluarga mengenai perawatan mandiri penyakit CHF, sehingga mendorong keterlibatan aktif dalam proses pemulihan dan pemeliharaan kualitas hidup.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Pustaka

2.1.1 Konsep Congestive Heart Failure

2.1.1.1 Definisi

Congestive Heart Failure (CHF) atau gagal jantung kongestif merupakan kondisi di mana cairan menumpuk pada ruang interstisial dan kompartemen intravaskular akibat ketidakmampuan ginjal mengekskresikan garam serta air, sehingga tekanan dalam jantung meningkat. Keadaan ini ditandai dengan peningkatan tekanan diastolik akhir ventrikel kiri yang menimbulkan gejala khas seperti sesak napas, bunyi rales pada paru, dan edema.(Putri et al., 2023).

Pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa *Congestive Heart Failure* (CHF) merupakan kondisi kronis ketika jantung tidak mampu memompa darah secara optimal, sehingga terjadi penumpukan cairan di ruang interstisial dan intravaskular. Hal ini menyebabkan peningkatan tekanan diastolik akhir ventrikel kiri yang memunculkan gejala khas berupa sesak napas, bunyi rales pada paru, dan edema.

2.1.1.2 Etiologi

Menurut (Restiani et al., 2023) etiologi *Congestive Heart Failure* (CHF) dapat diklasifikasikan ke dalam beberapa kondisi klinis berikut**:**

1. Penyakit Arteri Koroner

   Aterosklerosis pada pembuluh darah koroner menjadi etiologi dominan yang ditemukan pada lebih dari 60% kasus gagal jantung.

2. Iskemialinfark

   Iskemia miokard mengakibatkan gangguan fungsi otot jantung akibat kondisi hipoksia serta penumpukan asam laktat yang memicu asidosis. Sementara itu, infark miokard menyebabkan nekrosis jaringan kardiosit, sehingga menurunkan daya kontraksi serta kapasitas pemompaan jantung. Derajat keparahan gagal jantung berbanding lurus dengan luasnya area jaringan yang mengalami infark.

3. Kardiomipati

   Kelainan pada miokardium ini terbagi menjadi bentuk dilatasi, hipertrofik, dan restriktif. Kardiomiopati dilatasi dapat timbul secara idiopatik, maupun dipicu oleh miokarditis, inflamasi peripartum, hingga paparan zat toksik seperti alkohol. Di sisi lain, kardiomiopati hipertrofik dan restriktif mengganggu komplians serta proses pengisian ventrikel (disfungsi diastolik), yang berujung pada penurunan curah jantung.

4. Hipertensi

   Peningkatan tekanan darah sistemik maupun pulmonal memperbesar beban akhir (afterload). Sebagai respons kompensasi untuk mengatasi afterload yang tinggi, miokardium mengalami hipertrofi. Meskipun hipertrofi bertujuan mempertahankan kontraktilitas, kondisi ini justru menghambat pengisian ventrikel pada fase diastolik, sehingga menurunkan curah jantung dan memicu gagal jantung.

5. Penyakit katup jantung

   Kerusakan pada katup jantung mengganggu mekanisme aliran darah searah dan memicu regurgitasi. Kerusakan ini meningkatkan resistensi

aliran darah, tekanan intraviseral, serta beban kerja jantung, yang pada akhirnya dapat menimbulkan disfungsi diastolik.

2.1.1.3 Patofisiologi

Pada CHF, terjadi gangguan kontraktilitas miokardium, disfungsi sistolik dan/atau diastolik, serta ketidakmampuan jantung mempertahankan curah jantung yang cukup, sehingga terjadi penurunan perfusi ke organ tubuh dan kongesti cairan di pembuluh vena sistemik maupun pulmonal (Howlett, 2025).

1. Disfungsi Kontraktilitas dan Penurunan Curah Jantung

   Patofisiologi CHF diawali oleh penurunan kemampuan miokardium untuk berkontraksi dan memompa darah. Akibatnya curah jantung (cardiac output) menurun, sehingga perfusi jaringan terganggu dan suplai oksigen menjadi tidak memadai. Penurunan curah jantung dapat disebabkan oleh kerusakan otot jantung akibat iskemia (misalnya infark miokard), hipertrofi miokard akibat hipertensi, atau kardiomiopati yang merusak struktur otot jantung (Howlett, 2025).

2. Kompensasi Sistemik yang Maladaptif

   Penurunan curah jantung memicu berbagai mekanisme kompensasi tubuh seperti aktivasi Sistem Saraf Simpatik (SNS) dan Renin-Angiotensin-Aldosteron system (RAAS). Aktivasi Sistem Saraf Simpatik (SNS) meningkatkan denyut jantung dan vasokonstriksi perifer, sedangkan Renin-Angiotensin-Aldosteron system (RAAS) menyebabkan retensi natrium dan air untuk mempertahankan tekanan darah. Meskipun mekanisme ini awalnya bertujuan mempertahankan

perfusi, secara kronis justru menyebabkan peningkatan beban kerja jantung, volume intravaskular yang berlebihan, dan remodeling jantung yang memperburuk fungsi jantung (Howlett, 2025).

3. Ketidakseimbangan Volume dan Tekanan

   CHF ditandai dengan pembentukan kongesti cairan di sirkulasi pulmonal dan/atau sistemik. Pada gagal jantung kiri, darah yang tidak mampu dipompa ke sirkulasi sistemik kembali ke pembuluh paru, menyebabkan edema pulmonal dan sesak napas. Pada gagal jantung kanan, darah tertahan di sirkulasi vena sistemik, sehingga terjadi edema perifer, asites, dan peningkatan tekanan vena jugular (Mardhiah, Savitri, & Fonna, 2023).

4. Disfungsi Diastolik dan Siklus Frank-Starling yang Terganggu

   Selain disfungsi sistolik, CHF juga dapat terjadi akibat disfungsi diastolik, yaitu gangguan relaksasi ventrikel yang menghambat pengisian darah di fase diastole. Disfungsi diastolik mengakibatkan peningkatan tekanan pengisian ventrikel dan kongesti vena meskipun curah jantung mungkin normal pada awalnya (Howlett, 2025).

5. Remodeling Jantung

   Kompensasi kronis seperti aktivasi SNS dan RAAS serta beban kerja yang berlebihan menyebabkan remodeling jantung berupa pembesaran atau penebalan dinding ventrikel. Remodeling ini sementara meningkatkan kekuatan kontraksi, namun lama-kelamaan mengurangi efisiensi jantung dan mempercepat progresi CHF (Howlett, 2025).

2.1.1.4 Tanda dan gejala

Congestive Heart Failure (CHF) ditandai oleh munculnya gejala akibat ketidakmampuan jantung dalam memompa darah secara adekuat sehingga terjadi penurunan perfusi jaringan serta penumpukan cairan pada sirkulasi pulmonal dan sistemik. Manifestasi klinis CHF berkembang secara bertahap dan dapat memburuk seiring progresivitas penyakit. Gejala yang paling sering ditemukan adalah sesak napas (dispnea), baik saat aktivitas maupun saat istirahat. Pasien juga sering mengalami ortopnea, yaitu sesak napas saat berbaring sehingga membutuhkan posisi duduk atau setengah duduk untuk bernapas lebih nyaman. Selain itu, dapat terjadi paroxysmal nocturnal dyspnea (PND), yaitu serangan sesak mendadak pada malam hari akibat peningkatan kongesti paru. Kondisi ini terjadi karena darah yang tidak mampu dipompa secara efektif oleh ventrikel kiri akan kembali ke sirkulasi paru dan menyebabkan edema paru (Rahmawati dkk., 2019)

Selain gangguan pernapasan, pasien CHF juga menunjukkan gejala sistemik seperti mudah lelah, lemah, dan intoleransi aktivitas akibat berkurangnya curah jantung yang menyebabkan suplai oksigen ke jaringan tidak mencukupi. Pada gagal jantung kanan, manifestasi yang dominan adalah edema perifer pada ekstremitas bawah, peningkatan tekanan vena jugular, hepatomegali, serta asites akibat kongesti vena sistemik. Pada kondisi lanjut, dapat ditemukan penambahan berat badan cepat akibat retensi cairan serta penurunan nafsu makan karena kongesti saluran cerna (Siregar dkk., 2020)

2.1.1.5 Komplikasi

Gagal jantung kongestif (Congestive Heart Failure/CHF) berpotensi menimbulkan berbagai komplikasi, antara lain edema paru, infark miokard akut, syok kardiogenik, emboli limpa, gangguan fungsi motorik, serta gangguan penglihatan. Oleh karena itu, pasien dengan CHF perlu melakukan upaya pencegahan secara dini untuk meminimalkan risiko perburukan kondisi dan kejadian berulang. Upaya pencegahan tersebut bertujuan untuk mengurangi kemungkinan terjadinya serangan berulang yang dapat muncul sewaktu-waktu. Salah satu strategi yang dapat diterapkan adalah mempertahankan pola hidup sehat melalui pengaturan aktivitas fisik atau latihan secara teratur, penerapan diet rendah garam dan rendah lemak disertai pengendalian berat badan, penghentian kebiasaan merokok, serta penanganan infeksi secara dini. Penerapan langkah-langkah tersebut diharapkan dapat membantu mengendalikan faktor risiko dan menurunkan kemungkinan terjadinya komplikasi pada pasien dengan CHF (Amalia Yunita et al., 2020).

2.1.1.6 Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang pada pasien CHF bertujuan untuk menegakkan diagnosis, menentukan tingkat keparahan gangguan fungsi jantung, serta mengevaluasi efektivitas terapi yang diberikan. Salah satu pemeriksaan utama adalah ekokardiografi, yang digunakan untuk menilai struktur dan fungsi jantung termasuk fraksi ejeksi ventrikel kiri (Ejection Fraction/EF). Nilai EF membantu mengklasifikasikan gagal jantung

menjadi reduced ejection fraction (HFrEF) atau preserved ejection fraction (HFpEF). Selain itu, pemeriksaan elektrokardiografi (EKG) dapat mendeteksi adanya gangguan irama jantung, hipertrofi ventrikel, atau tanda iskemia miokard yang menjadi penyebab CHF (Putri dkk., 2021)

Pemeriksaan radiologi seperti foto toraks dapat menunjukkan adanya kardiomegali dan edema paru yang mengindikasikan kongesti pulmonal. Pemeriksaan laboratorium juga penting dilakukan, termasuk pemeriksaan kadar Brain Natriuretic Peptide (BNP) atau NT-proBNP yang meningkat pada kondisi gagal jantung, serta pemeriksaan fungsi ginjal dan elektrolit untuk memantau komplikasi dan efek terapi. Evaluasi komprehensif melalui pemeriksaan penunjang ini sangat penting untuk menentukan rencana terapi yang tepat dan meminimalkan risiko perburukan kondisi pasien (Sari dkk., 2022)

2.1.1.7 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan CHF dilakukan secara komprehensif dengan tujuan mengurangi gejala, memperbaiki kualitas hidup, menurunkan angka rehospitalisasi, serta memperlambat progresivitas penyakit. Penatalaksanaan terdiri atas terapi non-farmakologis dan farmakologis yang saling melengkapi. Pendekatan non-farmakologis meliputi pembatasan asupan natrium dan cairan untuk mencegah retensi cairan, pengaturan aktivitas sesuai toleransi pasien, pemantauan berat badan harian untuk mendeteksi retensi cairan dini, serta edukasi mengenai kepatuhan pengobatan dan gaya hidup sehat. Modifikasi gaya hidup

seperti berhenti merokok, mengontrol tekanan darah, serta pengelolaan penyakit komorbid seperti diabetes melitus juga sangat penting dalam mencegah perburukan gagal jantung (Hidayat & Sari, 2020)

Terapi farmakologis pada CHF meliputi penggunaan diuretik untuk mengurangi kelebihan cairan dan edema, ACE inhibitor atau Angiotensin Receptor Blocker (ARB) untuk menurunkan afterload dan mencegah remodeling jantung, beta-blocker untuk menurunkan aktivitas sistem saraf simpatis, serta antagonis aldosteron untuk mengurangi retensi natrium dan progresi kerusakan miokard. Kombinasi terapi ini bertujuan menstabilkan hemodinamik pasien dan memperbaiki fungsi jantung secara bertahap. Dalam praktik keperawatan, perawat berperan penting dalam memantau respon terhadap terapi, mengobservasi tanda-tanda perburukan, serta memberikan edukasi berkelanjutan kepada pasien dan keluarga agar mampu melakukan perawatan mandiri secara optimal (Siregar dkk., 2020)

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Congestive Heart Failure (CHF)

2.2.1 Pengkajian

1. Identitas

   Melakukan pengkajian terhadap identitas klien yang meliputi nama, usia, tempat dan tanggal lahir, jenis kelamin, alamat tempat tinggal, pekerjaan, suku atau kebangsaan, agama, status perkawinan, tanggal masuk rumah sakit (MRS), nomor registrasi, serta diagnosis medis.

2. Keluhan utama

Biasanya pasien akan mengeluh sesak saat bekerja, lelah, nyeri dada, edema perifer

(Olviani & Nurhanifah, 2024)

3. Riwayat penyakit sekarang

   Pengkajian riwayat penyakit sekarang dilakukan untuk memperoleh informasi secara komprehensif mengenai keluhan utama yang dirasakan pasien, termasuk waktu, faktor pencetus, perkembangan, serta karakteristik keluhan. Pengkajian juga diarahkan pada identifikasi tanda dan gejala yang berkaitan dengan kongesti vaskular pulmonal, seperti dispnea, ortopnea, batuk, dan edema pulmonal akut. Selain itu, perawat perlu mengidentifikasi keluhan lain yang dirasakan pasien dan berpotensi memengaruhi kondisi klinisnya (Susi dkk., 2024).

4. Riwayat penyakit dahulu

   Pengkajian riwayat penyakit dahulu mencakup identifikasi berbagai penyakit atau kondisi kesehatan yang pernah dialami pasien dan memiliki keterkaitan dengan gangguan fungsi jantung. Kondisi tersebut meliputi hipertensi renal, angina, infark miokard kronis, diabetes melitus, riwayat pembedahan jantung, kelainan katup jantung, endokarditis, systemic lupus erythematosus (SLE), serta gangguan irama jantung atau disritmia (Susi dkk., 2024).

5. Riwayat penyakit keluarga

   Pengkajian riwayat kesehatan keluarga dilakukan untuk mengetahui adanya anggota keluarga yang memiliki riwayat penyakit kardiovaskular maupun penyakit yang memiliki faktor keturunan. Beberapa kondisi yang perlu

diidentifikasi antara lain penyakit jantung, hipertensi, dan diabetes melitus (Susi dkk., 2024).

