

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA LANSIA DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN GANGGUAN PERTUKARAN GAS DENGAN DIAGNOSA MEDIS
CONGESTIVE HEART FAILURE (CHF) DI RUANG BOUGENVILE UPTD GRIYA
WERDHA JAMBANGAN KOTA SURABAYA**

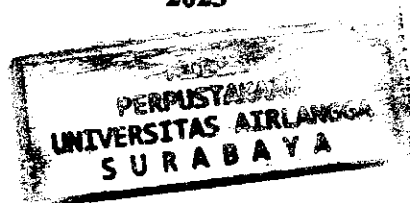
STUDI KASUS TUNGGAL

**Karya Ilmiah Akhir pada Program Pendidikan Profesi Ners
pada Program Studi Keperawatan Fakultas Keperawatan UNAIR**



**Chritin Natalia Kore Mega
NIM. 132229136**

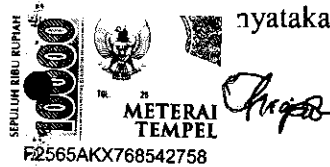
**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2023**



SURAT PERNYATAAN ORIGINALITAS

Saya bersumpah bahwa karya ilmiah akhir ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi manapun.

Surabaya, Oktober 2023



Christin Natalia Kore Mega,S.Kep
NIM. 132229136

HALAMAN PERNYATAAN

PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai civitas akademik Universitas Airlangga, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Christin Natalia Kore Mega,S.Kep

NIM :

Program Studi : Pendidikan Ners

Fakultas : Keperawatan

Jenis Karya : Karya Ilmiah Akhir Ners

Demi pengembangan pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Airlangga **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (Non-exclusiv Royalty-Free Right)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

“Asuhan Keperawatan Pada Lansia Dengan Masalah Keperawatan Gangguan Pertukaran Gas Dengan Diagnosa Medis *Congestive Heart Failure (CHF)* Di Ruang Bougenvile UPTD Griya Werdha Jambangan Kota Surabaya”.

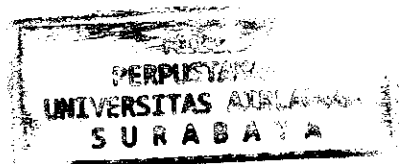
Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalty Noneksklusif ini Universitas Airlangga berhak menyimpan, Alihmedia,(formatn), mengelolah dalam bentuk pangkalan data (database), merawat, dan mempublikasikan tugas akhirnya saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai publikasi/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya

Surabaya, Oktober 2023

Yang Menyatakan

Christin Natalia Kore Mega,S.Kep

NIM 132229136



LEMBAR PENGESAHAN

PEMBIMBING KARYA ILMIAH AKHIR NERS

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA LANSIA DENGAN MASALAH KEPERAWATAN
GANGGUAN PERTUKARAN GAS DENGAN DIAGNOSA MEDIS CONGESTIVE
HEART FAILURE (CHF) DI RUANG BOUGENVILE UPTD GRIYA WERDHA
JAMBANGAN KOTA SURABAYA**

STUDI KASUS TUNGGAL

Christin Natalia Kore Mega,S.Kep
NIM. 132229136

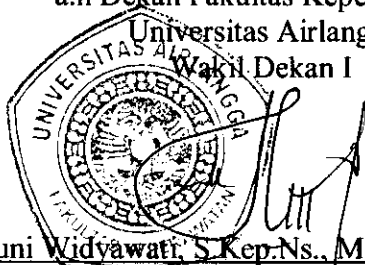
KARYA ILMIAH AKHIR NERS INI TELAH DISETUJUI
PADA TANGGAL, 24 Oktober 2023

Oleh
Pembimbing



Elida Ulfiana, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP.19791013 201012 2 001

Mengetahui,
a.n Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Airlangga
Wakil Dekan I



Dr. Ika Yuni Widayawati, S.Kep.Ns., M.Kep., Ns.Sp.Kep.MB.
NIP. 197806052008122001

KARYA ILMIAH AKHIR
ASUHAN KEPERAWATAN PADA LANSIA DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN GANGGUAN PERTUKARAN GAS DENGAN
DIAGNOSA MEDIS CONGESTIVE HEART FAILURE (CHF)
DI RUANG BOUGENVILE UPTD GRIYA WERDHA JAMBANGAN
KOTA SURABAYA

Christin Natalia Kore Mega,S.Kep
NIM. 132229136

Telah Diuji

Pada Tanggal, 27 November
2023

PANITIA PENGUJI

Ketua : Dr. Abu Bakar, M.Kep.,Ns.Sp.Kep.MB
NIP. 198004272009121002



Penguji : Elida Ulfiana, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP. 19791013 201012 2 001



Mengetahui,
a.n Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Airlangga
Wakil Dekan I



Dr. Ika Yuni Widawati, S.Kep.Ns., M.Kep., Ns.Sp.Kep.MB.
NIP. 197806052008122001

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji dan syukur kami panjatkan kehadirat Om Hyang Widhi Wasa Berkat rahmat dan bimbinganNya kami dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ners dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Lansia Dengan Masalah Keperawatan Gangguan Pertukaran Gas Dengan Diagnosa Medis *Congestive Heart Failure (CHF)* Di Ruang Bougenvile UPTD Griya Werdha Jambangan Kota Surabaya”**. Karya ilmiah akhir ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar profesi Ners (Ns) pada Program Studi Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Ucapan terimakasih sebesar-besarnya penulis ucapkan kepada Ny. Leginem dan keluarga yang telah bersedia memberikan informasi tentang riwayat penyakit yang dialaminya demi kelengkapan data dalam penulisan Karya Ilmiah Akhir (KIA) ini.

Bersama ini perkenankanlah saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada:

1. Prof. Dr. Ah Yusuf, S.Kp.,M.Kes selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan banyak motivasi dan saran.
2. Dr. Ika Yuni Widyawati, S.Kep.Ns., M.Kep., Ns.Sp.Kep.MB selaku Wakil Dekan I Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.
3. Elida Ulfiana, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku pembimbing yang telah meluangkan waktunya untuk memberikan motivasi, pengarahan, dan masukan dalam penyusunan karya ilmiah akhir ners ini.
4. Kepala UPTD Panti Werdha Jambangan Surabaya yang telah memberikan ijin kepada peneliti untuk melakukan penelitian di panti tersebut.

5. Nyonya Leginem yang telah bersedia meluangkan waktunya untuk bersedia memberi data yang saya perlukan selama proses penyelesaian studi kasus ini.
6. Seluruh Staff dosen dan Karyawan Program Studi Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.
7. Keluarga tercinta terutama suami dan anak – anak tersayang, yang telah memberikan kasih sayang, doa, dukungan, dan semangat kepada peneliti.
8. Teman-teman seperjuangan yang selalu memberikan semangat dan motivasi serta dukungan selama proses penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini.
9. Semua pihak yang namanya tidak dapat disebutkan satu per satu, yang telah meluangkan waktu untuk membantu dan memberikan dorongan atas terselesainya karya ilmiah akhir ners ini.

Semoga Om Hyang Widhi Wasa membalas budi baik semua pihak yang telah memberikan kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan karya ilmiah akhir ners ini jauh dari sempurna, tetapi kami berharap karya ilmiah akhir ners ini bermanfaat bagi pembaca dan bagi keperawatan.