6. Riwayat diet

   Intake gula, garam, lemak, kafein, dan alkohol (Susi dkk, 2024).

7. Riwayat pengobatan

   Pengkajian riwayat pengobatan meliputi identifikasi toleransi pasien terhadap obat yang digunakan, jenis obat yang berpotensi memengaruhi fungsi jantung, penggunaan steroid, jumlah cairan yang diberikan melalui intravena, serta riwayat alergi terhadap obat-obatan tertentu (Susi dkk., 2024)

8. Pola fungsional

   a. Pola persepsi dan pemeliharan kesehatan

      Data subjektif: Pasien dapat melaporkan adanya kebiasaan hidup yang kurang sehat, seperti mengonsumsi makanan tinggi lemak, merokok, dan mengonsumsi minuman beralkohol. Selain itu, perlu dikaji riwayat infeksi, penyakit yang bersifat familial seperti penyakit jantung, hipertensi, dan diabetes melitus, kurangnya aktivitas fisik, serta keterbatasan dalam melakukan aktivitas berat.

      Data objektif: Pasien tampak membatasi aktivitas fisik dan menunjukkan pola perilaku yang kurang mendukung pemeliharaan kesehatan.

   b. Pola nutrisi dan metabolic

Data subjektif: Pasien dapat mengeluhkan penurunan nafsu makan, mual, muntah, serta perubahan berat badan berupa peningkatan atau penurunan berat badan.

Data objektif: Dapat ditemukan perubahan berat badan, edema, penggunaan terapi diuretik, asites, perubahan turgor kulit, anemia, muntah, mukosa mulut kering, serta kulit yang terasa dingin atau berkeringat.

c. Pola eliminasi

Data subjektif: Pasien dapat mengeluhkan penurunan frekuensi buang air besar (BAB) dan buang air kecil (BAK), perubahan warna urine menjadi kuning, penurunan aktivitas peristaltik usus, serta sensasi perut kembung atau begah.

Data objektif: Dapat ditemukan penurunan volume atau frekuensi urine, oliguria, konstipasi, serta nokturia.

d. Pola aktivitas dan latihan

Data subjektif: Pasien dapat mengeluhkan mudah lelah, sesak napas, kelemahan, nyeri dada, serta penurunan kemampuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

Data objektif: Pasien dapat menunjukkan kelelahan yang berlangsung terus-menerus, gangguan tidur, nyeri dada saat beraktivitas, dispnea, ortopnea, paroxysmal nocturnal dyspnea (PND), kegelisahan, serta perubahan status mental seperti letargi. Perubahan tanda-tanda vital dapat terjadi selama aktivitas, termasuk takikardia. Selain itu, dapat ditemukan batuk nonproduktif atau batuk persisten dengan atau tanpa

produksi sputum. Sputum dapat disertai darah. Pada kondisi kongesti pulmonal dapat ditemukan edema paru, suara napas tambahan seperti ronki atau wheezing, penurunan atau perubahan suara napas, kulit tampak pucat atau sianosis, serta peningkatan tekanan vena jugularis (JVP).

e. Pola tidur dan istirahat

Data subjektif: Pasien dapat mengeluhkan kelelahan, kesulitan memulai atau mempertahankan tidur, mudah terbangun pada malam hari, serta sering terbangun untuk berkemih.

Data objektif: Dapat ditemukan kegelisahan, dispnea, ortopnea, PND, area palpebra inferior tampak lebih gelap, malaise, ketidakmampuan mempertahankan posisi tidur yang nyaman, nokturia, serta wajah tampak mengantuk.

f. Pola persepsi dan kognitif

Data subjektif: Pasien dapat melaporkan adanya nyeri dan kesulitan dalam mempertahankan konsentrasi.

Data objektif: Dapat ditemukan gangguan proses berpikir, penglihatan kabur, disorientasi, perubahan kemampuan mengingat, gangguan status mental, hingga penurunan tingkat kesadaran.

g. Pola persepsi dan konsep diri

Data subjektif: Pasien dapat mengungkapkan perasaan cemas, marah, atau kesulitan menerima perubahan kondisi kesehatan yang dialaminya.

Data objektif: Dapat terlihat kecemasan, mudah tersinggung, perubahan dalam menjalankan peran, serta ketidakmampuan menerima kondisi penyakit.

h. Pola peran dan hubungan dengan sesame

Data subjektif: Pasien dapat menunjukkan kecenderungan menarik diri dari lingkungan sosial.

Data objektif: Dapat ditemukan penurunan partisipasi dalam aktivitas sosial, gangguan komunikasi, serta hambatan dalam berinteraksi dengan orang lain.

i. Pola reproduksi dan seksualitas

Data subjektif: Pasien tidak melaporkan adanya gangguan atau penyimpangan dalam aspek reproduksi dan seksualitas.

Data objektif: Tidak ditemukan adanya penyimpangan atau gangguan yang tampak pada aspek reproduksi dan seksualitas.

j. Pola mekanisme stress dan koping

Data subjektif: Pasien dapat mengungkapkan perasaan cemas, khawatir, takut, maupun marah sebagai respons terhadap kondisi penyakit yang dialami.

Data objektif: Dapat ditemukan perilaku mudah tersinggung, gelisah, ketakutan, keragu-raguan, serta kesulitan dalam menerima kondisi atau kenyataan yang dihadapi.

k. Pola mekanisme stress dan koping

Data subjektif: Pasien dapat mengungkapkan adanya kesulitan dalam melaksanakan kegiatan ibadah selama mengalami kondisi sakit.

Data objektif: Pasien tampak mengalami hambatan atau keterbatasan dalam melaksanakan aktivitas ibadah (Nurnisa & Octavyani, 2022).

9. Pemeriksaan fisik khusus pasien CHF
    a. Keadaan umum : tampak lemah, sesak
    b. TTV : Tekanan darah meningkat, nadi meningkat, respirasi meningkat, saturasi oksigen turun, suhu dalam batas normal
    c. Hidung : adanya pernapasan cuping hidung
    d. Mulut : terdapat sianosis
    e. Leher : terdapat tekanan vena jugularis
    f. Paru-paru

        Inspeksi: dispmea, peningkatan frekuensi napas, terdapat otot bantu napas

        Auskultasi : suara paru menurun, adanya basilar rates menyebabkan cairan apa jaringan paru

        Perkusi : dullnes/flat

        Palpasi : vocal frmeitus menurun, pergerakan dinding dada asimetris
    g. Jantung

        Inspeksi ; adanya sianosis, edema perifer

        Palpasi : PMI akan bergeser ke kiri inferior karena terjadi dilatasi hipertrofi ventrikel, pulsasi perifer menurun, serta edema pada ekstermitas yang akan menyebabkan piting.

        Perkusi : batas jantung melebar

        Auskuktasi : S1, S2 turun, S3 meningkat dan terdengar suara mur-mur jantung

h. Ekstremitas : terjadi kelemahan, edema, turgor kulit turun (Susi dkk, 2024).

10. Pemeriksaan penunjang

a. EKG

Pemeriksaan elektrokardiografi dilakukan untuk mengevaluasi aktivitas listrik jantung serta mengidentifikasi adanya hipertrofi atrium maupun ventrikel, infark miokard, perubahan aksis jantung, tanda-tanda iskemia, dan gangguan pola konduksi. Pemeriksaan EKG juga dapat membantu mendeteksi adanya gangguan irama jantung, baik berupa bradiaritmia maupun takiaritmia.

b. Pemeriksaan lab darah

Elektrolit: dilakukan untuk mengetahui adanya ketidakseimbangan elektrolit yang dapat berkaitan dengan retensi cairan maupun penurunan fungsi ginjal.

Oksimetri nadi: digunakan untuk mengukur saturasi oksigen dalam darah dan membantu mengidentifikasi kondisi hipoksemia.

Analisis gas darah (AGD): dapat menunjukkan adanya gangguan keseimbangan asam-basa, seperti alkalosis respiratorik ringan, serta hipoksemia yang dapat disertai perubahan tekanan parsial karbon dioksida.

c. Radiologi

Ekokardiografi: dapat memberikan gambaran mengenai fungsi dan struktur jantung, termasuk penurunan kontraktilitas ventrikel,

perubahan ukuran ruang jantung, serta gangguan fungsi atau struktur katup jantung.

Rontgen dada: dapat digunakan untuk mengidentifikasi kardiomegali, edema paru, serta tanda-tanda kongesti pulmonal. Gambaran radiologis tersebut dapat mencerminkan adanya perubahan tekanan pada sirkulasi pulmonal, perubahan pembuluh darah paru, maupun dilatasi atau hipertrofi ventrikel (Susi dkk., 2024).

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut buku penyakit kardivaskular yang terbitkan oleh Edward K. Chung yang telah disesuaikan dengan SDKI sebagai berikut:

a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan preload (D.0008)
b. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi (D.0022)
c. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus kapiler (D. 0003)
d. Intorelansi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (D.0056)

2.2.3 Perencanaan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	**Penurunan Curah Jantung D.0008**	**L.02008 Curah Jantung** Setelah diberikan intervensi keperawatan,	**I.02075 Pemantauan Jantung Observasi:**

	Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas	diharapkan terjadi peningkatan curah jantung yang ditandai dengan beberapa indikator keberhasilan, yaitu: 1. Kekuatan nadi perifer mengalami peningkatan. 2. Keluhan kelelahan berkurang. 3. Edema mengalami penurunan. 4. Tekanan darah menunjukkan perbaikan.	1. Mengidentifikasi tanda dan gejala utama yang menunjukkan adanya penurunan curah jantung, seperti dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, paroxysmal nocturnal dyspnea (PND), serta peningkatan tekanan vena sentral (CVP). 2. Mengidentifikasi manifestasi sekunder akibat penurunan curah jantung, meliputi peningkatan berat badan, hepatomegali, distensi vena jugularis, palpitasi, ronki basah, oliguria, batuk, serta kulit tampak pucat. 3. Melakukan pemantauan tekanan darah, termasuk pengukuran tekanan darah ortostatik apabila terdapat indikasi. 4. Memantau keseimbangan cairan melalui pencatatan asupan (intake) dan pengeluaran (output) cairan. 5. Melakukan pemantauan berat badan setiap hari pada waktu yang relatif sama untuk mengevaluasi perubahan status cairan. 6. Memantau tingkat saturasi oksigen pasien. 7. Mengkaji dan memantau keluhan nyeri dada yang meliputi intensitas, lokasi, penjalaran, durasi, serta faktor yang memicu maupun mengurangi nyeri.

8. Melakukan pemantauan elektrokardiogram (EKG) 12 sadapan sesuai kebutuhan klinis.
9. Memantau adanya aritmia, termasuk perubahan irama dan frekuensi denyut jantung.
10. Memantau parameter laboratorium yang berkaitan dengan fungsi jantung, seperti kadar elektrolit, enzim jantung, BNP, dan NT-proBNP.
11. Memantau fungsi alat pacu jantung apabila pasien menggunakannya.
12. Mengukur tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan setelah pasien melakukan aktivitas
13. Mengukur tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum pemberian obat-obatan yang dapat memengaruhi fungsi kardiovaskular, seperti beta blocker, ACE inhibitor, calcium channel blocker, dan digoksin.

Terapeutik

1. Memberikan oksigen melalui kanul nasal sesuai kebutuhan dan kondisi pasien.
2. Memposisikan pasien dalam posisi semi-Fowler atau Fowler dengan tungkai berada dalam posisi yang nyaman atau ke bawah sesuai toleransi pasien.
3. Memberikan diet yang sesuai dengan kondisi kardiovaskular, termasuk mempertimbangkan pembatasan konsumsi kafein,

natrium, kolesterol, serta makanan tinggi lemak.

4. Menggunakan stocking elastis atau perangkat kompresi pneumatik intermiten sesuai indikasi klinis.
5. Memfasilitasi pasien dan keluarga dalam menerapkan perubahan gaya hidup yang mendukung kesehatan jantung.
6. Memberikan teknik relaksasi untuk membantu menurunkan stres apabila diperlukan.
7. Memberikan dukungan emosional dan spiritual sesuai kebutuhan serta keyakinan pasien.
8. Memberikan terapi oksigen dengan tujuan mempertahankan saturasi oksigen di atas 94%, sesuai kondisi dan target terapi pasien.

Edukasi

1. Menganjurkan pasien melakukan aktivitas fisik sesuai dengan kemampuan dan toleransi tubuh.
2. Menganjurkan peningkatan aktivitas fisik secara bertahap sesuai kondisi klinis pasien.
3. Memberikan edukasi mengenai pentingnya menghentikan kebiasaan merokok.
4. Mengajarkan pasien dan keluarga mengenai cara melakukan pemantauan berat badan secara mandiri setiap hari.

			5. Mengajarkan pasien dan keluarga melakukan pencatatan asupan dan pengeluaran cairan harian. **Kolaborasi** 1. Melakukan kolaborasi dalam pemberian terapi antiaritmia sesuai indikasi dan kebutuhan pasien. 2. Melakukan rujukan atau kolaborasi dengan program rehabilitasi jantung sesuai kondisi dan kebutuhan pasien.
2.	**Hipervolemia D.0022**	**Keseimbangan Cairan (L.05020)** Setelah diberikan intervensi keperawatan, diharapkan keseimbangan cairan klien mengalami peningkatan yang ditandai dengan beberapa kriteria hasil, yaitu: 1. Penurunan edema perifer. 2. Penurunan asites. 3. Perbaikan tekanan darah. 4. Perbaikan kondisi membran mukosa. 5. Perbaikan berat badan.	**Manajemen Hipervolemia (I.03114)** **Observasi:** 1. Mengidentifikasi tanda dan gejala hipervolemia, seperti ortopnea, dispnea, edema, peningkatan JVP/CVP, refleks hepatojugular positif, serta adanya suara napas tambahan. 2. Mengidentifikasi faktor penyebab terjadinya hipervolemia. 3. Memantau status hemodinamik, meliputi frekuensi jantung, tekanan darah, dan mean arterial pressure (MAP), apabila tersedia. 4. Memantau keseimbangan asupan dan pengeluaran cairan melalui pencatatan intake dan output. 5. Memantau berat badan setiap hari pada waktu yang sama, terutama setelah klien berkemih.

6. Melakukan pemantauan secara ketat terhadap kecepatan pemberian cairan intravena.
7. Memantau kemungkinan efek samping penggunaan diuretik, seperti hipotensi ortostatik, hipokalemia, dan hiponatremia.