Surabaya, Oktober 2023

Penulis

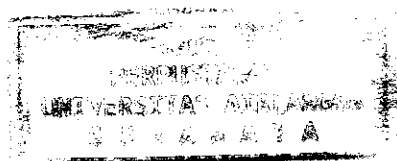
ABSTRAK
ASUHAN KEPERAWATAN PADA LANSIA DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN GANGGUAN PERTUKARAN GAS DENGAN
DIAGNOSA MEDIS CONGESTIVE HEART FAILURE (CHF) DI
RUANG BOUGENVILE UPTD GRIYA WERDHA JAMBANGAN
KOTA SURABAYA

Christin Natalia Kore Mega

Mahasiswa Sarjana Keperawatan, Fakultas Keperawatan, Universitas Airlangga,
Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913752, Fax (031) 5913257
E-mail : christinmega25@gmail.com

Pendahuluan : Pada lansia terjadi proses perubahan berupa kemunduran seperti jumlah otot berkurang, otot-otot jantung mengalami degeneratif (masalah pada sistem kardiovaskuler), pembuluh darah mengalami kekakuan, tulang menjadi keropos, menurunnya daya ingat, penglihatan dan pendengaran mulai berkurang jantung merupakan suatu sindrom klinis yang ditandai dengan dispnea dan sesak napas yang disebabkan oleh beberapa bentuk gangguan fungsi jantung. Penelitian bertujuan untuk menjelaskan asuhan keperawatan medikal bedah pada lansia yang mendapatkan perawatan gerontik di UPTD Panti Werdha Jambangan Surabaya meliputi pengaturan posisi tempat tidur dan melakukan latihan napas dalam. **Tujuan** penelitian ini adalah untuk menerapkan penerapan posisi semi Fowler dan latihan napas dalam pada lansia dengan pola pernafasan tidak efektif pada pasien gagal jantung kongestif. **Metode:** penelitian ini adalah studi kasus dengan kasus tunggal. Responden penelitian adalah lansia dengan pola napas tidak efektif. Instrumen yang digunakan adalah format asuhan keperawatan lansia model carol A. miller yang meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi. **Hasil:** penelitian menemukan bahwa usia klien 80 tahun dengan pola napas tidak efektif, sesak napas, dan mudah lelah. Diagnosa keperawatan yang diangkat adalah pola napas tidak efektif. Intervensi dilakukan sesuai dengan SIKI dengan terapi pemberian posisi semi fowler dan latihan pernafasan dalam. **Diskusi:** Setelah dilakukan implementasi 3x24 jam keseluruhan diagnosa keperawatan telah teratasi, pola napas membaik, tanda dyspnea menurun dan frekuensi pernafasan membaik. Pemberian terapi posisi semi fowler dan latihan pernafasan dalam perlu dilakukan secara kontinu dengan pengawasan petugas pendamping.

Kata kunci : Asuhan keperawatan lansia, pola napas tidak efektif, posisi semi fowler - fowler, latihan pernafasan dalam, *cardiac heart failure*



ABSTRACT

*NURSING CARE FOR THE ELDERLY WITH WITH IMPAIRED GAS WITH
MEDIS DIAGNOSIS A CONGESTIVE HEART FAILURE IN THE
BOUGENVILE ROOM UPTD GRIYA WERDHA JAMBANGAN
SURABAYA CITY*

Single Case Study

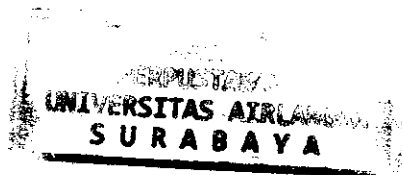
Christin Natalia Kore Mega

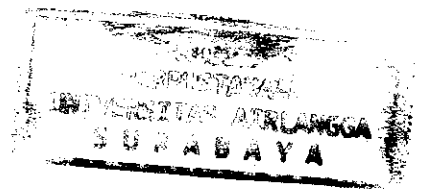
Mahasiswa Sarjana Keperawatan , Fakultas Keperawatan, Universitas Airlangga,
Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913752, Fax (031) 5913257

E-mail : christinmega25@gmail.com

Introduction: In the elderly there is a process of change in the form of deterioration such as the number of muscles decreases, the heart muscles become degenerative (problems with the cardiovascular system), the blood vessels become stiff, the bones become porous, memory decreases, vision and hearing begin to decrease. The heart is a clinical syndrome which is characterized by dyspnea and shortness of breath caused by several forms of heart function disorders. The research aims to explain medical-surgical nursing care for the elderly who receive gerontic care at the UPTD Panti Nursing Home Jambangan Surabaya, including arranging bed positions and doing deep breathing exercises. The aim of this study was to apply the semi-Fowler position and deep breathing exercises to elderly people with ineffective breathing patterns in patients with congestive heart failure. **Method:** this research is a case study with a single case. The research respondents were elderly people with ineffective breathing patterns. The instrument used is the Carol A.Miller model of elderly nursing care format which includes assessment, diagnosis, intervention, implementation and evaluation. **Results:** research found that the client was 80 years old with ineffective breathing patterns, shortness of breath, and tired easily. The nursing diagnosis raised was ineffective breathing pattern. The intervention was carried out in accordance with SIKI with semi-Fowler position therapy and deep breathing exercises. **Discussion:** After implementing 3x24 hours, all nursing diagnoses have been resolved, breathing patterns have improved, signs of dyspnea have decreased and respiratory frequency has improved. The provision of semi-Fowler position therapy and deep breathing exercises needs to be carried out continuously with the supervision of accompanying staff.

Key words: Elderly nursing care, ineffective breathing patterns, semi-fowler - fowler position, deep breathing exercises, cardiac heart failure.





DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PRASYARAT GELAR	i
SURAT PERNYATAAN ORIGINALITAS	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
PEMBIMBING KARYA ILMIAH AKHIR NERS.....	iv
UCAPAN TERIMA KASIH.....	vi
ABSTRAK	viii
ABSTRACT	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xv
DAFTAR SINGKATAN, ISTILAH DAN LAMBANG.....	xvi
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Tujuan Penulisan	6
1.2.1 Tujuan Umum.....	6
1.2.2 Tujuan Khusus.....	6
1.3 Manfaat Penulisan	7
1.3.1 Manfaat Teoritis.....	7
1.3.2 Manfaat Praktis	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	9
2.1 Konsep Lansia.....	9
2.1.1 Definisi	9
2.1.2 Batasan usia pada lansia	10
2.1.3 Teori Proses Penuaan	10
2.1.4 Usia lanjut beresiko yaitu usia 70 tahun ke atas atau usia 60 tahun ke atas dengan masalah kesehatan	11
2.1.5 Ciri – Ciri Lansia.....	12

2.1.6	Perubahan – Perubahan Yang Terjadi Pada Lansia.....	13
2.1.7	Masalah Kesehatan Lansia	17
2.2	Konsep Gagal Jantung Kongestif(<i>Congestive Heart Failure /CHF</i>).....	21
2.2.1	Definisi Gagal Jantung Kongestif (<i>Congestive Heart Failure /CHF</i>).....	21
2.2.2	Etiologi Gagal Jantung Kongestif (<i>Congestive Heart Failure /CHF</i>).....	22
2.2.3	Manifestasi Klinis.....	22
2.2.4	Patofisiologi	24
2.2.5	WOC.....	25
2.2.6	Pemeriksaan Diagnostik	26
2.2.7	Penatalaksanaan	27
2.2.8	Komplikasi	28
2.3	Konsep Gangguan Pertukaran Gas	29
2.4	Konsep Asuhan Keperawatan Pada Lansia <i>Cardiac Heart Failure (CHF)</i> Dengan Masalah Keperawatan Pola Nafas Tidak Efektif	31
2.4.1	Pengkajian	31
2.4.2	Analisis Data	42
2.4.3	Diagnosa Keperawatan.....	43
2.4.4	Intervensi Keperawatan.....	44
2.5	Tinjauan Artikel Ilmiah.....	49
BAB 3 METODE PEMBERIAN ASUHAN KEPERAWATAN.....		53
3.1	Jenis dan Rancangan Asuhan.....	53
3.2	Lokasi dan waktu Asuhan.....	53
3.3	Instrumen Asuhan.....	53
3.4	Subyek Asuhan	54
3.5	Metode Pengumpulan Data.....	54
3.5.1	Tahap persiapan.....	55
3.5.2	Tahap kerja.....	56
3.5.3	Tahap Terminasi.....	57
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN		58
4.1	Hasil.....	58
4.1.1	Gambaran Kasus	58
4.2	Pembahasan	84
4.2.1	Pengkajian	84
4.3.2	Diagnosis Keperawatan.....x.....	85

4.3.3	Intervensi Keperawatan.....	86
4.3.4	Implementasi dan evaluasi keperawatan	88
4.3.5	Evaluasi	90
BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN		92
5.1	Kesimpulan.....	92
5.2	Saran	92
DAFTAR PUSTAKA		94
LAMPIRAN.....		96

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1	Pengkajian.....	59
Tabel 4.2	Hasil Pemeriksaan Diagnostik.....	64
Tabel 4.3	Tingkat kemandirian dalam kehidupan sehari – hari	64
Tabel 4.4	Pengkajian Mini-cog	66
Tabel 4.5	Scoring mini-cog.....	66
Tabel 4.6	Hasil Time Up Go Test	67
Tabel 4.7	Pengkajian Depresi.....	67
Tabel 4.8	Pengkajian determinan nutrisi pada lansia	68
Tabel 4.9	Alat Skrining yang dapat digunakan untuk mengkaji fungsi social lansia.....	69
Tabel 4.10	Pengkajian Kualitas Tidur (PSQI)	70
Tabel 4.11	Cara perhitungan Skor PSQI dan Interpretasi skor	71
Tabel 4.12	Analisis Data pada Ny. L dengan Diagnosis Medis Congestive Heart Failure (CHF) di Ruang Bougenville UPTD Griya Werdha Jambangan, Surabaya	72
Tabel 4.13	Intervensi keperawatan pada Ny. S dengan Diagnosis Medis Gout Arthritis di Ruang Teratai UPTD Griya Werdha Jambangan, Surabaya.....	74
Tabel 4.14	Evaluasi Keperawatan pada Ny. L dengan Diagnosis Medis Congestive Heart Failure (CHF) di Ruang Bougenville UPTD Griya Werdha Jambangan, Surabaya	81

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 WOC gagal jantung.....	25
-----------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Penjelasan penelitian bagi responden.....	95
Lampiran 2	Informed Consent.....	97
Lampiran 3	Satuan Acara Pembelajaran.....	98
Lampiran 4	Leaflet	103
Lampiran 5	SOP Latihan Nafas Dalam.....	105

DAFTAR SINGKATAN, ISTILAH DAN LAMBANG

WHO	:	<i>World Health Organization</i>
CHF	:	<i>Congestive Heart Failure</i>
RISKESDAS	:	Riset Kesehatan Dasar
Ny	:	Nyonya
UPTD	:	Unit Pelaksana Teknis Dinas
PSQI	:	<i>Pittsburgh Sleep Quality Index</i>
RS	:	Rumah Sakit
DNP	:	<i>Dyspnea Nocturnal Paroksimal</i>
DBE	:	<i>Deep Breathing Exercise</i>
SDKI	:	Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia
SLKI	:	Standar Luaran Keperawatan Indonesia
SIKI	:	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia
SMART	:	<i>Spesific, Measure, Arhievable, Rational, Time</i>
RW	:	Rukun Warga
IQ	:	<i>Intelligent Quentient</i>
WOC	:	<i>Web Of Caution</i>
EKG	:	<i>Electrocardiography</i>
CT- Scan	:	<i>Computer Tomography Scam</i>
ROM	:	<i>Range Of Motion</i>
CKD	:	<i>Chronic Kidney Disease</i>
NSTEMI	:	<i>Non ST Segement Elevation Myocardial Infarction</i>
PPOK	:	Penyakit Paru Obstruktif Kronis
ADL	:	<i>Activity Daily Of Living</i>
GDS	:	<i>Geriatric Depression Scale</i>
TUG	:	<i>Time Up Go</i>
MMSE	:	<i>Mini Mental Status Exam</i>
IMT	:	Indeks Massa Tubuh
SPSMQ	:	<i>Short Portable Mental Status Exa,</i>
BUN	:	<i>Blood Ureum Nitrogen</i>
ICS	:	<i>Intercostal Space</i>
SOAP	:	<i>Subject, Object, Assement, Planning</i>
JVP	:	<i>Jugular Venous Pressure</i>

BAB 1
PENDAHULUAN



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Dalam periode kehidupan manusia ada rangkaian tahapan yang harus dilalui oleh setiap manusia. Tahapan tersebut dinamakan daur hidup atau siklus hidup manusia. Siklus hidup manusia dimulai dari masa kehamilan, menyusui, bayi, anak-anak, remaja, dewasa, lanjut usia sampai meninggal dunia. Jadi, dapat dikatakan bahwa lansia merupakan tahap akhir perkembangan daur hidup manusia (Sari, 2019). Pada lansia terjadi proses perubahan berupa kemunduran-kemunduran seperti kulit menjadi lebih tipis dan tidak elastis, rambutrontok dan warnanya mulai memutih, jumlah otot berkurang, otot-otot jantung mengalami degeneratif (masalah pada sistim kardiovaskuler), pembuluh darah mengalami kekakuan, tulang menjadi keropos, menurunnya daya ingat, penglihatan dan pendengaran mulai berkurang, kemunduran kemampuan fisik, dan kemunduran keadaan kesehatan (Tamher, 2019). Akan mengalami berbagai macam masalah yang terkait dengan kesehatannya termasuk mengalami penyakit degeneratif. Penyakit degeneratif umumnya akan menyerang fisik lansia, termasuk menyerang sistem kardiovaskular pada lansia, yang akan mengakibatkan adanya gangguan pada proses kerja jantung, baik itu secara struktural maupun fungsional (Lilik and Budiono, 2021).

Gagal jantung kongestif (CHF) dikenal dengan gagal jantung kongestif ialah suatu kondisi fisiologis jantung tidak dapat memompa darah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik (Pambudi & Widodo, 2020). Gangguan yang menyebabkan penurunan kontraktilitas miokardium dan ventrikel, sebagai

disfungsi diastolik, dapat menyebabkan gagal jantung (disfungsi sistolik) (Yuli Ani, Ahmad Muzaki, 2020). Menurut (WHO) Serangan jantung menyumbang 80% kematian kardiovaskuler dan 17,5 juta orang, atau 31% dari 58 juta kematian, adalah akibat penyakit jantung. (Utomo et al., 2021). Kementerian Kesehatan Indonesia pada 2018, Di Indonesia, prevalensi penyakit gagal jantung berdasarkan diagnosa medis diperkirakan sebesar 1,5% atau sekitar 1.017.290 orang. Provinsi Jawa Timur memiliki jumlah penderita penyakit gagal jantung kedua yaitu 151.878 orang, atau sekitar 1,5% dari total (Riskesdas, 2018). Gagal jantung kongestif dapat disebabkan beberapa faktor. Pertama adalah kelainan otot jantung, yang disebabkan oleh penurunan kontraktilitas jantung (Karson, 2016). Aterosklerosis koroner, tekanan darah tinggi, dan penyakit degeneratif merupakan penyebab utama disfungsi otot. Selain itu, aterosklerosis koroner menyebabkan disfungsi miokard akibat gangguan aliran darah ke miokardium. (Wijaksono, 2020). Terjadi hipoksia dan asidosis (akibat penumpukan asam laktat) (siloamhospitals, 2023). Infark miokardium (kematian sel jantung) biasanya mendahului terjadinya gagal jantung. Peradangan dan penyakit miokardium terkait dengan gagal jantung karena kondisi ini merusak serabut jantung, menyebabkan kontraktilitas jantung menjadi lebih rendah (Utami et al., 2019).

Gagal jantung adalah suatu keadaan ketika jantung tidak mampu mempertahankan sirkulasi yang cukup bagi tubuh, meskipun tekanan pengisian vena normal (Muttaqin, 2012). *Congestive Heart Failure (CHF)* merupakan salah satu penyakit degeneratif dengan kelainan intrinsik pada kontraktilitas miokard yang khas pada gagal jantung akibat penyakit jantung iskemik,

menggangu kemampuan pengosongan ventrikel yang efektif. Kontraktilitas ventrikel kiri yang menurun mengurangi curah sekuncup, dan meningkatkan volume residu ventrikel. Sebagai respon terhadap gagal jantung, terdapat tiga mekanisme primer yang dapat dilihat yaitu: meningkatnya aktivitas adrenergik simpatik, meningkatnya beban awal akibat aktivasi sistem renin angiotensin aldosteron, dan hipertrofi ventrikel (Aspiani,2015). Aspiani (2015) menjelaskan lebih lanjut bahwa gagal jantung dapat terjadi pada bagian kanan (gagal jantung kanan) dan kiri (gagal jantung kiri). Pada gagal jantung kanan dikarenakan ketidakmampuan yang mengakibatkan penimbunan darah dalam atrium kanan, vena kava dan sirkulasi besar. Penimbunan darah di vena hepatica menyebabkan hepatomegali dan kemudian menyebabkan asites. Pada ginjal akan menyebabkan penimbunan air dan natrium sehingga terjadi edema.