Terapeutik:

1. Melakukan penimbangan berat badan setiap hari pada waktu yang konsisten.
2. Membatasi konsumsi cairan dan natrium sesuai dengan kebutuhan serta kondisi klien.
3. Memposisikan kepala tempat tidur pada elevasi 30–40° menggunakan posisi semi-Fowler untuk membantu meningkatkan kenyamanan dan fungsi pernapasan**.**

Edukasi:

1. Memberikan penjelasan mengenai tujuan dan prosedur pemantauan keseimbangan cairan.
2. Mengajarkan klien dan keluarga mengenai cara mengukur serta mendokumentasikan jumlah cairan yang masuk dan keluar.
3. Memberikan edukasi mengenai teknik dan cara melakukan pembatasan asupan cairan.

Kolaborasi:

1. Berkolaborasi dalam pemberian terapi diuretik sesuai indikasi.
2. Berkolaborasi dalam pemenuhan atau penggantian

			kalium yang hilang sebagai akibat terapi diuretik. **3.** Berkolaborasi dalam pelaksanaan terapi dialisis apabila terdapat indikasi medis.
3.	**Ganguan Pertukaran Gas D.0003** Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler	**L.01003 Pertukaran Gas** **Setelah diberikan intervensi keperawatan, diharapkan fungsi pertukaran gas mengalami peningkatan yang ditunjukkan melalui beberapa kriteria hasil, meliputi:** **1. Penurunan dispnea.** **2. Penurunan bunyi napas tambahan.** **3. Penurunan keluhan pusing.** **4. Perbaikan kondisi sianosis.** **5. Perbaikan pola pernapasan.**	**I.01014 Pemantauan Respirasi** **Observasi:** 1. Memantau frekuensi, irama, kedalaman, serta usaha pernapasan klien. 2. Mengidentifikasi dan memantau pola pernapasan, seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, Kussmaul, Cheyne-Stokes, Biot, dan ataksik. 3. Menilai kemampuan klien dalam melakukan batuk efektif. 4. Mengobservasi adanya produksi sputum serta karakteristiknya. 5. Memantau adanya tanda-tanda obstruksi atau sumbatan pada jalan napas. 6. Melakukan palpasi untuk menilai kesimetrisan ekspansi paru. 7. Melakukan auskultasi terhadap bunyi napas untuk mengidentifikasi adanya kelainan. 8. Memantau tingkat saturasi oksigen (SpO_2). 9. Memantau hasil analisis gas darah (AGD) apabila tersedia.

			10. Menelaah hasil pemeriksaan radiografi atau X-ray toraks sebagai bagian dari evaluasi kondisi respirasi. **Terapeutik** 1. Menyesuaikan interval pemantauan respirasi berdasarkan kondisi dan kebutuhan klinis klien. **2.** Mendokumentasikan seluruh hasil pemantauan respirasi secara sistematis**.** **Edukasi** 1. Menjelaskan kepada klien mengenai tujuan dan prosedur pemantauan kondisi respirasi. 2. Menyampaikan hasil pemantauan kepada klien atau keluarga sesuai kebutuhan.
4	**Intorelansi aktivitas D.0056** berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	**L.05047 Tolernasi aktivitas meningkat** Setelah diberikan intervensi keperawatan, diharapkan toleransi terhadap aktivitas mengalami peningkatan dengan kriteria hasil sebagai berikut: 1. Penurunan keluhan kelelahan. 2. Penurunan dispnea selama melakukan aktivitas.	**1.05178 Manajemen Energi** **Observasi:** 1. Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang berpotensi menyebabkan kelelahan. 2. Memantau tingkat kelelahan secara fisik maupun emosional. 3. Memantau pola serta durasi tidur klien. 4. Mengidentifikasi lokasi dan tingkat ketidaknyamanan yang dirasakan selama melakukan aktivitas. **Terapeutik:**

		3. Perbaikan frekuensi nadi.	1. Menciptakan lingkungan yang nyaman dengan meminimalkan stimulus yang berlebihan, seperti pencahayaan, kebisingan, dan jumlah kunjungan. 2. Melakukan latihan rentang gerak (range of motion/ROM) secara pasif dan/atau aktif sesuai kemampuan klien. 3. Memberikan aktivitas distraksi yang bersifat menenangkan untuk membantu mengurangi kelelahan. 4. Memfasilitasi klien untuk duduk di sisi tempat tidur apabila belum mampu melakukan perpindahan atau berjalan secara mandiri. **Edukasi:** 1. Menganjurkan klien untuk melakukan istirahat atau tirah baring sesuai kondisi. 2. Menganjurkan peningkatan aktivitas secara bertahap sesuai toleransi klien. 3. Menganjurkan klien untuk segera melaporkan kepada perawat apabila tanda dan gejala kelelahan tidak mengalami perbaikan. 4. Mengajarkan strategi koping yang sesuai untuk membantu mengatasi kelelahan. **Kolaborasi:**

	1. Berkolaborasi dengan ahli gizi dalam menentukan strategi pemenuhan dan peningkatan asupan nutrisi sesuai kebutuhan klien.

2.2.4 Impelementasi keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan tahapan pelaksanaan asuhan keperawatan yang mencakup kegiatan observasi, tindakan terapeutik, pemberian edukasi, serta kolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Menurut Nursalam (2020), implementasi keperawatan merupakan tahap ketika perawat menerapkan rencana asuhan yang telah disusun ke dalam bentuk tindakan keperawatan dengan tujuan membantu klien mencapai hasil yang telah ditetapkan. Pelaksanaan tindakan keperawatan dilakukan secara sistematis berdasarkan kebutuhan dan kondisi klien dalam upaya mengatasi atau mengurangi masalah kesehatan yang dialami. Dalam pelaksanaannya, perawat dituntut memiliki kemampuan kognitif, keterampilan interpersonal, serta kemampuan psikomotor agar tindakan keperawatan dapat dilakukan secara tepat, aman, dan sesuai dengan tujuan asuhan keperawatan.

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan dilakukan secara berkelanjutan untuk menilai efektivitas intervensi dan pencapaian tujuan keperawatan. Evaluasi dikatakan berhasil apabila: (Rahmawati ibrahim & Fadli Syamsuddin, 2023)

1. Tanda vital stabil

   Tekanan darah, denyut nadi, frekuensi napas, dan saturasi oksigen berada dalam batas normal.

2. Keluhan sesak nafas berkurang

   Pasien mampu bernapas lebih nyaman, baik saat istirahat maupun aktivitas ringan.

3. Toleransi aktivitas meningkat

   Pasien dapat melakukan aktivitas sehari-hari sesuai kemampuan tanpa menunjukkan kelelahan berlebihan atau intoleransi aktivitas.

   Evaluasi ini menjadi dasar perubahan rencana keperawatan bila tujuan belum tercapai, misalnya menyesuaikan intervensi, memperkuat edukasi, atau kolaborasi lebih intensif dengan tim medis.

2.3 Konsep penurunan curah jantung

2.3.1 Pengertian penurunan curah jantung

Penurunan curah jantung (decreased cardiac output) merupakan kondisi ketika kemampuan jantung dalam memompa darah tidak mencukupi kebutuhan metabolisme tubuh, baik dalam keadaan istirahat maupun saat melakukan aktivitas. Curah jantung mengacu pada jumlah darah yang dikeluarkan oleh ventrikel kiri ke dalam sirkulasi sistemik dalam setiap menit dan berperan penting dalam mempertahankan kecukupan perfusi pada organ serta jaringan tubuh (Rahmawati ibrahim & Fadli Syamsuddin, 2023).

Kondisi penurunan curah jantung merupakan salah satu permasalahan yang sering ditemukan pada pasien dengan gagal jantung kongestif, di mana fungsi sistolik atau diastolik jantung mengalami gangguan. Pada CHF, gangguan

kontraktilitas miokard, peningkatan afterload, serta perubahan preload mempengaruhi kemampuan jantung memompa darah secara efektif sehingga curah jantung menurun (Mardhiah, Savitri, & Fonna, 2023). Menurut studi keperawatan di Indonesia, diagnosis keperawatan penurunan curah jantung menjadi masalah utama pada pasien CHF, dan merupakan dasar dari perencanaan serta pelaksanaan intervensi keperawatan yang bertujuan untuk mengembalikan perfusi yang adekuat dan mencegah komplikasi (Rahmawati ibrahim & Fadli Syamsuddin, 2023).

Sebagai contoh konsep ini dijabarkan dalam penelitian yang membahas asuhan keperawatan terhadap pasien CHF, di mana penurunan curah jantung menjadi fokus utama perawat dalam mengenali tanda-tanda klinis, melaksanakan tindakan hemodinamik, serta melakukan intervensi untuk mempertahankan perfusi jaringan (Rahmawati ibrahim & Fadli Syamsuddin, 2023).

2.3.2 Etiologi penurunan curah jantung

Penurunan curah jantung merupakan kondisi ketika kemampuan jantung dalam memompa darah tidak mencukupi untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh secara optimal. Secara klinis, kondisi ini merupakan bagian dari gagal jantung di mana kemampuan ventrikel kiri untuk memompa darah berkurang, sehingga curah jantung turun dan perfusi jaringan menjadi tidak adekuat (Nurkhalis, 2020).

Berdasarkan kajian literatur ilmiah dalam konteks gagal jantung, beberapa faktor etiologi utama yang menyebabkan penurunan curah jantung antara lain:

1. Gangguan kontraktilitas miokard (disfungsi sistolik)

   Ketidakmampuan otot jantung untuk berkontraksi secara efektif, misalnya akibat iskemia atau kerusakan miokard, menyebabkan ventrikel kiri tidak

mampu memompa darah secara optimal sehingga curah jantung menurun (Nurkhalis, 2020).

2. Gangguan relaksasi jantung (disfungsi diastolik)

   Ketidakmampuan ventrikel untuk mengisi darah secara adekuat pada fase relaksasi juga dapat menurunkan jumlah darah yang dipompa per menit (curah jantung), meskipun kontraktilitas mungkin masih relatif normal (Nurkhalis, 2020).

3. Gangguan irama jantung (aritmia)

   Ketidakteraturan denyut jantung, seperti takikardia atau fibrilasi atrium, dapat mengganggu pengisian dan ejeksi darah yang efisien sehingga berdampak pada penurunan curah jantung (Malasari et al., 2024).

4. Afterload yang tinggi

   Peningkatan tahanan sistemik (misalnya akibat hipertensi kronis) membuat ventrikel kiri harus bekerja lebih keras untuk memompa darah, yang pada akhirnya menurunkan efektivitas pompa jantung jika beban kerja terus berlanjut (Antika et al., 2025).

5. Preload abnormal

   Ketidakseimbangan volume darah yang kembali ke jantung (misalnya hipovolemia atau overload cairan) dapat mengganggu keseimbangan optimal preload yang diperlukan untuk kontraksi jantung yang efisien (Antika et al., 2025).

Faktor-faktor etiologi tersebut sering kali saling berinteraksi dalam patogenesis gagal jantung, sehingga memahami penyebab terjadinya penurunan curah jantung sangat penting dalam penatalaksanaan pasien CHF. Contohnya,

disfungsi miokardium akibat penyakit jantung koroner atau hipertensi jangka panjang mengakibatkan perubahan struktur jantung yang menurunkan curah jantung. (Antika et al., 2025)

2.3.3 Penatalaksanaan

Pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan Congestive Heart Failure (CHF) yang berisiko mengalami penurunan curah jantung diarahkan untuk mempertahankan fungsi pompa jantung, mengoptimalkan perfusi jaringan, serta meminimalkan kemungkinan terjadinya komplikasi. Implementasi keperawatan tersebut disusun berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) sebagai acuan dalam pemberian asuhan yang sistematis dan sesuai dengan kebutuhan klinis pasien.dan dilakukan secara komprehensif, meliputi:

1. Pemantauan hemodinamik (Rahmawati ibrahim & Fadli Syamsuddin, 2023)
    a. Memantau tanda vital seperti tekanan darah, denyut nadi, frekuensi napas, suhu, dan saturasi oksigen.
    b. Memantau adanya tanda hipoperfusi seperti pucat, dingin, perfusi perifer menurun, atau perubahan kesadaran.
    c. Tujuan: mendeteksi perubahan curah jantung secara dini dan mencegah komplikasi.
2. Pemantauan keseimbangan cairan
    a. Mencatat intake dan output pasien setiap hari.
    b. Memantau berat badan harian untuk mendeteksi retensi cairan.
    c. Tujuan: mencegah overload cairan yang dapat memperburuk CHF.
3. Pengaturan posisi semi-Fowler

a. Posisi kepala dan punggung 30–45° untuk memudahkan kerja jantung dan pernapasan.
b. Mengurangi sesak napas dan meningkatkan oksigenasi.

4. Kolaborasi pemberian obat
    a. Bekerja sama dengan tim medis untuk pemberian obat sesuai indikasi, misalnya diuretik, ACE inhibitor, beta-blocker, dan vasodilator.
    b. Edukasi pasien tentang kepatuhan minum obat dan efek samping yang mungkin timbul.
5. Edukasi pasien dan keluarga (Heni Apriyani, 2024)
    a. Memberikan informasi tentang pengaturan diet rendah garam, pembatasan cairan, tanda bahaya CHF, dan pentingnya kepatuhan terapi.
    b. Tujuan: meningkatkan kemampuan pasien dan keluarga dalam mengelola penyakit CHF.

2.4 Konsep Semi Fowler

2.4.1 Pengertian Semi Fowler

Posisi semi-Fowler merupakan salah satu intervensi keperawatan yang dilakukan dengan mengatur posisi tubuh pasien pada sudut tertentu untuk meningkatkan kenyamanan serta mendukung kondisi fisiologis dan psikologis pasien. Pada pasien dengan gagal jantung, penerapan posisi semi-Fowler dapat dilakukan sebagai bagian dari intervensi untuk membantu mengurangi keluhan sesak napas (dispnea) dan mendukung optimalisasi pernapasan. Pelaksanaan intervensi meliputi pengaturan tempat tidur pada

posisi terapeutik, membantu pasien melakukan perubahan posisi secara bertahap, serta memantau status oksigenasi sebelum dan setelah perubahan posisi. Pasien juga perlu ditempatkan dalam posisi dengan keselarasan tubuh (body alignment) yang tepat dan nyaman. Posisi semi-Fowler dapat diterapkan dengan elevasi kepala dan tubuh sekitar 45° atau lebih sesuai kondisi pasien, sehingga dapat membantu mengurangi beban pernapasan dan mendukung fungsi sirkulasi serta aliran balik vena.

2.4.2 Teknik semi fowler

a. Tahap Pra-interaksi

1) Identifikasi kebutuhan pasien (cek catatan medis atau instruksi dokter).
2) Cuci tangan.
3) Siapkan alat pendukung (bantal tambahan atau pengatur tempat tidur manual/elektrik).

b. Tahap Orientasi

1) Berikan salam dan panggil pasien dengan namanya.
2) Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan.
3) Berikan kesempatan pasien bertanya.

c. Tahap Kerja (Pelaksanaan)

1) Atur posisi pasien dalam keadaan telentang (supinasi) di tengah tempat tidur.
2) Naikkan bagian kepala tempat tidur setinggi 30–45 derajat sesuai kenyamanan pasien.
3) Letakkan bantal kecil di bawah kepala agar leher tidak tegang.

4) Berikan sokongan bantal di bawah lengan (jika pasien lemah) untuk mencegah tarikan pada bahu.
5) Letakkan bantal di bawah paha (area lutut sedikit fleksi) untuk mencegah pasien merosot ke arah kaki tempat tidur.
6) Pastikan punggung bawah pasien tersokong dengan baik oleh lekukan tempat tidur.

d. Tahap terminasi

1) Evaluasi respons pasien (tanyakan apakah sesak berkurang atau merasa lebih nyaman).
2) Berikan pujian atas kerjasama pasien.
3) Rapikan lingkungan dan cuci tangan.
4) Anjurkan pasien untuk segera melapor jika merasa pusing atau posisi berubah tidak nyaman.

e. Dokumentasi

1) Catat waktu pemberian posisi, derajat kemiringan (misal: semi-fowler 30°), dan respons subjektif maupun objektif pasien (seperti frekuensi napa

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Rancangan Penelitian

Metode yang digunakan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini adalah pendekatan studi kasus. Studi ini berfokus pada penerapan asuhan keperawatan secara komprehensif pada pasien dengan Congestive Heart Failure (CHF) yang mengalami masalah risiko penurunan curah jantung di Ruang Cempaka RSUD Majalaya.

3.2 Subjektif penelitian

Subjek dalam studi kasus ini terdiri atas dua pasien yang menjalani perawatan di Ruang Cempaka RSUD Majalaya. Pemilihan partisipan didasarkan pada kesesuaian diagnosis medis, yaitu Congestive Heart Failure (CHF), dengan masalah keperawatan berupa risiko penurunan curah jantung.

3.3 Fokus Studi

Fokus studi ini adalah menggambarkan pelaksanaan asuhan keperawatan secara komprehensif pada pasien dengan Congestive Heart Failure (CHF) yang memiliki masalah keperawatan berupa risiko penurunan curah jantung.

3.4 Definisi Operasional

Congestive Heart Failure (CHF) atau gagal jantung kongestif merupakan kondisi ketika kemampuan jantung dalam memompa dan mendistribusikan darah ke seluruh tubuh mengalami gangguan sehingga kebutuhan perfusi jaringan tidak terpenuhi secara optimal. Kondisi ini dapat ditandai dengan berbagai manifestasi klinis, seperti penurunan curah jantung, pola pernapasan yang tidak efektif, intoleransi aktivitas, edema, sesak napas, dan batuk.

3.5 Lokasi Dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSUD Majalaya tepatnya di Ruang Cempaka RSUD Majalaya, dengan waktu penelitian yang dilakukan dalam pada tanggal 11 desember 2025 – akhir mei 2026

3.6 Pengumpulan Data

a. Wawancara

Wawancara adalah Proses penggalian data dimulai dengan menjalin komunikasi yang terapeutik dan terbuka bersama pasien maupun keluarga. Melalui percakapan yang mendalam namun santai, peneliti berusaha memahami tidak hanya identitas dasar, tetapi juga bagaimana riwayat kesehatan mereka selama ini, termasuk kebiasaan hidup harian (ADL) dan kondisi psikososial yang dirasakan. Dalam interaksi ini, peneliti juga menyentuh aspek spiritual untuk melihat bagaimana keyakinan pasien membantu mereka dalam menghadapi kondisi gagal jantung yang sedang dialami.

b. Observasi

Obervasi adalah pengamatan langsung secara teliti terhadap kondisi fisik dan perilaku pasien di lapangan. Peneliti akan mencatat secara sistematis setiap respon tubuh yang muncul, terutama yang berkaitan dengan tanda-tanda penurunan curah jantung. Dengan mengamati gejala klinis yang nampak pada pasien CHF, peneliti dapat mendokumentasikan secara nyata sejauh mana intervensi yang diberikan mampu membantu menstabilkan kondisi jantung mereka.

c. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan Fisik untuk memperkuat data objektif, dilakukan menyeluruh yang berfokus pada teknik inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi. Peneliti memeriksa setiap sistem organ secara mendetail guna mendeteksi adanya penumpukan cairan atau kelelahan otot jantung. Langkah ini sangat krusial agar diagnosa keperawatan yang ditegakkan benar-benar akurat, sehingga tindakan penanganan selanjutnya dapat dilakukan dengan tepat sasaran sesuai kebutuhan klinis pasien.

d. Studi dokumentasi

Studi Dokumentasi adalah adalah hasil pengeumpulan data di ruangan berupa catatan medis pasien, hasil pemeriksaan laboratorium dan radiologi yang telah ada. Data dari hasil tes darah maupun pemeriksaan penunjang lainnya memberikan gambaran objektif mengenai fungsi organ tubuh secara internal. Selain itu,

hasil foto rontgen dada atau EKG menjadi bukti visual yang sangat membantu peneliti dalam menarik kesimpulan yang valid mengenai perkembangan kondisi gagal jantung pasien, sekaligus menjadi dasar untuk menyusun rencana perawatan yang lebih komprehensif.

3.7 Pengelolaan dan Analisis Data

Analisis Data dalam Penelitian ini merupakan rangkaian aktivitas yang dimulai sejak peneliti terjun ke lapangan, berlangsung selama pengumpulan data, hingga seluruh informasi terkumpul secara utuh. Peneliti berupaya menyajikan fakta-fakta yang ditemukan secara jujur, kemudian menyandingkannya dengan literatur teori yang ada untuk dituangkan ke dalam narasi opini pembahasan yang mendalam. Teknik analisis yang digunakan mengandalkan pelaporan jawaban dari hasil interpretasi wawancara mendalam, pengamatan langsung di lapangan, serta penguatan dari studi dokumentasi sebagai bahan perbandingan teori untuk memberikan rekomendasi intervensi kesehatan yang tepat.

a. Pengumpulan Data

   Pengumpulan Data Seluruh informasi yang terkumpul melaluiteknik WOD (Wawancara, Observasi, dan Dokumentasi) dicatat dalam bentuk catatan lapangan. Catatan mentah tersebut kemudian disusun kembali ke dalam format transkrip atau catatan terstruktur agar lebih mudah ditelaah.

b. Mereduksi data

   Mereduksi Data Pada tahap ini, peneliti memilah informasi dari transkrip untuk dikelompokkan ke dalam kategori data subjektif

dan objektif. Data tersebut kemudian dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostik dan dibandingkan secara teliti dengan nilai norma atau standar kesehatan yang berlaku.

c. Penyajian data

Penyajian Data disajikan dalam format ta maupun penjelasan teks naratif. Dalam proses ini, aspek etika dijunjung tinggi dengan menjaga kerahasiaan identitas klien melalui penyamaran atau pengaburan nama (anonimitas).

d. Kesimpulan

Kesimpulan Tahap akhir adalah merangkum seluruh informasi yang ada untuk didiskusikan dan dibandingkan dengan temuan penelitian terdahulu serta teori perilaku kesehatan. Penarikan kesimpulan dilakukan menggunakan metode induktif yang mencakup seluruh rangkaian proses mulai dari tahap pengkajian, penegakan diagnosis, perencanaan, tindakan, hingga evaluasi akhir.

3.8 Etika Penelitian

a. *Informed Consent* (lembar persetujuan)

Dalam studi kasus ini, sebelum penulis memberikan asuhan keperawatan kepada pasien, penulis meminta persetujuan dan menjelaskan terkait pelaksanaan dan tindakan yang akan penulis lakukan tanpa paksaan apaun dan membina hubungan saling percaya disertai komunikasi terapeutik kepada pasien dan keluarga pasien.

b) *Anonimity* (tanpa lama)

Dalam penulisan KTI, penulis tidak mencantumkan nama akan tetapi akan diubah menjadi inisial baik pasien maupun keluarga.

c) *Confidentiality* (kerahasiaan)

Dalam studi kasus ini penulis menjaga kerahasiaan pasien,.

d) Beneficience

Dalam pengambilan kasus ini penulis memberikan asuhan keperawatan kepada pasien agar asuhan keperawatan ini dapat bermanfaat khususnya untuk pasien dan keluarga.

e) Justice

Dalam pengamnilan kasus ini penulis bertindak seadil – adilnya tanpa membeda – bedakan apapun kepada pasien satu dengan pasien yang lain.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran tempat pengambilan data

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Majalaya merupakan instansi kesehatan milik Pemerintah Kabupaten Bandung yang berlokasi strategis di Jl. Cipaku, Kecamatan Paseh, Kabupaten Bandung, Jawa Barat. Sebagai pusat layanan kesehatan rujukan, RSUD Majalaya telah berkomitmen menjaga mutu pelayanan melalui perolehan akreditasi dari Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS). Cakupan layanannya sangat komprehensif, meliputi 16 jenis pelayanan utama yang mencakup bidang administrasi dan manajemen, pelayanan medis, hingga unit gawat darurat. Selain itu, rumah sakit ini didukung oleh fasilitas penunjang yang lengkap seperti radiologi, laboratorium modern, farmasi, serta unit perawatan intensif dan pelayanan darah untuk menunjang keselamatan pasien secara optimal.

Pengambilan data studi kasus ini dilakukan secara spesifik di Ruang Cempaka, yang merupakan unit perawatan kelas 3 di RSUD Majalaya. Ruangan ini dirancang untuk memberikan asuhan keperawatan yang efisien dengan total kapasitas 14 tempat tidur yang terbagi ke dalam empat kamar terpisah.

a) Kamar A, B, dan C masing-masing memiliki kapasitas 4 tempat tidur.

b) Kamar D memiliki kapasitas yang lebih terbatas dengan 2 tempat tidur.

Secara klinis, Ruang Cempaka difokuskan sebagai ruang perawatan bagi pasien dengan berbagai klasifikasi penyakit, di mana mayoritas pasien yang dirawat dalam periode studi ini adalah mereka yang memiliki diagnosa gangguan sistem kardiovaskular. Hal ini menjadikan Ruang Cempaka sebagai lokasi yang representatif untuk melakukan observasi dan pemberian asuhan keperawatan yang komprehensif, khususnya dalam pemantauan fungsi jantung dan manajemen hemodinamik pasien.

4.1.2 Asuhan Keperawatan

a. Pengkajian

1. Pengumpulan data

a) Identitas pasien

Tabel 4.1 Identitas pasien

Identitas pasien	Pasien 1	Pasien 2
Nama	Tn. U	Tn. A
TTL	04 – 12 – 1955	06 – 10 – 1961
Umur	71 tahun	65 tahun
Jenis kelamin	Laki – laki	Laki – laki
Agama	Islam	Islam
Pendidikan	-	-
Status pernikahan	Kawin	Islam
Suku /Bangsa	Sunda	Sunda
Tanggal masuk RS	Rabu,16 – 12 - 2025	Rabu,17 – 12 - 2025

Tanggal pengkajian	Rabu,17 – 12 – 2025	Rabu, 17 – 12 - 2025
Tanggal /rencana operasi :	-	-
No. Medrec	773279	496771
Diagnosa medis	CHF	CHF
Alamat	Legok muncang rt04 / rw03 kel, cijagra	Kp. Kondang rt06 / rw10 kel, majalaya

b) Identitas penanggung jawab

Tabel 4.2 Identitas penanggung jawab

identitas penanggung jawab	Pasien 1	Pasien 2
Nama	Tn. S	Ny.S
Umur	43 thn	45 thn
Jenis kelamin	Laki – laki	Perempuan
Pendidikan	Sarjana	-
Pekerjaan	PNS	IRT
Alamat	Legok muncang rt04 / rw03 kel, cijagra	Kp. Kondang rt06 /rw10 kel, majalaya

c) Riwayat kesehatan

Tabel 4.3 riwayat kesahatan

Riwayat kesehatan	Pasien 1	Pasien 2
Riwayat kesahatan sekarang		
a) keluhan utama saat masuk rumah sakit	a) Klien mengatakan, terasa sesak dibagian dada, pusing, batuk, dan lemas, bengkak pada kedua kaki.	a) Klien mengatakan pada saat makan klien tiba – tiba pingsan dan keluarga memutuskan untuk ke RSUD MAJALAYA, dan ketika klien sadar klien mengalami sakit
b) keluhan utama saat dikaji	b) Klien mengatakan sesak muncul saat klien beraktivitas dan tertidur, dirasakannya yaitu pada bagian dada, lokasinya pada dada sehingga membuat klien merasa kesulitan untuk tertidur terlentang, gelaja bertambah saat klien melakukan aktivitas	b) dada, sesak dan pusing Klien mengatakan nyeri dada gejala muncul saat klien beraktivitas dan tertidur, dirasakannya yaitu pada bagian dada, lokasinya pada dada sehingga membuat klien merasa kesulitan untuk bernafas karaena terasa sesak, gelaja bertambah saat klien melakukan aktivitas berat dan berkurang sewaktu – waktu.

	berat dan berkurang sewaktu – waktu.	
riwayat kesahatan dahulu	Klien mengatakan riwayat penyakit sebelumnya adalah asma dan baru ter diagnosa jantung sekitar kurang lebih sebulan ini	Klien mengatakan memiliki riwayat penyakit stroke dari tahun 2018,berobat teratur DIRSUD MAJALAYA, dan terdiagnosa jantung kurang lebih sudah 1 bulan yang lalu.
Riwayat kesehatan keluarga	Keluarga dari klien mengatakan tidak ada riawayat jantung pada anggota keluarga lain.	Klien mengatakan tidak ada riwayat penyakit jantung dikeluarganya.