Penimbunan secara sistemik selain menimbulkan edema juga meningkatkan tekanan vena jugularis dan pelebaran vena-vena lainnya. Akibatnya tekanan dalam vena pulmonalis, kapiler paru dan arteri pulmonalis meninggi. Bendungan terjadi juga di paru yang akan mengakibatkan edema paru, sesak saat bekerja (*dyspnea d'effort*), atau waktu istirahat (*ortopnea*). Dalam meningkatkan curah jantung, denyut jantung dan kekuatan kontraksi akan meningkat. vasokonstriksi arteri perifer mengurangi aliran darah ke organ yang kurang metabolisme, seperti kulit dan ginjal, sehingga menstabilkan tekanan arteri dan mengubah volume darah. Ini memastikan perfusi yang konsisten ke jantung dan otak (Aspiani, 2014) dalam (Wijaksono, 2020). Tanda gejala yang signifikan, yaitu dispnea, batuk, kelelahan, disfungsi ventrikel, dan kegelisahan yang diakibatkan oleh gangguan oksigenisasi (RS Unair, 2023).

Dispnea, ortopnea, *dyspnea nocturnal paroksimal* (DNP), *obstructive sleep apnea*, dan edema pulmonal adalah gejala lain. Pasien gagal jantung mengalami napas cepat, pernapasan dangkal, dan kesulitan untuk bernapas cukup. Karena posisi pasien terlentang yang menyebabkan gangguan tidur, perpindahan dari jaringan ke dalam kompartemen intravaskular menyebabkan sering terbangundi tengah malam. (Wijayati et al., 2019).

Hasil observasi awal yang dilakukan peneliti pada 08 Mei 2023 di UPTD Griya Werdha Jambangan Kota Surabaya, di Ruang Bougenville dari 12 orang lansia dalam satu kamar, peneliti menemukan sebanyak 1 orang lansia dengan masalah gangguan pertukaran gas dan yang dilakukan pihak panti berupa terapi massage, serta adanya jadwal olahraga dan latihan rutin setiap harinya, namun hasilnya belum maksimal untuk mengatasi gangguan pertukaran gas pada lansia tersebut. Pengaturan posisi adalah posisi tubuh yang dipilih dengan sengaja untuk meningkatkan kesejahteraan atau kenyamanan fisik dan psikologis (Muzaki et al., 2020). Mempersiapkan tempat tidur, memotivasi klien dalam mengubah posisi, memantau kadar oksigen adalah intervensi keperawatan yang dilakukan dalam menempatkan pasien dalam posisi terlentang, menempatkan pasien dalam mode penurunan denyut jantung dengan posisi, seperti posisi semi-Fowler, dan tinggikan jantung 15 derajat atau lebih untuk meningkatkan respons. Menempatkan pasien pada posisi semi-Fowler mengurangi konsumsi oksigen, meningkatkan kompliance paru, dan mengurangi kerusakan pertukaran gas yang disebabkan oleh perubahan pada membran alveolar. Posisi setengah duduk juga akan mengurangi sesak napas sekaligus menambah waktu tidur klien. (Yuli Ani, Ahmad Muzaki, 2020) (Nanda, dalam Wijaksono, 2020).

Posisi semi fowler merupakan posisi yang paling efektif bagi klien yang mengalami gagal jantung dimana kepala dan tubuh dinaikkan dengan derajat kemiringan 45°, hal tersebut dapat membantu pengembangan paru dan mengurangi tekanan dari abdomen ke diafragma. Posisi semi fowler adalah posisi tempat tidur yang meninggikan batang tubuh dan kepala dinaikkan 15 – 45°. Apabila dalam posisi ini, gravitasi menarik diafragma ke bawah, ada kemungkinan ekspansi dada dan ventilasi paru yang lebih besar (Kozier, 2014). Posisi semi fowler membuat oksigen dalam paru meningkat sehingga akan memperingan kesukaran nafas. Posisi ini dipengaruhi oleh gaya gravitasi sehingga oksigen delivery masuk menjadi optimal. Dengan demikian sesak nafas akan berkurang dan proses perbaikan kondisi klien akan lebih cepat. Posisi semi fowler dalam tahapannya menggunakan tehnik napas dalam, untuk itu penulis mengkombinasikan dengan tehnik latihan napas dalam.

Latihan Napas Dalam (*Deep Breathing Exercise*), di mana keluhan utama klien CHF salah satunya adalah sesak nafas. *Deep Breathing Exercise* adalah teknik respirasi yang digunakan untuk mengambil respirasi di bawah kontrol dan membebaskannya. Ini adalah teknik respirasi digunakan untuk mengontrol dyspnea dan menghilangkannya dalam situasi di mana kebutuhan untuk respirasi meningkat selama latihan dan kegiatan sehari-hari. Metode ini digunakan untuk mendapatkan kontrol dan membuat pengosongan alveoli lebih mudah untuk level maksimum selama ekspirasi. Menghirup respirasi melalui bibir dapat meningkatkan pertukaran gas, menurunkan tingkat pernapasan, meningkatkan volume tidal, dan meningkatkan aktivitas otot inspirasi dan ekspirasi. Respirasi ini dapat mengurangi dyspnea dan sering digunakan pada

keadaan akut karena aktivitas, kecemasan, dan gangguan pernafasan (Alkan,etal 2017). Dari angka prevalensi diatas terlihat bahwa ada masalah gangguan pertukaran gas pada lansia yang masih belum ditangani secara maksimal, sehingga akan berdampak pada status kesehatan lansia tersebut saat ini. Penanganan Congestive Heart Failure pada lansia dengan masalah keperawatan gangguan pertukaran gas difokuskan pada pemberian posisi semi fowler dan latihan napas dalam sehingga dapat meningkatkan keefektifan pola nafas.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana asuhan keperawatan pada lanjut usia dengan masalah keperawatan gangguan pertukaran gas dengan diagnosa medis Congestive Heart Failure (CHF) di ruang Bougenvile UPTD Griya Werdha Jambangan kota Surabaya?

1.3 Tujuan Penulisan

1.3.1 Tujuan Umum

Menjelaskan asuhan keperawatan pada lanjut usia dengan masalah keperawatan gangguan pertukaran gas dengan diagnosa medis *congestive heart failure (CHF)* di ruang Bougenville UPTD Griya Werdha Jambangan kota Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

- 1) Mengidentifikasi proses pengkajian keperawatan pada lansia dengan masalah keperawatan gangguan pertukaran gas di Ruang Bougenville UPTDGriya Werdha Jambangan kota Surabaya.

- 2) Mengidentifikasi proses penegakan diagnosis keperawatan pada lansia dengan masalah keperawatan gangguan pertukaran gas di Ruang Bougenville UPTD Griya Werdha Jambangan kota Surabaya.
- 3) Mengidentifikasi proses penyusunan intervensi keperawatan pada lansia dengan masalah keperawatan gangguan pernapasan di Ruang Bougenville UPTD Griya Werdha Jambangan kota Surabaya.
- 4) Mengidentifikasi proses implementasi keperawatan pada lansia dengan masalah keperawatan gangguan pertukaran gas di Ruang Bougenville UPTD Griya Werdha Jambangan kota Surabaya.
- 5) Mengidentifikasi proses evaluasi keperawatan pada lansia dengan masalah keperawatan gangguan pertukaran gas di Ruang Bougenville UPTD Griya Werdha Jambangan kota Surabaya.

1.4 Manfaat Penulisan

1.4.1 Manfaat Teoritis

Penelitian ini bermanfaat untuk menerapkan teori keperawatan berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dalam intervensi pemberian posisi semi fowler dan *deep breathing exercis* terhadap pada lansia yang mengalami masalah keperawatan pola nafas tidak efektif.

1.4.2 Manfaat Praktis

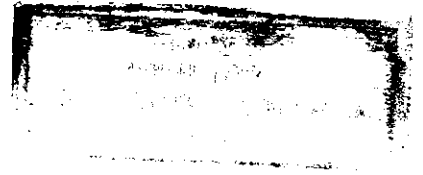
- 1) Penelitian ini dapat membantu lansia dalam memberikan posisi semi fowler dan latihan nafas dalam sehingga mengurangi rasa sesak napas dapat memperbaiki pertukaran gas menjadi lebih baik dan meningkatkan waktu istirahat pada lansia.