d) Pola aktivitas sehari – hari

Tabel 4.4 pola aktivitas sehari - hari

No	Jenis aktivitas	Pasien 1		Pasien 2	
		Dirumah	Di RS	Dirumah	Di RS
1	Nutrisi				
	a) Makan				
	Frekuensi	3 porsi	3 prosi	3 posisi	3 porsi
	Jenis	lauk pauk	lauk pauk	lauk pauk	lauk pauk
	Porsi	habis	tidak habis	habis	habis
	Keluhan	klien akan makan jika dibarengi	tidak nafsu makan	tidak ada	tidak ada

		dengan gorengan			
2	Eliminasi				
	b) Minum				
	Frekuensi	8 gelas	3 gelas	8 gelas	2 gelas
	Jumlah	1,5 L	600 ml	800 ml	200 ml
	Jenis	Air putih	Air putih	Air putih	Air putih
	Keluhan	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
3	Istirahat tidur				
	Siang	2 - 3 jam	1 – 2 jam	Tidak tidur siang	2 – 3 jam
	malam	6 – 7 jam	7 – 8 jam	6 – 7 jam	6 – 7 jam
4	Personal Hygiene				
	a) Mandi		Seka	1x sehari	Seka
	b) Gosok gigi	1x sehari	Tidak gosok gigi	2x sehari	Tidak gosok gigi
	c) Keramas	3x dalam Seminggu	Tidak keramas selama di rs	3x dalam Seminggu	Tidak keramas selama di rs
	d) Gunting kuku	Kurang lebih 1 bulan sekal	Kurang lebih Bulan Sekali	Kurang lebih 1bulan sekali	Kurang lebih 1bulan Sekali
	e) Ganti pakaian	Setiap hari	Setiap hari	Setiap hari	Setiap hari
5	Aktivitas	Berinteraksi dengan keluarga dan tetangga	Hanya tertidur di bed	Berinteraksi dengan keluarga dan tetangga	Hanya tertidur di bed

e) Pemeriksaan fisik

Tabel 4.5 pemeriksaan fisik

No	Pemeriksaan fisik	Pasien 1	Pasien 2
	Keadaan umum		
	a. Kesadaran	Composmentis	Composmentis
	b. Penampilan	Bersih	Bersih
	Pemeriksaan tanda – tanda vital		
	c. Tekanan darah	147 / 104 mmHg	93 / 57 mmHg
	d. Nadi	112x /menit	61x /menit
	e. Respirasi	20x /menit	20x /menit
	f. Suhu	36,2c	36,6c
	Pemeriksaan fisik sistem		
	a. Sistem pernafasan	Kedua lubang hidung simetris, tidak ada edema atau lesi pada hidung klien, terpasang nasal kanul O2 (3lpm) saat dipalpasi tidak ada nyeri tekan pada dada, tetapi terdapat rektraksi dinding dada.	Kedua lubang hidung simetris, tidak ada lesi atau edema, tidak ada penumpukan sekret. Pasien menggunakan O2 (3lpm), terdengar suara nafas tambahan (wheezing),terdapat retraksi dinding dada.
	a. Sistem kardiovakuler	Auskultasi pada cardivaskuler ditemukan irama gallop dengan bunyi jantung S3 (+) irama jantung takikardia dengan	Pada pemeriksaan auskultasi ditemukan adanya irama gallop dengan bunyi jantung S3 (+) (HT 61x/menit). Hasil

		HT 112 x/menit, TD 147/104, dengan crt 3 detik.	pengukuran tekanan darah menunjukkan angka 93/57 mmHg, disertai dengan penurunan perfusi perifer yang ditandai oleh nilai crt memanjang selama 3 detik.
	b. Sistem pencernaan	Bibir tampak simetris, mukosa bibir tampak kering, gigi bersih, lidah bersih dapat digerakan ke semua arah pasien tidak merasa mual saat menelan makanan, perkusi abdomen terdengar dullness, tidak terdapat pembengkakan di area abdomen, saat dilakukan palpasi tidak ada nyeri tekan. Bising usus terdengar 12x / menit	Mukosa bibir nampak kering, tidak ada stomatitis. Abdomen tampak datar, supel, tidak ada nyeri tekan pada keempat kuadran, tidak teraba pembesaran hepar atau lien. Bising usus normal 10x/menit.
	c. Sistem genitourinaria	Tidak ada lesi warna urine klien kuning khas urine, saat buang air klien memakai pispot, dan belum bab selama dirawat di rs, tidak terdapat	Kebersihan area genetalia terjaga, tidak terpasang kateter urine. Tidak ada distensi kandung kemih, tidak ada nyeri tekan pada supra pubis, dan tidak ada

		hemoroid pada bagian anus	nyeri ketok kosto-vertebra (ginjal). Pasien BAK spontan
d.	Sistem endoktrin	Pergerakan leher baik geraknya untuk menengok ke kiri dan kanan baik, tidak teraba adanya pembesaran kelenjar tiroid maupun kelenjar getah bening, tidak ada nyeri tekan pada leher.	Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar getah bening pada area leher. Tidak ada riwayat tremor, tidak ada polidipsi, polifagi, maupun poliuri yang khas pada gangguan endokrin
e.	Sistem persyarafan	a. Olfaktorius (I) Fungsi penciuman pada klien baik, klien mampu mencium dan membedakan bau parfum . b. Optik (II) Penglihatan pada klien cukup baik, klien bisa membaca papan nama yang tertera pada baju bagian kanan dalam jarak (6/6) c. Okulomotor (III)	a. Olfaktorius (I) Pasien mampu mengenali dan membedakan aroma kopi dan parfum pada kedua loba hidung b. Optik (II) Ketajaman penglihatan baik klien bisa membaca papan nama yang tertera pada baju bagian kanan dalam jarak (6/6) c. Okulomotor (III) Gerakan bola mata simetris ke 6 arah, tidak ada

	Terlihat kontraksi pupil dibuktikan dengan klien mampu menggerakan bola mata kearah atas, bawah dan memutar. d. Troklearis (IV) Klien mampu menggerakan mata kearah bawah dan atas. e. Trigeminal (V) Klien mengunyah dengan baik tidak terasa sakit saat menggerakan rahang atau mengunyah, sensorik dikedua pipi, dahi, dan dagu baik, klien mampu menggerakan rahangnya kedepan dan kesamping. f. Abdusen (VI) Klien mampu menggerakan mata kearah samping dikedua sisi	nistagmus. Pupil isokor, refleks cahaya + d. Troklearis (IV) Klien mampu menggerakan mata kearah bawah dan atas e. Trigeminal (V) Kontraksi otot rahang kuat dan simetris saat menggigit. Pasien merasakan sentuhan halus di dahi, pipi, dan rahang. f. Abdusen (VI) Klien mampu menggerakan mata kearah samping dikedua sisi g. Fasialis (VII) Wajah simetris saat tersenyum, mengangkat alis, dan menggembungkan pipi.

	g. Fasialis (VII) Klien mampu menyiratkan dikedua alisnya, klien mampu mengerutkan dahi dan mampu membedakan rasa dibuktikan saat klien mengatakan makanan sedikit hambar dan buah – buahan rasanya manis. h. Vestibulokoklearis (VIII) Fungsi pendengaran klien masih baik dibuktian pada saat mengobrol klien menjawab dan nyambung dengan percakapan. i. Glossofaringeal (IX) Refleks menelan bagus klien mampu membedakan rasa. j. Vagus (X)	Kerutan dahi simetris. h. Vestibulokoklearis (VIII) Pasien mampu mendengar bisikan atau detak jam tangan. Hasil tes garpu tala normal (tidak ada lateralisasi). i. Glossofaringeal (IX) Refleks menelan bagus klien mampu membedakan rasa. j. Vagus (X) Uvula simetris ditengah saat klien berbicara suara jelas tidak serak k. Aksesori (XI) Kekuatan otot bahu kanan kiri sama besar terhadap tahanan, gerakan menoleh kuat dan simetris.

		Uvula simetris ditengah saat klien berbicara suara jelas tidak serak k. Aksesori (XI) Kekuatan otot bahu kanan-kiri sama besar terhadap tahanan, gerakan menoleh kuat dan simetris. Klien Mampu mengangkat bahu dan menoleh melawan tahanan. l. Hipoglosus (XII) Lidah klie simetris saat dijulurkan, artikulasi berbicara jelas	l. Hipoglosus (XII) Lidah lurus saat dijulurkan (berada di tengah), tidak ada tremor, kekuatan dorongan lidah pada pipi sama kuat.
f.	Sistem integumen	Kulit terlihat tidak ada lesi, turgor kulit normal, akral dingin.Tidak terdapat perdarahan dan ruam pada kulit. Tidak ada perdarahan gusi, tidak ada pembengkakan.	Kulit terlihat tidak ada lesi, turgor kulit normal, akral dingin.Tidak terdapat pendarahan dan ruam pada kulit. Tidak ada perdarahan gusi, tidak ada pembengkakan

g.	Sistem muskuloskeletas	Ekremitas Atas Tangan kiri dan kanan simetris, refleks bisep kekuatan tangan kanan 5 dan kekuatan tangan kiri 5 di tangan kanan terpasang infus Kuku pada jari tangan terlihat cukup bersih Ekremitas Bawah Kaki kanan dan kiri simetris, refleks patela kekuatan kaki kanan dan kiri 5, terdapat edema dikedua esktremitas dengan kedalaman 3 cm.	Ekremitas Atas Tangan kiri dan kanan simetris, refleks bisep kekuatan tangan kanan 5 dan kekuatan tangan kiri 5 di tangan kanan terpasang infus Kuku pada jari tangan terlihat cukup bersih. Ekremitas Bawah Kaki kanan dan kiri simetris, refleks patela kekuatan kaki kanan dan kiri 5, terdapat edema di kedua ektremitas dengan kedalaman 5 cm.
h.	Penglihatan	Pemeriksaan pada kedua mata menunjukkan kondisi yang lengkap dan simetris antara sisi kanan dan kiri. Tidak ditemukan adanya edema pada kelopak maupun palpebra. Sklera tampak berwarna putih, konjungtiva berwarna merah muda, serta pupil dalam kondisi isokor.	Hasil pemeriksaan kedua mata menunjukkan struktur mata lengkap dengan kesimetrisan antara mata kanan dan kiri. Tidak dijumpai adanya pembengkakan atau edema pada kelopak mata dan palpebra. Sklera tampak putih, konjungtiva berwarna merah muda, dan pupil teridentifikasi isokor.

i.	Wicara dan THT	Klien terlihat berbicara lancar, fungsi pengecapan klien cukup baik. Tidak terdapat nyeri tenggorokan, tidak ada benjolan di leher, tidak ada keluhan nyeri menelan. Pendengaran klien baik, telinga simetris, tidak ada luka, telinga klien terlihat sedikit kotor, dan tidak ada nyeri tekan. Hidung klien simetris dan bersih.	Klien terlihat berbicara lancar, fungsi pengecapan klien cukup baik. Tidak terdapat nyeri tenggorokan, tidak ada benjolan di leher, tidak ada keluhan nyeri menelan. Pendengaran klien baik, telinga simetris, tidak ada luka, telinga klien terlihat sedikit kotor, dan tidak ada nyeri tekan. Hidung klien simetris dan bersih.

f) Data psikologis

Tabel 4.6 data psikologis

No	Data psikologis	Pasien 1	Pasien 2
1	Status emosi	Emosi klien terlihat stabil, terbukti klien yang ramah dan tidak mudah marah.	Emosi klien terlihat stabil, terbukti klien yang ramah dan tidak mudah marah.
2	Kecemasan	Klien nampak cemas akan penyakit yang dideritanya saat ini.	Klien nampak cemas akan penyakit yang dideritanya saat ini.
3	Pola koping	Klien sering bercerita kepada keluarganya,	Klien sering bercerita kepada keluarganya,

		terbukti ada keluarga yang menunggunya.	terbukti ada keluarga yang menunggunya.
4	Gaya komunikasi	Klien dapat berkomunikasi dengan baik, terbukti klien menjawab dengan baik saat diberikan pertanyaan dan klien berkomunikasi dengan bahasa sunda dan terkadang bahasa indonesia.	Klien dapat berkomunikasi dengan baik, terbukti klien menjawab dengan baik saat diberikan pertanyaan dan klien berkomunikasi dengan bahasa sunda dan terkadang bahasa indonesia.
5	Konsep diri		
	a. Gambaran diri	a. Gambaran diri Klien atas penyakit yang diderita, tetapi sesekali mengeluh.	a. Gambaran diri Klien atas penyakit yang diderita, tetapi sesekali mengeluh.
	b. Ideal diri	b. Ideal diri Peran klien adalah seorang ayah dan seorang kakek.	b. Ideal diri Peran klien adalah seorang ayah dan seorang kakek.
	c. Harga diri	c. Harga diri Klien mengeluh dan Selalu mengatakan ingin cepat sembuh	c. Harga diri Klien mengeluh dan selalu mengatakan ingin cepat sembuh
	d. Peran	d. Peran	d. Peran

e. Identitas diri	Klien seorang ayah dan juga seorang kakek	e. Identitas diri Klien seorang laki – laki
	e. Identitas diri Klien seorang laki – laki	

g) Data sosial

Tabel 4.7 data sosial

Data sosial	Pasien 1	Pasien 2
	Klien bersosialisasi dengan baik dengan keluarganya maupun tetangga sekitar, terbukti bahwa klien selalu ditemani oleh keluarganya yaitu istrinya.	Klien bersosialisasi dengan baik dengan keluarganya maupun tetangga sekitar, terbukti bahwa klien selalu ditemani oleh keluarganya yaitu istrinya.

h) Data spiritual

Tabel 4.8 data spiritual

Data spiritual	Pasien 1	Pasien 2
	Klien beragama islam, tetap melakukan ibadah meskipun dibed pasien.	Klien beragama islam, tetap melakukan ibadah meskipun dibed pasien.

i) Data penunjang

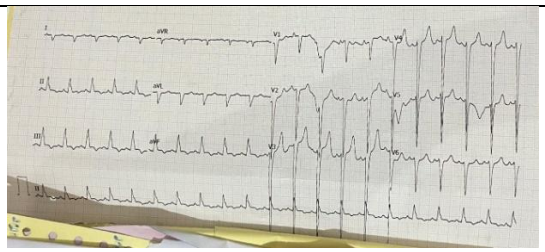
1. Tabel 4.9 pemeriksaan laboratorium

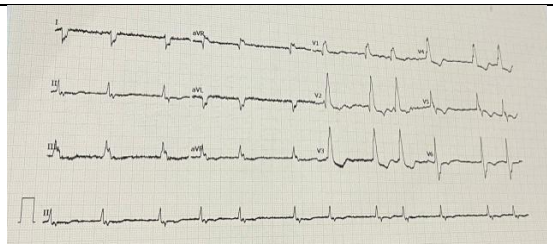
Tanggal	Jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Satuan
17 – 12 – 2025	Trombosit	359,000	150,000 – 450,000	uL
Pasien 1	Kreatinin	1.10	0.6 - 1.1	mg/dl