- 2) Penelitian ini menjadi bahan pertimbangan untuk menerapkan intervensi pemberian posisi semi fowler dan latihan nafas dalam pada lansia yang mengalami gangguan pertukaran gas dan sebagai tindakan yang cukup efektif untuk memperbaiki pertukaran gas sehingga dapat mengurangi sesak nafas yang dialami dan meningkatkan waktu istirahat pada lansia.

BAB 2
TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA



2.1 Konsep Lansia

2.1.1 Definisi

Lansia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas. Menua bukanlah suatu penyakit, tetapi merupakan proses yang berangsur-angsur mengakibatkan perubahan kumulatif, merupakan proses menurunnya daya tahan tubuh dalam menghadapi rangsangan dari dalam dan luar tubuh, seperti didalam Undang – Undang No 13 tahun 1998 yang isinya menyatakan bahwa pelaksanaan pembangunan nasional yang bertujuan mewujudkan masyarakat adil dan makmur berdasarkan Pancasila dan Undang – Undang Dasar 1945, telah menghasilkan kondisi sosial masyarakat yang makin membaik dan usia harapan hidup makin meningkat, sehingga jumlah lanjut usia makin bertambah. Banyak diantara lanjut usia yang masih produktif dan mampu berperan aktif dalam kehidupan bermasyarakat, berbangsa dan bernegara. Upaya peningkatan kesejahteraan sosial lanjut usia pada hakikatnya merupakan pelestarian nilai – nilai keagamaan dan budaya bangsa (Siti Nur Kholifah, SKM, M.Kep, 2016).

Lanjut usia adalah seseorang yang telah memasuki usia 60 tahun. Lanjut usia mengalami berbagai perubahan baik secara fisik, mental maupun sosial. Perubahan yang bersifat fisik antara lain adalah penurunan kekuatan fisik, stamina dan penampilan. Hal ini dapat menyebabkan beberapa orang menjadi depresi atau merasa tidak senang saat memasuki masa usia lanjut. Mereka menjadi tidak efektif dalam pekerjaan dan peran sosial, jika mereka bergantung pada energi fisik

yang sekarang tidak dimilikinya lagi (Tim May, Malcolm Williams, Richard Wiggins, 2021).

2.1.2 Batasan usia pada lansia

Menurut *World Health Organization* (1999) menjelaskan batasan lansia adalah sebagai berikut (Siti Nur Kholifah, SKM, M.Kep, 2016) :

1. Usia lanjut (*elderly*) antara usia 60 – 74 tahun
2. Usia tua : 75 – 90 tahun
3. Usia sangat tua (*very old*) adalah usia > 90 tahun

Menurut Departemen Kesehatan (2005) menjelaskan bahwa batasan lansia dibagi menjadi tiga kategori yaitu :

- 1 Usia lanjut presenilis (pralansia) yaitu antara usia 45 – 59 tahun
- 2 Usia lanjut yaitu usia 60 tahun ke atas

2.1.3 Teori Proses Penuaan

Proses penuaan merupakan proses yang berhubungan dengan umur seseorang. Manusia mengalami perubahan sesuai dengan bertambahnya umur tersebut. Lanjut usia merupakan tahap akhir dari proses penuaan. Menua adalah suatu keadaan yang terjadi di dalam kehidupan manusia dan merupakan proses sepanjang hidup, tidak hanya dimulai dari suatu waktu tertentu, tetapi dimulai sejak permulaan kehidupan. Menjadi tua merupakan proses alamiah yang berarti seseorang telah melalui tiga tahapan yaitu anak- anak, dewasa dan tua (Tim May, Malcolm Williams, Richard Wiggins, 2021).

Memasuki usia tua berarti mengalami kemunduran, misalnya kemunduran fisik yang ditandai dengan kulit yang mengendur, rambut memutih, gigi mulai

ompong, pendengaran kurang jelas, penglihatan mulai memburuk, gerakan lambat dan figur tubuh yang tidak proporsional. Proses menua merupakan proses yang terus – menerus atau berkelanjutan secara alamiah dan umumnya dialami oleh semua makhluk hidup. Misalnya dengan terjadinya kehilangan jaringan pada otot, susunan saraf dan jaringan lain, hingga tubuh “mati” sedikit demi sedikit. Kecepatan proses menua setiap individu pada organ tubuh tidak akan sama. Ada kalanya seseorang belum tergolong lanjut usia / masih muda, tetapi telah menunjukkan kekurangan yang mencolok. Adapula orang yang tergolong lanjut usia, penampilannya masih sehat, segar bugar dan badannya masih tegap. Manusiasecara lambat dan progresif akan kehilangan daya tahan terhadap infeksi dan akan menempuh semakin banyak distorsi meteoritik dan struktural yang disebut sebagai penyakit degeneratif(Nugroho H, 2008).

2.1.4 Usia lanjut beresiko yaitu usia 70 tahun ke atas atau usia 60 tahun ke atas dengan masalah kesehatan.

Efendi & Makhfudi (2010) mengusulkan untuk membedakan usia antara usia biologis, usia psikologis, dan usia sosial. Menurut Depkes RI (2013), klasifikasi lanjut usia dibagi menjadi:

1. Pra lansia, yaitu seseorang yang berusia antara 45 – 59 tahun.
2. Lansia ialah seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih.

Lansia berisiko tinggi ialah seorang yang berusia 70 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan. Dapat dibedakan menjadi :

1. Lansia potensial adalah lansia yang masih mampu melakukan pekerjaan dan kegiatan yang dapat menghasilkan barang atau jasa.

2. Lansia tidak potensial ialah lansia yang tidak berdaya mencari nafkah sehingga hidupnya bergantung pada bantuan orang lain.

2.1.5 Ciri – Ciri Lansia

1. Lansia merupakan periode kemunduran

Kemunduran pada lansia sebagian datang dari faktor fisik dan faktor psikologis. Motivasi memiliki peran yang penting dalam kemunduran pada lansia. Misalnya lansia yang memiliki motivasi yang rendah dalam melakukan kegiatan, maka akan mempercepat proses kemunduran fisik, akan tetapi ada juga lansia yang memiliki motivasi yang tinggi, maka kemunduran fisik pada lansia akan lebih lama terjadi.

2. Lansia memiliki status kelompok minoritas

Kondisi ini merupakan sebagai akibat dari sikap sosial yang tidak menyenangkan terhadap lansia dan diperkuat oleh pendapat yang kurang baik, misalnya lansia yang lebih senang mempertahankan pendapatnya maka sikap sosial di masyarakat menjadi negatif, tetapi ada juga lansia yang mempunyai tenggang rasa kepada orang lain sehingga sikap sosial masyarakat menjadi positif.

3. Lansia membutuhkan perubahan peran

Perubahan peran tersebut dapat terjadi karena lansia mulai mengalami kemunduran dalam segala hal. Misalnya lansia menduduki jabatan sosial di masyarakat sebagai Ketua RW, sebaiknya masyarakat tidak memberhentikan lansia sebagai ketua RW karena usianya

4. Perlakuan yang buruk terhadap lansia membuat mereka cenderung mengembangkan konsep diri yang buruk sehingga dapat memperlihatkan

bentuk perilaku yang buruk. Akibat dari perlakuan yang buruk itu membuat penyesuaian diri lansia menjadi buruk pula (Dewi, 2014)

2.1.6 Perubahan – Perubahan Yang Terjadi Pada Lansia

Semakin bertambahnya umur manusia, terjadi proses penuaan secara degenerative yang akan berdampak pada perubahan-perubahan pada diri manusia, tidak hanya perubahan fisik tetapi juga kognitif, perasaan, sosial dan seksual (Azizah, 2011 dalam (Tamher, 2019).

1. Perubahan fisik

a. Sistem indra

Prebiakusis (gangguan pada pendengaran) oleh karena hilangnya kemampuan pendengaran pada telinga dalam, terutama terhadap bunyi atau nada-nada yang tinggi, suara yang tidak jelas, sulit dimengerti kata- kata 50% terjadi pada usia di atas 60 tahun.

b. Sistem integument

Pada lansia kulit mengalami atropi, kendur, tidak elastis, kering dan berkerut. Kulit akan kekurangan cairan sehingga menjadi tipis dan bercak. Kekeringan kulit disebabkan oleh atropi glandula sebacea dan glandula sudoritera, timbul pigmen berwarna coklat pada kulit dikenal dengan liver spot.

c. Sistem musculoskeletal

Perubahan sistem musculoskeletal pada lansia meliputi jaringan penghubung (kolagen dan elastin), kartilago, tulang, otot dan sendi. Berkurangnya kepadatan tulang setelah diamati adalah bagian dari bagian

fisiologi, sehingga akan mengakibatkan osteoporosis dan lebih lanjut akan mengakibatkan nyeri, deformitas dan hingga fraktur.

d. Sistem kardiovaskuler

Pada lansia massa jantung bertambah, ventrikel kiri mengalami hipertropi sehingga perenggangan jantung berkurang, kondisi ini terjadi karena perubahan jaringan ikat. Perubahan ini disebabkan oleh penumpukan lipofusin, klasifikasi SA node dan jaringan konduksi berubah menjadi jaringan ikat.

e. Sistem respirasi

Terjadi perubahan jaringan ikat paru, kapasitas total paru tetap tetapi volume cadangan paru bertambah untuk mengkompensasi kenaikan ruang paru, udara yang mengalir ke paru berkurang. Perubahan pada otot, kartilago dan sendi torak mengakibatkan gerakan pernapasan terganggu dan kemampuan peregangan toraks berkurang.

f. Pencernaan dan metabolisme

Perubahan yang terjadi pada sistem pencernaan, seperti penurunan produksi sebagai kemunduran fungsi yang nyata karena kehilangan gigi, indra pengecap menurun, rasa lapar menurun (kepekaan rasa lapar menurun), liver makin mengecil dan menurunnya tempat penyimpanan, dan berkurangnya aliran darah.

g. Sistem perkemihan

Pada sistem perkemihan terjadi perubahan yang signifikan. Banyak fungsi yang mengalami kemunduran, contohnya laju filtrasi, ekskresi, dan reabsorpsi oleh ginjal.

h. Sistem saraf

Sistem susunan saraf mengalami perubahan anatomi dan atropi yang progresif pada serabut saraf lansia. Lansia mengalami penurunan kondisian kemampuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

i. Sistem reproduksi

Perubahan sistem reproduksi lansia ditandai dengan mengecilnya ovarium dan uterus. Terjadi atropi payudara, pada laki-laki testis masih dapat memproduksi spermatozoa, meskipun adanya penurunan secara berangsur-angsur.

2. Perubahan kognitif

Perubahan kognitif pada lansia yaitu terjadi perubahan pada memory (daya ingat, Ingatan), IQ (*Intelligent Quotient*), kemampuan belajar (*learning*), kemampuan pemahaman (*comprehension*), pemecahan masalah (*problem solving*), pengambilan keputusan (*decision making*), kebijaksanaan (*wisdom*), kinerja (*performance*), serta perubahan motivasi.

3. Perubahan mental

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi perubahan mental pada lansia, yaitu:

- a. Perubahan fisik, khususnya organ perasa
- b. Kesehatan umum
- c. Tingkat pendidikan
- d. Keturunan
- e. Lingkungan
- f. Gangguan saraf panca indera, timbul kebutaan dan tuli

- g. Gangguan konsep diri akibat kehilangan jabatan
- h. Rangkaian dari kehilangan, yaitu kehilangan hubungan dengan teman dan keluarga
- i. Hilangnya kekuatan dan ketegapan fisik, perubahan terhadap gambarandiri, perubahan konsep diri

4. Perubahan spiritual

Agama atau kepercayaan makin terintegrasi dalam kehidupannya.

Lansia semakin matang (*mature*) dalam kehidupan keagamaan, hal ini terlihat dalamberfikir dan bertindak sehari-hari.

5. Perubahan psikososial

Perubahan psikosial pad lansia meliputi:

a. Kesepian

Terjadi pada saat pasangan hidup atau teman dekat meninggal terutama jika lansia mengalami penurunan kesehatan, seperti menderita penyakit fisik berat, gangguan mobilitas atau gangguan sensorik terutama pendengaran.

b. Duka cita

Meninggalnya pasangan hidup, teman dekat, atau bahkan hewan kesayangan dapat meruntuhkan pertahanan jiwa yang telah rapuh pada lansia. Hal ini dapat memicu terjadinya gangguan fisik dan kesehatan.

c. Depresi

Duka cita yang berlanjut akan menimbulkan perasaan kosong, lalu diikuti dengan keinginan untuk menangis yang berlanjut menjadi suatu episode depresi. Depresi juga dapat disebabkan karena stress lingkungan dan menurunnya kemampuan adaptasi.

d. Gangguan cemas

Dibagi dalam beberapa golongan: fobia, panik. Gangguan cemas umum, gangguan-gangguan tersebut merupakan kelanjutan dari dewasa muda dan berhubungan dengan sekunder akibat penyakit medis, depresi, efek samping obat atau gejala penghentian mendadak dari suatu obat.

e. Parafrenia

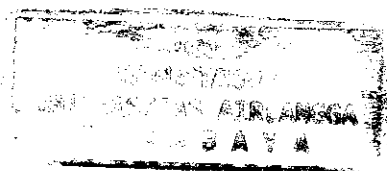
Suatu bentuk skizofrenia pada lansia, ditandai dengan waham (curiga), lansia sering merasa tetangganya mencuri barang-barangnya atau berniat membunuhnya. Biasanya terjadi pada lansia yang terisolasi/diisolasi atau menarik diri dari kegiatan sosial.

f. Sindrom Diogenes

Suatu kelainan dimana lansia menunjukkan penampilan perilaku sangat mengganggu. Rumah atau kamar kotor dan bau karena lansia bermain-main dengan feses dan urinya, sering menumpuk barang dengan tidak teratur. Walaupun telah dibersihkan, keadaan tersebut dapat terulang kembali.

2.1.7 Masalah Kesehatan Lansia

Pada lansia terjadi beberapa kondisi kesehatan kompleks yang muncul dan tidak dikategorikan sebagai penyakit yang disebut dengan sindrom geriatri (*geriatric syndromes*) (Kholifah, 2016). Kumpulan gejala atau sindrom tersebut antara lain: *immobility, instability, immune deficiency, infection, incontineny, impaction, impairment of vision and hearing, impairment of cognitive, impecunity, iatrogenesis, inanition, isolation, insomnia, impotency.*



1. *Immobility* (penurunan/ketidakmampuan mobilisasi)

Imobilisasi adalah keadaan tidak bergerak atau tirah baring selama 3 hari atau lebih, diiringi gerak anatomis tubuh yang menghilang akibat perubahan fungsi fisiologis. Tidak jarang pasien atau lansia yang imobilisasi akan mengalami fraktur femur, penurunan kesadaran dan sakit berat lainnya harus mengalami imobilisasi lama yang pada gilirannya menimbulkan berbagai komplikasi seperti ulkus dekubitus, trombosis vena, hipotensi ortostatik, infeksi saluran kemih, pneumonia aspirasi dan ortostatik, kekakuan dan kontraktur sendi, hipotrofi otot, dan sebagainya.

2. *Instability* (ketidakseimbangan, risiko jatuh)

Gangguan keseimbangan akan memudahkan pasien geriatric terjatuh dan dapat mengalami patah tulang. Gangguan keseimbangan merupakan masalah kesehatan yang dapat disebabkan oleh salah satu atau lebih dari gangguan visual, gangguan organ keseimbangan (vestibular) dan atau gangguan sensorimotorik.

3. *Incontinence* (inkontinensia urin/alvi, tidak mampu menahan buang air kecil/besar)

Inkontinensia didefinisikan sebagai keluarnya urine atau alvi yang tidak terkendali pada waktu yang tidak dikehendaki tanpa memperhatikan frekuensi dan jumlahnya. Inkontinensia urin dapat menimbulkan masalah kesehatan lain seperti dehidrasi karena pasien mengurangi minumannya akibat takut mengompol, jatuh dan fraktur karena terpeleset oleh urin yang berceceran, luka lecet sampai ulkus dekubitus akibat pemasangan pembalut,

lembab dan basah pada punggung bawah dan bokong. Selain itu, rasa malu dan depresi juga dapat timbul akibat inkontinensia urin tersebut.

4. *Intellectual impairment* (penurunan fungsi kognitif, demensia)

Intellectual impairment adalah kapasitas intelektual yang berada dibawah rata-rata normal untuk usia dan tingkat pendidikan seseorang tersebut. Gangguan fungsi kognitif ini dapat disebabkan oleh sindrom delirium dan demensia.