	Ureum	36	17-43	mg/dl
	Kalium	3.96	3.5- 5.5	mmol/L
	Natrium	131	136 – 145	mmol/L
	Chlorida	94	96 – 106	mmol/L
	Ion calsium	1.0	1.10- 1.35	mmol/L
	GDS	193	<200	mg/dl
18 – 12 – 2025 Pasien 2	Leukosit	9,800	4,000 - 10,000	Ul
	Eritrosit	5.8	4.4- 5.9	10^6uL
	Hemoglobin	18.1	14.0 - 18.0	g/dL
	Hematokrit	52	40 – 54	%
	Trombosit	247,000	150,000 - 450,000	uL
	Kreatinin	1,82	0.9- 1.3	mg/dl
	Ureum	61	17-43	mg/dl
	Kalium	4.03	4.03	mmol/L
	Natrium	130	130	mmol/L
	Chlorida	100	100	mmol/L
	Ion calsium	0.96	0.96%	mmol/L
	GDS	211	<200	mg/dl
	GDP	102	70 – 100	mg/dl
	Cholesterol	155	<200	mg/dl

2. EKG

Tabel 4.10 EKG

Tanggal	Jenis pemeriksaan	Hasil / kesan
17 – 12 – 2025 Pasien 1		Hasil: a. Sinus takikardia Kesan :

		b. Takikardia Iskemia diotot jantung bagian bawah
18 – 12 – 2025 Pasien 2		Hasil: c. Atrial fibrilation Kesan : d. Gangguan irama jantung dan hambatan listrik

j) Program dan rencana pengobatan

Tabel 4.11 program dan rencana pengobatan

Jenis terapi	Nama obat	Dosis	Cara dan waktu pemeriksaan
Pasien 1	Pantoprazole	2x1 mg	IV 09.00
	Ondansetron	2x8 mg	IV 09.00
	Fondaparinux	1x2.5	IV 09.00
	Furosemide	2x40	IV 09.00
	Ceftiaxone	2x1 mg	IV 09.00
	Nacl 0,9	500ml 12 tetes x/menit	IV 24jam
Pasien 2	Nacl 0,9	500ml 12 tetes x/menit	IV 24jam
	Furosemide	2x40 mg	IV 09.00

	Digoxin	1 x 0,25 mg	IV 09.00
	Lansoprazole	1 x 0,5 ng	Oral 08.00

2. Analisa data

Tabel 4.12 analisis data

No	Data	Etiologi	Masasalah
Pasien 1	Rabu, 17 – 12 – 2025 DS: 1. Klien mengatakan sesak DO: 2. Adanya retraksi dinding dada 3. Terpasang oksigen 3lpm 4. Respirasi 23 x/menit, 5. Saturasi 93% 6. Terdengar suara S3 7. tekanan darah 147/104 mmHg	Disfungsi miokard ↓ Gangguan kontraktilitas jantung ↓ Kegagalan jantung memompa darah secara adekuat ↓ Perubahan preload ↓ Risiko penurunan curah jantung	Penurunan curah jantung (D.0011)
	Rabu, 17 – 12 – 2025 DS: 1. klien mengatakan	Asma ↓ Peradangan pada bronkhus ↓	Bersihan jalan nafas tidak efektif (D.0001)

	batuk secara terus menerus DO: 2. Saat di auskultasi terdapat suara wheezing dan ada sputum 3. Tidak mampu batuk efektif	Hipersekresi ↓ Sekresi yang tertahan ↓ Bersihan jalan nafas tidak efektif	
	Rabu, 17 – 12 – 2025 DS: 1. Klien mengeluh pusing dan lemas secara terus menerus DO: 2. Klien terbaring lemah 3. Terbukti klien hanya diam di bed, semua kebutuhan klien dibantu oleh anggota keluarga	Gagal jantung kongestif ↓ Penurunan kontraktilitas jantung ↓ Suplai darah dan oksigen kejaringan/oto menurun ↓ Energi (ATP) menurun ↓ Kelemahan fisik secara umum ↓ Introleransi aktivitas	Intoleransi aktivitas (D.0056)
Pasien 2	Rabu, 17 – 12 – 2025 DS:	Disfungsi miokard ↓	Penurunan curah jantung (D.0011)

	1. Klien mengeluh sesak DO: 2. Terpasang oksigen 3 lpm 3. Adanya retrkasi dinding dada 4. TD: 93/57 mmHg N:61 x/menit RR: 25 x/menit S:36,6C SPO2: 95%	Gangguan kontraktilitas jantung ↓ Kegagalan jantung memompa darah secara adekuat ↓ Perubahan preload ↓ Risiko penurunan curah jantung	
	Rabu, 17 – 12 – 2025 DS: Klien mengeluh batuk terus menerus Terdengar suara wheezing saat diauskultasi Terdapat sputum dan rektrasi dinding dada	Asma ↓ Peradangan pada bronkhus ↓ Hipersekresi ↓ Sekresi yang tertahan ↓ Bersihan jalan nafas tidak efektif	Bersihan jalan nafas tidak efektif (D.0001)

b. Diagnosa berdasarkan prioritas

Tabel 4.13 diagnosa berdasarkan prioritas

No	Diagnosa keperawatan	Tanggal ditemukan	Nama perawat	Tanda tangan
Pasien 1	Resiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan preload d (D.0011)	17 – 12 – 2025		
Pasien 2	Resiko penurunan curah jantung berhubungan	17 – 12 – 2025		

	dengan perubahan preload d (D.0011)			

Berdasarkan masalah pada pasien 1 dan pasien 2 memiliki diagnosa keperawatan yang sama dengan fokus pada prioritas utama yaitu resiko penurunan curah jantung

c. Perencanaan

Tabel 4.14 perencenaan

No	Diagnosa keperawtaan	Intervensi		
		Tujuan	Tindakan	Rasional
Pasien 1	Resiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan preload (D.0011) DS: Klien mengeluh sesak, sesak terasa seperti tertimpa benda berat, sesak terasa saat beraktivitas dan tidak beraktivitas berkurang sewaktu – waktu DO: 1. Terpasang oksigen 3 lpm 2. Klien terlihat sesak dan lemas 3. Terdapat retraksi dinding dada 4. SPO2: 95% saat	Setelah dilakukan tindakan, risiko curah jantung meningkat dengan kriteria : a. Sesak menurun b. Pusing menurun Ttv stabil c. Retraksi dinding dada menghilang	Perawatan jantung (L.02075) 1. Indentifikasi tanda dan gejala primer (dispnea, kelelahan, edema, orthopnea, peningkatan JVP). 2. Identifikasi tand adan gejala sekunder (peningkatan berat badan, ronkhi basah, kulit pucat) 3. Monitor tekanan darah dan frekuensi nadi 4. Monitor intake dan output cairan 5. Monitor nilai laboratorium 6. Monitor saturasi oksigen	Perawatan jantung akut (I.02076) Observasi 1. Identifikasi karakteristik nyeri dada (meliputi: lokasi, radiasi, durasi, kualitas, faktor pemicu/penghilang) 2. Monitor EKG 12 sadapan untuk perubahan ST-T dan aritmia. 3. Monitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi). 4. Monitor elektrolit yang dapat meningkatkan risiko aritmia (mis. kalium, magnesium serum). 5. Monitor sistem saraf pusat untuk

	terpasang O2 dan 90% saat O2 dilepas 5. RR: 23 x/menit tanpa O2	7. Berikan posisi semi fowler 8. kolaborasi pemberian oksigen	tanda-tanda penurunan perfusi (mis. pusing, sinkop). apeutik: 1. Pertahankan tirah baring (bed rest) total minimal 24 jam atau sampai bebas nyeri. 2. Sediakan lingkungan yang kondusif untuk istirahat (mis. batasi pengunjung, kendalikan suara bising). 3. Berikan oksigenasi sesuai indikasi. 4. Pasang jalur intravena (IV line). 5. Hindari tindakan yang memicu refleks Valsava (mis. mengejan saat BAB, berikan pencahar jika perlu). ukasi: 1. Anjurkan segera melaporkan nyeri dada. 2. Jelaskan tindakan yang akan

				dilakukan selama fase akut. laborasi: 1. Kolaborasi pemberian terapi reperfusi (mis. trombolitik, PCI), jika perlu. 2. Kolaborasi pemberian obat-obatan (mis. antiplatelet, antikoagulan, nitrogliserin, beta blocker, morfin) sesuai indikasi.
Pasien 2	Resiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan preload d (D.0011) DS: Klien mengeluh sesak pada bagian dada seperti tertimpa beban berat, gejala terasa saat beraktivitas dan tidak beraktivitas,	Setelah dilakukan tindakan, risiko curah jantung meningkat dengan kriteria : d. Sesak menurun e. Pusing menurun Ttv stabil f. Retraksi dinding dada menghilang	Perawatan jantung (L.02075) 1. Indentifikasi tanda dan gejala primer (dispnea, kelelahan, edema, orthopnea, peningkatan JVP). 2. Identifikasi tand adan gejala sekunder (peningkatan berat badan, ronkhi basah, kulit pucat) 3. Monitor tekanan darah	Perawatan jantung akut (I.02076) Observasi 6. Identifikasi karakteristik nyeri dada (meliputi: lokasi, radiasi, durasi, kualitas, faktor pemicu/penghilang) 7. Monitor EKG 12 sadapan untuk perubahan ST-T dan aritmia. 8. Monitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi). 9. Monitor elektrolit yang dapat meningkatkan risiko aritmia

gejala hilang dan timbul sewaktu – waktu DO: 1. Terpasang oksigen 3 lpm 2. Klien tertampak sesak dan ada retraksi dinding dada 3. SPO2: 95% saat terpasang O2, dan 92% saat O2 dilepas. 4. RR: 25 x/menit saat dilepas O2, dan 22	dan frekuensi nadi 4. Monitor intake dan output cairan 5. Monitor nilai laboratorium 6. Monitor saturasi oksigen 7. Berikan posisi semi fowler 8. kolaborasi pemberian oksigen	(mis. kalium, magnesium serum). 10. Monitor sistem saraf pusat untuk tanda-tanda penurunan perfusi (mis. pusing, sinkop). apeutik: 6. Pertahankan tirah baring (bed rest) total minimal 24 jam atau sampai bebas nyeri. 7. Sediakan lingkungan yang kondusif untuk istirahat (mis. batasi pengunjung, kendalikan suara bising). 8. Berikan oksigenasi sesuai indikasi. 9. Pasang jalur intravena (IV line). 10. Hindari tindakan yang memicu refleks Valsava (mis. mengejan saat BAB, berikan pencahar jika perlu). Edukasi:	

	x/menit saat terpasan g O2.	3. Anjurkan segera melaporkan nyeri dada. 4. Jelaskan tindakan yang akan dilakukan selama fase akut. Kolaborasi: 3. Kolaborasi pemberian terapi reperfusi (mis. trombolitik, PCI), jika perlu. 4. Kolaborasi pemberian obat-obatan (mis. antiplatelet, antikoagulan, nitrogliserin, beta blocker, morfin) sesuai indikasi.

d. Pelaksanaan

Tabel 4.14 pelaksanaan

No	Tanggal & jam	DP	Tindakan	Nama & ttd
Pasien 1	16 – 12 – 2025 10.30 10.35 11.00 11.20	I	1. Memantau TTV **Hasil:** TD 124/82 mmHg, N : 60 X/menit R : 20 X/menit S: 36,2 C 2. Monitor saturasi oksigen **Hasil:** 95% 3. Mengindefikasi tanda/gejala penurunan curah jantung	Ajengchyntia Ajengchyntia

		Hasil:	
	11.30	4. Klien mengatakan sesak, sesak timbul saat klien beraktivitas seperti mengobrol dan makan. 5. Memonitor keluhan nyeri dada	
		Hasil:	
	11.35	6. Klien mengatakan tidak ada nyeri dada 7. Memberikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen	
		Hasil:	
	12.00	8. Klien mengatakan masih sesak klien terpasang oksigen nasal kanul 3lpm, respirasi 22 x/menit SPO2 95% 9. Posisikan semi fowler terhadap klien dengan memperhatikan kenyamanan posisi	
		Hasil:	
		10. Klien mengatakan nyaman terhadap posisi semi fowler dan klien mengatakan sesak mulai berkurang 11. Memonitor intake dan output cairan	Ajengchyntia

		Hasil: 12. Frekuensi makan 3 x/hari, porsi makan hanya habis setengah. Porsi minum 600 – 700 ml, infus NaCI 500cc/hari dan obat – obattan, BAK 5 – 7 x/hari.
17 – 12 – 2025 08.10		13. 1. Mengukur TTV **Hasil:** TD: 141/106 mmHg, N: 84 x/menit RR: 20 x/menit S: 36,2c
08.15		2. Memonitor saturasi oksigen **Hasil:**
08.20		98%
		3. Mengindefikasi tanda/gejala penurunan curah jantung **Hasil:**
09.00		4. Klien mengatakan sesak untuk pagi ini sesak tidak ada
		5. Memonitor keluhan nyeri dada **Hasil:** Klien mengatakan tidak ada nyeri dada
14.00		6. Memberikan terapi

		obat IV ceftiaxone Pantoprazole Ondansetron Fondaparinux Furosemide Ceftiaxone Hasil: Klien mengeluh nyeri saat di injekkan obat lewat infusan 7. Memantau TTV **Hasil:** TD 145/90 mmHg, N : 92 X/menit R : 21 X/menit S: 36,7 C 8. Mengindefikasi tanda/gejala penurunan curah jantung **Hasil:** Klien mengatakan sesak terasa namun sedikit 9. Memposisikan semi fowler terhadap klien dengan memperhatikan kenyamanan posisi **Hasil:** Klien mengatakan nyaman dengan posisinya dan sesak terasa sedikit demi sedikit berkurang
	16.00		

Pasien 2	17 – 12 – 2025 14.30 14.35 15.00 15.20 15.25 16.30 <

		fowler dan klien mengatakan sesak mulai berkurang 7. Memonitor intake dan output cairan **Hasil:** Frekuensi makan 3 x/hari, 1 porsi habis. Porsi minum 800 ml, infus NaCI 500cc/hari dan obat – obattan, BAK 7 – 8 x/hari.	Ajengchyntia
	18 – 12 – 2025 14.15	1. Mengukur TTV **Hasil:** TD: 139/69 mmHg, N: 61 x/menit RR: 20 x/menit S: 37,5c	
	14.20	2. Memonitor saturasi oksigen **Hasil:**	
	14.25	98% 3. Mengindefikasi tanda/gejala penurunan curah jantung **Hasil:** Klien mengatakan tidak ada sesak	
	14.05	4. Memonitor keluhan nyeri dada **Hasil:** Klien mengatakan pagi tidak ada nyeri dada tetapi saat malam ada	
	14.30	5. Memberikan terapi obat IV ceftiaxone	

		Digoxin Furosemide Lansoprazole
	15.00	Hasil: Klien merasa tenang saat sudah meminum obat. 6. Memantau TTV
	15.15	**Hasil:** TD 145/90 mmHg, N : 92 X/menit R : 21 X/menit S: 36,7 C 7. Mengindefikasi tanda/gejala penurunan curah jantung **Hasil:** Klien mengatakan sesak terasa namun sedikit 8. Memposisikan semi fowler terhadap klien dengan memperhatikan kenyamanan posisi **Hasil:** Klien mengatakan nyaman dengan posisinya dan sesak terasa sedikit demi sedikit berkurang

e. Evaluasi

Tabel 4.16 evaluasi

No	Tanggal	DP	Evaluasi sumatif	Nama & ttd
Pasien 1	18 – 12 – 2025 08.00	I	S: klien mengatakan sudah tidak ada sesak O: klien sudah tidak lemas TD: 131/113 mmHg S: 36c N: 109 x/menit RR: 20 x/menit A: masalah teratasi P: hentikan intervensi	 Ajengchyntia
Pasien 2	19 – 12 – 2025 08.00	I	S: klien masih merasakan sesak O: klien terlihat terbaring lemas TD: 135/111 mmHg S: 36,5c N: 100 x/menit RR: 21 x/menit A: masalah belum teratasi P: lanjutkan intervensi	 ajengchyntia

4.2 Pembahasan

Pada bab ini, peneliti menguraikan analisis mengenai kesesuaian maupun perbedaan antara landasan teori dengan hasil pelaksanaan asuhan keperawatan pada dua pasien yang memiliki diagnosis medis *Congestive Heart Failure (CHF)* di ruang perawatan. Pembahasan mencakup beberapa tahapan proses keperawatan, yaitu pengkajian, penetapan diagnosis keperawatan, penyusunan intervensi, pelaksanaan implementasi, serta evaluasi keperawatan.