5. *Infection* (rentan mengalami infeksi)

Infeksi sangat erat kaitannya dengan penurunan fungsi sistem imun pada usia lanjut. Infeksi yang sering dijumpai adalah infeksi saluran kemih, pneumonia,sepsis, dan meningitis.

6. *Impairment of Sensory/Vision* (penurunan penglihatan, pendengaran)

Gangguan fungsi indera merupakan masalah yang sering ditemui pada lansia. Hal ini dapat menyebabkan timbulnya gangguan fungsional yang menyerupai gangguan kognitif serta isolasi sosial.

7. *Impaction* (sulit buang air besar)

Kesulitan buang air besar sering terjadi pada lanjut usia karena berkurangnyagerakan peristaltik usus.

8. *Isolation* (rentan depresi/stress schingga lebih sering menyendiri)

Yang dimaksud dengan isolasi adalah menarik diri dari lingkungan sekitar. Penyebab tersering adalah depresi dan kecemasan. Dalam keadaan yang sangat lanjut dapat muncul kecenderungan bunuh diri baik aktif maupun pasif.

9. *Inanition* (kurang gizi)

Kekurangan zat gizi, baik zat gizi makro (karbohidrat, lemak, dan protein) maupun zat gizi mikro (vitamin dan mineral) akan seringkali dialami orang lansia.

10. *Impecunity* (penurunan penghasilan)

Impecunity mencakup pengertian ketidakberdayaan finansial. Walaupun dapat terjadi pada kelompok usia lain namun, khususnya pada lansia menjadisangat penting karena meningkatkan risiko keterbatasan akses terhadap berbagai layanan kesehatan, pemenuhan kebutuhan nutrisi, dan asuhan psikososial.

11. *Iatrogenesis* (efek samping obat-obatan)

Iatrogenic adalah masalah kesehatan yang diakibatkan oleh tindakan medis. Polifarmasi merupakan contoh yang paling sering ditemukan pada lansia. Polifarmasi didefinisikan sebagai penggunaan beberapa macam obat.

12. *Insomnia* (sulit tidur)

Insomnia merupakan gangguan tidur yang sering dijumpai pada pasien geriatri. Umumnya mereka mengeluh bahwa tidurnya tidak memuaskan dan sulit mempertahankan kondisi tidur.

13. *Immunodeficiency* (penurunan daya tahan tubuh)

Gangguan kesehatan yang disebabkan oleh perubahan sistem imunitas pada lansia.

14. *Impotence* (impotensi)

Gangguan fungsi ereksi pada laki-laki lansia dapat berupa ketidakmampuan ereksi, ketidakmampuan penetrasi, atau ketidakmampuan mempertahankan ereksi.

2.2 Konsep Gagal Jantung Kongestif(*Congestive Heart Failure /CHF*)

2.2.1 Definisi Gagal Jantung Kongestif (*Congestive Heart Failure /CHF*)

Gagal jantung adalah keadaan patofisiologik dimana jantung sebagai pompa tidak mampu memenuhi kebutuhan darah untuk metabolisme jaringan. Ciri-ciri yang penting dari definisi ini adalah pertama definisi gagal adalah relatif terhadap kebutuhan metabolik tubuh, kedua penekanan arti gagal ditujukan pada fungsi pompa jantung secara keseluruhan. Istilah gagal miokardium ditujukan spesifik pada fungsi miokardium ; gagal miokardium umumnya mengakibatkan gagal jantung, tetapi mekanisme kompensatorik sirkulasi dapat menunda atau bahkan mencegah perkembangan menjadi gagal jantung dalam fungsi pompanya.

Istilah gagal sirkulasi lebih bersifat umum dari pada gagal jantung. Gagal sirkulasi menunjukkan ketidakmampuan dari sistem kardiovaskuler untuk melakukan perfusi jaringan dengan memadai. Definisi ini mencakup segala kelainan dari sirkulasi yang mengakibatkan perfusi jaringan yang tidak memadai, termasuk perubahan dalam volume darah, tonus vaskuler dan jantung. Gagal jantung kongestif adalah keadaan dimana terjadi bendungan sirkulasi akibat gagal jantung dan mekanisme kompensatoriknya.

Gagal jantung kongestif perlu dibedakan dengan istilah yang lebih umum yaitu gagal sirkulasi, yang hanya berarti kelebihan beban sirkulasi akibat bertambahnya volume darah pada gagal jantung atau sebab-sebab di luarjantung, seperti transfusi yang berlebihan atau anuria.

2.2.2 Etiologi Gagal Jantung Kongestif (*Congestive Heart Failure /CHF*)

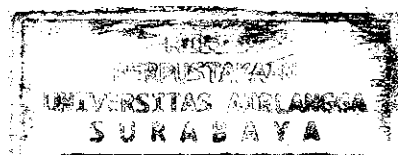
Gagal jantung adalah komplikasi yang paling sering dari segala jenis penyakit jantung kongestif maupun didapat. Mekanisme fisiologis yang menyebabkan gagal jantung mencakup keadaan-keadaan yang meningkatkan beban awal, beban akhir atau menurunkan kontraktilitas miokardium. Keadaan-keadaan yang meningkatkan beban awal meliputi : regurgitasi aorta dan cacat septum ventrikel. Dan beban akhir meningkat pada keadaan dimana terjadi stenosis aorta dan hipertensi sistemik. Kontraktilitas miokardium dapat menurun pada infark miokardium dan kardiomiopati.

Faktor-faktor yang dapat memicu perkembangan gagal jantung melalui penekanan sirkulasi yang mendadak dapat berupa : aritmia, infeksi sistemik dan infeksi paru-paru dan emboli paru-paru. Penanganan yang efektif terhadap gagal jantung membutuhkan pengenalan dan penanganan tidak saja terhadap mekanisme fisiologis dan penyakit yang mendasarinya, tetapi juga terhadap faktor-faktor yang memicu terjadinya gagal jantung.

2.2.3 Manifestasi Klinis

Gejala yang terjadi disebabkan oleh jantung gagal untuk memompa darah sebaik sebelumnya. Setiap kali jantung berdetak, tidak mampu membawa sejumlah darah keluar seperti seharusnya dalam kondisi sehat. Hal ini dapat menyebabkan bertumpuknya darah di paru – paru dan sebagian lain tubuh yang disebut kongesti. Kongesti dapat menyebabkan pembengkakan atau jika bendungan terdapat pada paru – paru dapat menyebabkan sesak napas (dyspnea). Darah membawa oksigen dan komponen lain seperti garam, air, dan nutrisi lain ke seluruh bagian tubuh. Ketika ada bendungan darah maka dapat menyebabkan bagian tubuh tidak bekerja seperti seharusnya. Termasuk jika otot terganggu ini dapat menyebabkan kelelahan yang tidak biasa dan kelemahan yang disebut fatigue.

Selain itu gejala utama yang timbul pada pasien gagal jantung adalah pembengkakan pada pergelangan kaki atau perut. Gejala ini disebabkan oleh kongesti. Salah satu fungsi ginjal adalah menjaga keseimbangan garam dan kalium dalam tubuh. Jika jantung tidak mampu memompa cukup darah, ginjal tidak dapat membuang air berlebih dan garam (yang biasa dikeluarkan dalam bentuk urine). Air yang berlebihan dapat menumpuk bagian tubuh yang menyebabkan tubuh membengkak. Hal ini menyebabkan berat badan meningkat beberapa kilo hanya dalam beberapa hari.