4.2.1 Pengkajian

Berdasarkan hasil pengkajian yang telah dilaksanakan terhadap dua pasien dengan diagnosis medis *Congestive Heart Failure (CHF)*, diperoleh berbagai data subjektif dan objektif yang selanjutnya digunakan sebagai dasar dalam menentukan permasalahan keperawatan serta menyusun rencana asuhan keperawatan sesuai dengan kondisi masing-masing pasien., adanya perbedaan pada pengkajian yaitu pada pasien 1 terdapat pusing namun pada pasien 2 tidak terdapat pusing. Pusing pada pasien 1 dirasakan seperti sedang berputar – putar.

Pada pemeriksaan tanda-tanda vital mengungkap status perfusi yang berada pada dua ekstrem berbeda. Tn. U menunjukkan profil gagal jantung kongestif dengan manifestasi hiperdinamik, ditandai oleh tekanan darah hipertensif (147/104 mmHg) dan takikardia masif (112 kali/menit). Secara patofisiologis, kondisi ini

mencerminkan aktivasi sistem saraf simpatis dan sistem *renin-angiotensin-aldosteron (RAAS)* yang *overdrive* atau bekerja terlampau keras. Tujuan awal kompensasi ini adalah mempertahankan curah jantung; namun, efek vasokonstriksi perifer yang terjadi justru meningkatkan *afterload* (tahanan vaskular sistemik) secara eksesif. Takikardia pada Tn. U memperpendek waktu fase diastolik, yang secara krusial menurunkan waktu pengisian koroner miokardium dan memperparah iskemia jaringan jantung (Katz, 2010) Perbedaan paling fundamentalnya terletak kepada pengkajian awal yang berada di status perfusi juga kelistrikan jantung. T.n U memperlihatkan Kontras dengan kondisi tersebut, Tn. A datang dengan presentasi hipodinamik yang mengarah pada syok kardiogenik ringan. Tekanan darahnya jatuh ke angka 93/57 mmHg, disertai dengan laju nadi yang lambat untuk ukuran gagal jantung, yakni 61 kali/menit. Hipotensi absolut ini menandakan kegagalan pompa intrinsik ventrikel kiri yang tidak lagi mampu diatasi oleh mekanisme kompensasi tubuh, memicu kolapsnya tekanan perfusi organ vital

Perbedaan Signifikan pada Elektrofisiologi Jantung Hasil perekaman elektrokardiogram (EKG) memberikan jawaban atas divergensi hemodinamik tersebut. EKG Tn. U menunjukkan *Sinus Tachycardia* dengan bukti iskemia di otot jantung bagian inferior. Irama sinus menunjukkan bahwa *pacemaker* utama (nodus SA) masih memegang kendali, namun merespons stres iskemik dengan

memompa lebih cepat. Pada sisi lainnya, terdapat temuan EKG pada Tn. A sangat diagnostik: *Atrial Fibrillation* (AF). Kehadiran fibrilasi atrium mengubah total dinamika pengisian ventrikel. Dalam fisiologi kardiovaskular normal, kontraksi atrium pada akhir diastole (dikenal sebagai *atrial kick*) menyumbang sekitar 20% hingga 30% dari total volume akhir diastolik ventrikel (Hinkle & Cheever, 2018). Pada AF, atrium hanya bergetar tanpa menghasilkan kontraksi yang terkoordinasi. Hilangnya *atrial kick* ini secara langsung menyebabkan penurunan volume sekuncup (*stroke volume*), yang bermanifestasi sebagai hipotensi akut dan ancaman syok distributif pada Tn. A.

Latar belakang riwayat penyakit memperburuk presentasi klinis dengan cara yang berbeda. Tn. U memiliki riwayat asma bronkial, yang secara langsung berkaitan dengan temuan auskultasi berupa suara napas *wheezing* dan produksi batuk berbuih. Interaksi antara edema interstitial paru kardiogenik dan hiperreaktivitas bronkus (asma) menciptakan kondisi penyempitan jalan napas yang kompleks. Selain itu, kongesti vena sistemik pada Tn. U termanifestasi melalui edema ekstremitas bawah dengan kedalaman 3 cm.

Pada kasus Tn. A, komorbiditas yang mendasari adalah riwayat *stroke* sejak tahun 2018. Pasien datang ke unit gawat darurat dengan keluhan utama sinkop (pingsan) secara mendadak saat sedang makan. Sinkop ini merupakan konsekuensi logis dari

penurunan curah jantung (*low output syndrome*) akibat AF, di mana otak mengalami hipoperfusi akut sesaat. Derajat kongesti sistemik pada Tn. A juga terukur lebih parah, dibuktikan dengan edema perifer sedalam 5 cm yang mengindikasikan bendungan vena sentral dan gagal jantung kanan yang lebih progresif.

4.2.2 Diagnosa keperawatan

Data pengkajian masuk dalam diagnosa keprawatan merepresentasikan prioritas klinik yang sangatlah spesifik. Perbedaan yang sangat esensial berada pada justifikasi ditegakkannya diagnosa intoleransi aktivitas.

a. Landasan Penegakan Diagnosa Intoleransi Aktivitas (D.0056) pada Pasien 1 Perumusan diagnosa Intoleransi Aktivitas pada Tn. U didasarkan pada manifestasi kelemahan muskuloskeletal yang terukur dan membatasi *Activities of Daily Living* (ADL). Pasien secara absolut tidak mampu bermobilisasi secara mandiri dan harus "dibopong" oleh keluarga. Data objektif memperkuat kondisi ini; tonus otot ekstremitas bawah Tn. U berada pada skala 3/5, yang berarti otot hanya mampu bergerak melawan gravitasi namun gagal menahan tahanan minimal.

   Secara patofisiologis, intoleransi aktivitas pada penderita CHF kronis terjadi akibat hipoperfusi otot skeletal. Formula curah jantung $CO = HR \times SV$ terganggu, takikardia persisten (112 kali/menit) gagal mengkompensasi penurunan volume

sekuncup, sehingga otot rangka kekurangan suplai oksigen perifer. Otot perifer beradaptasi dengan beralih pada glikolisis anaerobik, menghasilkan akumulasi asam laktat intraseluler secara masif. Penumpukan laktat ini secara langsung merusak fungsi mitokondria otot rangka (miopati skeletal kardiogenik), yang bermanifestasi pada kelemahan otot skala 3/5 (Piepoli et al., 2010).

b. Rasionalisasi Ketiadaan Diagnosa Intoleransi Aktivitas di Pasien 2 Kondisinya mengalami perbandingan tebalik dengan kondisi T.n U yang didiagnosa intoleransi aktivitas tidak diangkat pada kasus Tn. A meskipun terdapat riwayat sinkop. Keputusan klinis ini sangat beralasan. Pemeriksaan kekuatan tonus otot Tn. A menunjukkan fungsi motorik yang intak dengan skala 5/5 (kekuatan penuh).

Riwayat pingsan pada Tn. A tidak bersumber dari kelelahan miopati skeletal akibat aktivitas, melainkan akibat krisis hemodinamik akut (hipotensi serebral sekunder dari aritmia *Atrial Fibrillation*). Dengan kata lain, ketidakmampuan beraktivitas pada Tn. A disebabkan oleh ketidakstabilan pasokan darah ke sistem saraf pusat yang bersifat mendadak, bukan karena intoleransi intrinsik otot rangka terhadap aktivitas fisik. Mengangkat diagnosa intoleransi aktivitas pada pasien dengan kekuatan otot 5/5 yang mengalami sinkop kardiovaskular murni akan mengarahkan intervensi

pada rehabilitasi otot, yang tidak relevan dengan kebutuhan *lifesaving* stabilisasi kelistrikan jantung.

4.2.3 Intervensi keperawatan

Setelah diagnosa keperawatan ditegakkan berdasarkan hasil pengkajian, maka tahap selanjutnya adalah penyusunan intervensi keperawatan yang bertujuan untuk mengatasi masalah yang dialami pasien. Berdasarkan data yang diperoleh, intervensi yang direncanakan pada kedua pasien memiliki beberapa persamaan, namun juga terdapat kesenjangan antara teori dan praktik yang dilakukan di lapangan.

Fase perencanaan menurut perawat dan tim medis yang mendesain strategi intervensi *tailor-made.* Kondisi hemodinamik yang memiliki tolak belakang memaksa pendekatan farmakologis dan protektif yang secara penuh berbeda. Pemilihan Inotropik vs Profilaksis Tromboemboli Krisis hipotensi dan aritmia pada Tn. A mengarahkan intervensi kolaboratif pada pengembalian kontraktilitas dan pengontrolan irama atrium. Tn. A secara eksklusif mendapatkan terapi Digoxin 0,25 mg. Digoxin menghambat pompa Na+/K+ ATPase di membran sel miokard, yang secara sekunder meningkatkan kalsium intraseluler. Efeknya ganda: inotropik positif

(meningkatkan daya kontraksi ventrikel untuk mengatasi hipotensi 93/57 mmHg) dan kronotropik negatif (memperlambat konduksi nodus atrioventrikular untuk meredam respons ventrikel terhadap AF) (Brunton et al., 2017)

Terapi Digoxin tidak diindikasikan bagi Tn. U karena masalah utamanya adalah iskemia dan takikardia reaktif, bukan kelemahan pompa dengan aritmia supraventrikular. Fokus intervensi medis Tn. U justru beralih pada pencegahan komplikasi imobilitas melalui pemberian antikoagulan profilaksis, Fondaparinux 2.5 mg. Tn. U terperangkap dalam *Triad Virchow*: stasis aliran darah vena (akibat edema 3 cm dan imobilitas total dengan otot 3/5), cedera endotel (akibat hipertensi 147/104 mmHg), dan hiperkoagulabilitas. Tanpa intervensi Fondaparinux, Tn. U berisiko fatal mengalami *Deep Vein Thrombosis* (DVT) yang dapat berlanjut menjadi emboli paru (Loscalzo, 2013).

Kedua pasien diprogramkan intervensi diuretik *loop* (Furosemide) untuk mengatasi edema dan *volume overload*. Namun, pengawasan keperawatan dirancang berbeda. Pada Tn. U, target intervensi adalah menurunkan volume *preload* darah guna mengurangi *afterload* dan menurunkan tekanan darah hipertensifnya. Sebaliknya, perencanaan intervensi pada Tn. A membutuhkan kewaspadaan ekstra tingkat tinggi. Pemberian Furosemide (2x40 mg) pada pasien yang sejak awal datang

dengan tekanan darah 93/57 mmHg sangat berisiko memicu syok hipovolemik iatrogenik. Oleh karena itu, intervensi pemberian cairan rumatan (NaCl 0,9%) diatur sangat lambat dan stabil (12 tetes/menit) sebagai penyeimbang cairan yang diekskresikan, mencegah kolaps vaskular lebih lanjut.

4.2.4 Implementasi

Meskipun manifestasi klinis dan kondisi hemodinamik awal antara Tn. U (Pasien 1) dan Tn. A (Pasien 2) menunjukkan divergensi yang signifikan, perawat tetap mengeksekusi sejumlah tindakan keperawatan yang identik pada fase implementasi. Persamaan implementasi ini didasarkan pada prinsip standar perawatan penatalaksanaan sindrom gagal jantung akut, di mana fokus utamanya adalah menurunkan beban kerja miokardium, mengoptimalkan oksigenasi jaringan, serta mencegah akumulasi cairan yang mengancam nyawa (McDonagh et al., 2021). Sebagai langkah observasi fundamental, perawat secara rutin memantau hemodinamik non-invasif yang mencakup pengukuran tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi pernapasan, suhu tubuh, serta saturasi oksigen (SpO2) pada kedua pasien. Pemantauan tanda-tanda vital secara berkala ini merupakan implementasi esensial karena status sirkulasi pasien gagal jantung dapat berubah secara dinamis

dalam hitungan menit akibat kegagalan ventrikel kiri menoleransi fluktuasi volume akhir diastolik maupun tahanan vaskular (Black & Hawks, 2014). Pada Tn. U, pemantauan ini berfungsi menilai apakah takikardia dan hipertensinya mulai mereda pasca-terapi, sementara pada Tn. A, tindakan ini bertindak sebagai detektor dini untuk memastikan hipotensinya tidak tergelincir menjadi syok kardiogenik ireversibel. Selain itu, pemantauan saturasi oksigen dilakukan untuk mendeteksi hipoksia jaringan secara aktual sebelum tanda sianosis perifer muncul, mengingat edema interstitial paru selalu mengancam proses difusi gas di membran alveolus-kapiler (Hall & Hall, 2020).

Pada hal intervensi mandiri keperawatan, perawat mengimplementasikan pengaturan posisi terapeutik semi-Fowler dengan elevasi kepala dan dada setinggi 30 hingga 45 derajat, yang mana kedua pasien melaporkan respons kenyamanan yang positif terhadap posisi ini pada lembar observasi. Posisi semi-Fowler merupakan intervensi non-farmakologis yang paling teruji secara klinis untuk mengatasi ortopnea pada penderita kelebihan volume sirkulasi. Melalui eksploitasi gaya gravitasi bumi, organ-organ viseral abdomen akan tertarik ke bawah sehingga tidak memberikan tekanan mekanis pada otot diafragma (Bulechek et al., 2013). Kondisi ini memberikan ruang ekspansi paru yang maksimal dan

meningkatkan kapasitas vital pernapasan. Secara kardiovaskular, posisi ini memicu pengumpulan darah sementara di area splanknik dan ekstremitas bawah, yang secara fisiologis menurunkan aliran balik vena menuju atrium kanan (Smeltzer & Bare, 2018). Penurunan beban cairan awal ini pada akhirnya mengurangi regangan serabut miokardium yang sudah mengalami kegagalan, sehingga kerja pompa ventrikel kedua pasien menjadi jauh lebih ringan. Bersamaan dengan pengaturan posisi, perawat juga mengeksekusi pemberian suplementasi oksigen melalui perangkat nasal kanul dengan laju aliran rendah sebesar 3 liter per menit untuk Tn. U dan Tn. A. Tindakan ini merespons kondisi hipoksia jaringan sekunder akibat kongesti paru yang ditandai dengan adanya retraksi dinding dada pada kedua pasien saat masuk rumah sakit. Suplementasi oksigen ini secara langsung mendongkrak fraksi oksigen inspirasi (FiO2) guna memaksa molekul oksigen menembus penumpukan cairan di ruang interstitial, sehingga metabolisme anaerob seluler dapat ditekan dan beban metabolik jantung secara keseluruhan berkurang (Hall & Hall, 2020).

Selanjutnya, persamaan implementasi yang tak kalah krusial terletak pada manajemen keseimbangan cairan dan kolaborasi farmakologis diuretik. Perawat secara disiplin memantau asupan cairan dan volume keluaran urine, serta berkolaborasi memberikan injeksi Furosemide dosis 2x40 mg secara intravena

kepada kedua pasien tersebut. Mengingat retensi natrium dan air adalah patofisiologi universal pada gagal jantung akibat hiperaktivasi hormon aldosteron, pencatatan cairan ini mutlak dilakukan untuk menjamin pasien berada pada status keseimbangan cairan yang negatif (Black & Hawks, 2014). Furosemide sebagai agen diuretik kuat bekerja dengan cara menghambat kotransporter ion pada lengkung Henle asenden di ginjal, memicu efek pembuangan cairan masif yang dibuktikan dengan frekuensi berkemih kedua pasien yang mencapai 7 hingga 8 kali sehari selama perawatan. Proses diuresis yang diagresifkan ini secara mekanis memobilisasi cairan bengkak dari ruang jaringan perifer kembali ke kompartemen intravaskular untuk segera diekskresikan. Luaran klinis dari implementasi paralel ini adalah menyusutnya volume sirkulasi darah sistemik dan menurunnya tekanan hidrostatis kapiler pulmonal, sehingga keluhan sesak napas pada Tn. U maupun Tn. A dapat teratasi secara simultan pada tahap evaluasi (McDonagh et al., 2021).

Implementasi asuhan menguji kemampuan perawat guna dieksekusinya tindakan dengan fleksibilitas yang adaptif kepada respons klinis *real-time* pasien. Implementasi pada sistem respirasi menjadi titik perbedaan utama. Perawat secara agresif memberikan terapi inhalasi menggunakan Nebulizer (kombinasi Budesonide dan Meptin) khusus untuk Tn. U. Keputusan klinis

ini merupakan penanganan langsung terhadap riwayat asma dan *wheezing* yang memperparah kongesti parunya. Budesonide bekerja sebagai kortikosteroid lokal yang meredam inflamasi bronkus. Meptin (mengandung Procaterol) adalah agonis reseptor beta-2 yang memicu bronkodilatasi. Pelaksanaan tindakan ini menuntut observasi ketat karena obat golongan agonis beta-2 memiliki efek samping stimulasi takikardia. Memberikan Meptin pada Tn. U yang sudah mengalami takikardia 112 kali/menit adalah *calculated risk* (risiko yang diperhitungkan) untuk membuka jalan napas, menuntut perawat memonitor EKG secara berkesinambungan.

Kondisi sebaliknya terjadi pada Tn. A. Tidak ada catatan pemberian terapi nebulizer dalam pelaksanaan asuhan keperawatannya. Hal ini sangat logis; sesak napas yang dialami Tn. A murni akibat hipoperfusi kardiogenik sekunder dari AF dan hipotensi. Tidak terdapat hiperreaktivitas otot polos bronkus yang mengharuskan pemberian bronkodilator. Eksekusi tindakan pada Tn. A secara presisi difokuskan pada pemantauan tanda-tanda vital setiap usai pemberian obat inotropik (Digoxin) dan penarikan cairan (Furosemide).

Sesuai dengan diagnosa intoleransi aktivitas, implementasi pada Tn. U melibatkan manajemen energi secara komprehensif. Perawat memfasilitasi setiap

perubahan posisi (dari supine ke semi-Fowler) dan kebutuhan ADL dasar untuk meminimalkan *oxygen demand* berlebih yang dapat memperburuk kondisi iskemia otot jantung bawahnya. Pembersihan jalan napas dengan instruksi batuk efektif juga diimplementasikan agar eksudat berbuih dapat dikeluarkan tanpa menghabiskan energi yang masif. Implementasi mobilitas Tn. A tidak memerlukan pembatasan ketat seperti Tn. U, mengingat tonus motoriknya intak dan ancaman utamanya adalah defisit neurologis berulang.

4.2.5 Evaluasi keperawatan

Tahap evaluasi sumatif pada hari rawat ketiga (19-20 Desember 2025) menggambarkan lintasan pemulihan yang divergen. Adaptasi otot miokardium terhadap seluruh intervensi medis menunjukkan bahwa kerusakan fisiologis pada kedua pasien memiliki luaran waktu yang berbeda.

Tn. A mendemonstrasikan perbaikan stabilitas hemodinamik yang luar biasa. Hipotensi ekstrem yang awalnya 93/57 mmHg terkoreksi secara signifikan mencapai angka 135/111 mmHg. Laju denyut nadi yang dikontrol juga stabil di angka 100 kali/menit. Kenaikan tekanan sistolik yang mencapai lebih dari

40 mmHg ini membuktikan bahwa intervensi Digoxin dan posisi terapeutik berhasil mengembalikan efisiensi curah jantung. Risiko syok kardiogenik berhasil dihindari sepenuhnya.

Sebaliknya, parameter kardiovaskular Tn. U belum mencapai target resolusi optimal. Tekanan darah sistoliknya turun menjadi 131 mmHg, namun tekanan diastoliknya menetap pada angka abnormal, yaitu 113 mmHg. Hipertensi diastolik absolut ini mengindikasikan vasokonstriksi perifer persisten; otot polos pembuluh darah gagal berelaksasi, mempertahankan *afterload* tinggi yang membebani ventrikel kiri. Selain itu, kondisi takikardia tidak terselesaikan secara tuntas (masih berada pada laju 109 kali/menit). Ini membuktikan bahwa mekanisme kompensasi simpatik Tn. U masih berada dalam keadaan aktif, gagal kembali ke fase istirahat (parasimpatis).

Pada aspek respirasi, kedua pasien mencapai target evaluasi dengan sempurna. Produksi sputum bersih, tidak ada *wheezing*, dan saturasi oksigen Tn. U menyentuh angka 99% tanpa suplementasi oksigen tambahan, sehingga terapi nebulizer dihentikan total. Tn. A juga terbebas dari keluhan sesak napas saat berbaring terlentang. Namun, disparitas evaluasi akhir tampak pada pemulihan fisik. Tn. U dilaporkan belum mampu meregangkan otot untuk berjalan secara mandiri, masih harus sepenuhnya dibantu keluarga. Retensi cairan interstitium tidak menunjukkan penyusutan berarti, terukur menetap pada

kedalaman edema +3, dan kapasitas otot ekstremitas terkunci pada defisit fungsional 3/5. Bukti evaluasi ini menegaskan argumen klinis bahwa masalah Tn. U (intoleransi aktivitas) bersifat degeneratif struktural kronis. Meskipun fase akut krisis pernapasan berhasil dilewati, Tn. U membutuhkan fase rawat jalan kardiovaskular sekunder dan rehabilitasi fisik yang berkepanjangan untuk memperbaiki fungsi otot rangka dan remodeling miokardium.

Secara keseluruhan, pelaksanaan asuhan keperawatan pada Tn. U dan Tn. A di Ruang Cempaka RSUD Majalaya menggarisbawahi kompleksitas penanganan klinis pada pasien dengan *Congestive Heart Failure* (CHF). Meskipun kedua pasien berbagi diagnosis medis utama yang sama dengan fokus masalah keperawatan risiko penurunan curah jantung, analisis mendalam dari tahap pengkajian hingga evaluasi membuktikan bahwa gagal jantung kongestif bukanlah entitas penyakit yang seragam dengan pendekatan penanganan yang tunggal. Kasus ini mendemonstrasikan bagaimana perawat klinis dihadapkan pada dua spektrum kegagalan pompa miokardium yang sangat kontras, sehingga menuntut kemampuan berpikir kritis dalam merancang dan mengeksekusi asuhan yang dipersonalisasi (*tailor-made*).

Pada tahap pengkajian dan penegakan diagnosa, teridentifikasi divergensi patofisiologis yang sangat tajam antara

kedua pasien. Tn. U merepresentasikan fenotipe gagal jantung hiperdinamik dengan beban komorbiditas asma, yang ditandai oleh manifestasi hipertensi persisten (147/104 mmHg), takikardia masif (112 kali/menit), serta degradasi fungsional muskuloskeletal yang terukur pada skala kekuatan otot 3/5. Kompleksitas ini memaksa perawat untuk mengangkat diagnosa tambahan yang esensial, yakni intoleransi aktivitas. Sebaliknya, Tn. A datang dengan profil hipodinamik yang berada di ambang krisis; ditandai oleh syok hipotensif (93/57 mmHg), riwayat sinkop mendadak, aritmia *atrial fibrillation*, dan kongesti vena sistemik profunda berupa edema 5 cm, namun dengan fungsi motorik yang intak pada skala 5/5. Perbedaan fundamental pada fase diagnostik ini membuktikan bahwa respons kompensasi tubuh terhadap kegagalan ventrikel kiri sangat bergantung pada stabilitas kelistrikan jantung dan rekam jejak penyakit penyerta individu.

Memasuki fase intervensi dan implementasi, perawat mendemonstrasikan perpaduan strategis antara penerapan standar perawatan universal (*Standard of Care*) dan pendekatan penanganan spesifik. Sebagai penatalaksanaan dasar (*basic life support*) pada sindrom gagal jantung akut, kedua pasien secara mutlak menerima implementasi yang identik. Tindakan tersebut meliputi pemantauan hemodinamik secara ketat, pengaturan posisi terapeutik semi-Fowler untuk meringankan beban

diafragma dan memaksimalkan ekspansi paru, pemberian suplementasi oksigen nasal kanul 3 lpm guna memutus rantai hipoksia jaringan, serta kolaborasi pemberian diuretik *loop* (Furosemide) guna mereduksi cairan edema. Namun, kondisi patologis yang spesifik menuntut eksekusi tindakan kolaboratif yang terpersonalisasi. Pada Tn. U, implementasi secara agresif diarahkan pada pembersihan eksudat jalan napas melalui pemberian terapi nebulizer, serta pemberian antikoagulan profilaksis (Fondaparinux) untuk mencegah komplikasi tromboemboli sekunder akibat kelemahan fisiknya. Di kutub yang berlawanan, krisis hipotensi pada Tn. A membutuhkan intervensi farmakologis berupa agen inotropik (Digoxin) guna memperbaiki kontraktilitas, yang diimbangi dengan manajemen cairan infus secara sangat berhati-hati untuk mencegah perburukan syok kardiogenik iatrogenik.

Hasil evaluasi sumatif pada akhir masa perawatan memperlihatkan lintasan pemulihan (*recovery trajectory*) yang sejalan dengan tingkat keparahan patofisiologis awal. Tn. A menunjukkan resolusi kardiovaskular yang sangat memuaskan; krisis hipotensinya berhasil dikoreksi secara signifikan dengan pencapaian tekanan darah 135/111 mmHg pada hari ketiga. Hal ini membuktikan bahwa kombinasi intervensi inotropik, diuresis, dan restriksi posisi berespons sangat positif dalam mendongkrak kembali curah jantungnya tanpa memunculkan

komplikasi kelemahan lanjutan. Sebaliknya, meskipun Tn. U berhasil mencapai target resolusi respiratori secara gemilang ditandai dengan hilangnya suara *wheezing* dan pencapaian saturasi oksigen hingga 99% pada suhu ruang stabilitas vaskular dan muskuloskeletalnya masih tertinggal secara signifikan. Persistensi hipertensi diastolik yang masih kaku di angka 113 mmHg, sisa laju jantung yang takikardia (109 kali/menit), serta menetapnya kelemahan otot 3/5 mengindikasikan bahwa kerusakan pada Tn. U bersifat lebih struktural dan degeneratif.

Sebagai sintesis konklusif dari seluruh rangkaian proses asuhan keperawatan ini, dapat ditarik benang merah bahwa penatalaksanaan pasien CHF dengan risiko penurunan curah jantung tidak dapat diaplikasikan secara kaku (*one-size-fits-all*). Keberhasilan perbaikan klinis sangat bergantung pada ketajaman perawat dalam melakukan pengkajian untuk memetakan fenotipe kegagalan sirkulasi, keluwesan dalam merancang intervensi kolaboratif farmakologis maupun non-farmakologis yang spesifik, serta kedisiplinan tingkat tinggi dalam mengeksekusi dan mengevaluasi respons pasien terhadap setiap tetes cairan dan obat yang diberikan. Perbedaan luaran akhir antara Tn. U dan Tn. A sekaligus menegaskan bahwa sebagian pasien mungkin hanya memerlukan stabilisasi krisis akut, sementara pasien lainnya diwajibkan untuk menjalani