Sesak napas atau batuk dapat timbul sebagai gejala dari penyakit jantung, gejala ini juga disebabkan oleh kongesti. Hal ini terjadi ketika ada penumpukan cairan ke paru – paru menimbulkan batuk (mengi). Pasien akan merasakan sesak napas menjadi buruk ketika melakukan kegiatan seperti berjalan atau naik tangga, bahkan saat tidur terlentang(Lilik and Budiono, 2021)

2.2.4 Patofisiologi

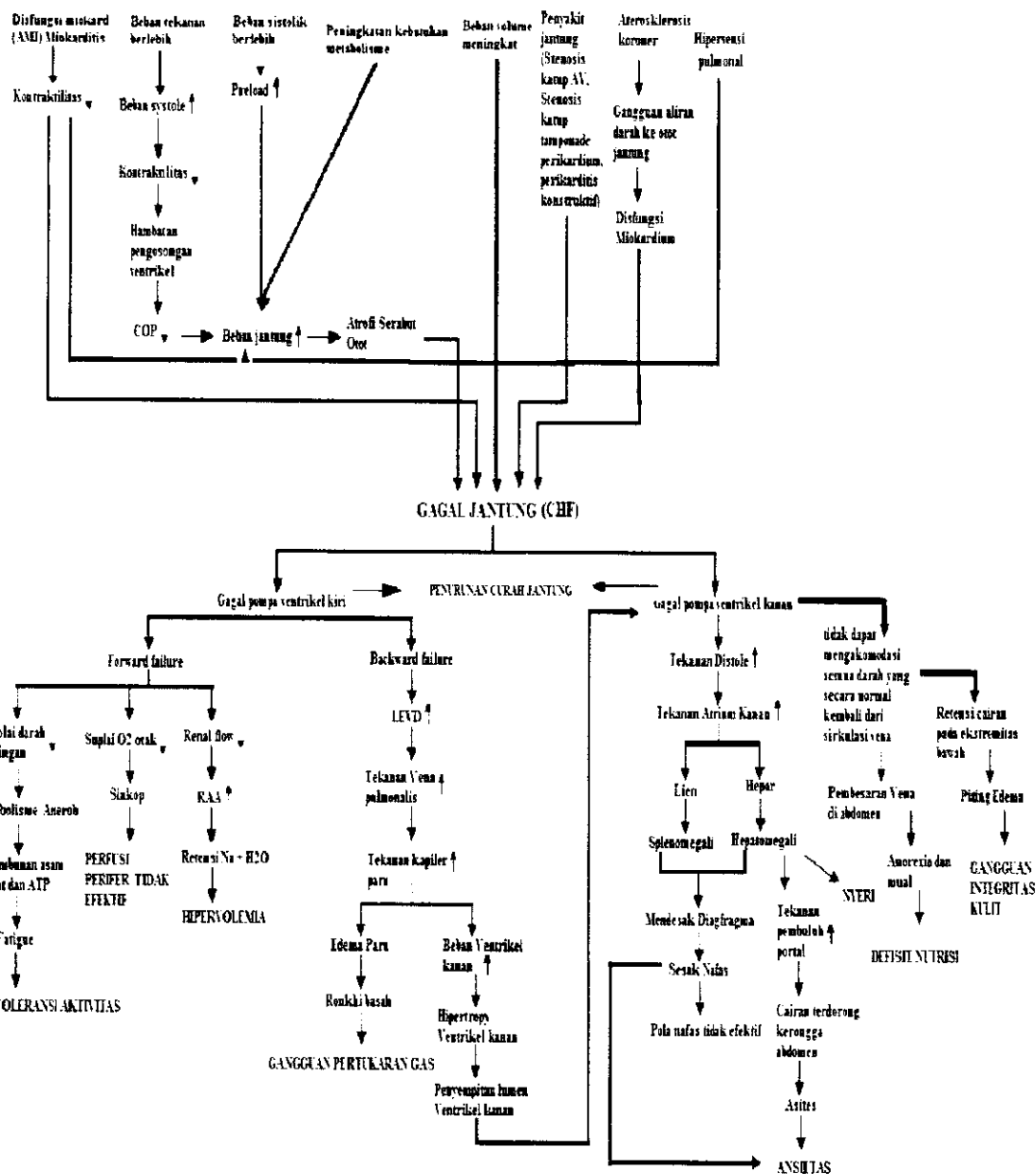
Kelainan intrinsik pada kontraktilitas miokardium yang khas pada gagal jantung akibat penyakit jantung iskemik, mengganggu kemampuan pengosongan ventrikel yang efektif. Kontraktilitas ventrikel kiri yang menurun mengurangi curah sekuncup dan meningkatkan volume residu ventrikel.

Tekanan arteri paru-paru dapat meningkat sebagai respon terhadap peningkatan kronis tekanan vena paru. Hipertensi pulmonary meningkatkan tahanan terhadap ejeksi ventrikel kanan. Serentetan kejadian seperti yang terjadi pada jantung kiri, juga akan terjadi pada jantung kanan, dimana akhirnya akan terjadi kongesti sistemik dan edema.

Perkembangan dari kongesti sistemik atau paru-paru dan edema dapat dieksaserbasi oleh regurgitasi fungsional dan katub-katub trikuspidalis atau mitralis bergantian. Regurgitasi fungsional dapat disebabkan oleh dilatasi dari annulus katub atrioventrikularis atau perubahan-perubahan padaorientasi otot papilaris dan kordatendinae yang terjadi sekunder akibat dilatasi ruang.

Sebagai respon terhadap gagal jantung ada tiga mekanisme primer yang dapat dilihat; meningkatnya aktifitas adrenergik simpatik, meningkatnya beban awal akibat aktivasi sistem rennin-angiotensin-aldosteron dan hipertrofi ventrikel. Ketiga respon ini mencerminkan usaha untuk mempertahankan curah jantung. Mekanisme-mekanisme ini mungkin memadai untuk mempertahankan curah jantung pada tingkat normal atau hampir normal pada gagal jantung dini, pada keadaan istirahat. Tetapi kelainan pada kerja ventrikel dan menurunnya curah jantung biasanya tampak pada keadaan beraktivitas. Dengan berlanjutnya gagal jantung maka kompensasi akan menjadi semakin kurang efektif (Muttaqin, 2012)

2.2.5 WOC
 Gambar 2.1. Sumber : (WOC) dengan menggunakan Standar Diagnosa



Keperawatan Indonesia (PPNI,2017)

2.2.5 Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan Penunjang yang dapat dilakukan pada pasien dengan kasus gagal jantung kongestive di antaranya sebagai berikut :

1. EKG : Hipertrofi atrial atau ventrikuler, penyimpangan aksis, iskemia dan kerusakan pola mungkin terlihat. Disritmia mis : takhikardi, fibrilasi atrial. Kenaikan segmen ST/T persisten 6 minggu atau lebih setelah infark miokard menunjukkan adanya aneurime ventricular.
2. Sonogram : Dapat menunjukkan dimensi pembesaran bilik, perubahan dalam fungsi/struktur katub atau area penurunan kontraktilitas ventricular.
3. Uji stress : Merupakan pemeriksaan non-invasif yang bertujuan untuk menentukan kemungkinan iskemia atau infeksi yang terjadi sebelumnya.
4. Ekokardiografi
 - a. Ekokardiografi model M (berguna untuk mengevaluasi volume balik dan kelainan regional, model M paling sering dipakai dan ditanyakan bersama EKG)
 - b. Ekokardiografi dua dimensi (CT scan)
 - c. Ekokardiografi dopler (memberikan pencitraan dan pendekatan transesofageal terhadap jantung)
5. Kateterisasi jantung : Tekanan normal merupakan indikasi dan membantu membedakan gagal jantung sisi kanan versus sisi kiri, dan stenosis katup atau insufisiensi, Juga mengkaji potensi arteri koroner.

Zat kontras disuntikkan kedalam ventrikel menunjukkan ukuran normal dan ejeksi fraksi/perubahan kontrktilitas.

6. Radiografi dada : Dapat menunjukkan pembesaran jantung. Bayangan mencerminkan dilatasi atau hipertropi bilik, atau perubahan dalam pembuluh darah abnormal
7. Elektrolit : Mungkin berubah karena perpindahan cairan/penurunan fungsi ginjal terapi diuretic
8. Oksimetri nadi : Saturasi oksigen mungkin rendah terutama jika gagal jantung kongestif akut menjadi kronis.
9. Analisa gas darah : Gagal ventrikel kiri ditandai dengan alkalosis respiratory ringan (dini) atau hipoksemia dengan peningkatan PCO₂ (akhir)
10. Blood ureum nitrogen (BUN) dan kreatinin : Peningkatan BUN menunjukkan penurunan fungsi ginjal. Kenaikan baik BUN dan kreatinin merupakan indikasi.
11. Pemeriksaan tiroid : Peningkatan aktifitas tiroid menunjukkan hiperaktifitas tiroid sebagai pencetus gagal jantung.

2.2.6 Penatalaksanaan

Gagal jantung ditangani dengan tindakan umum untuk mengurangi beban kerja jantung dan manipulasi selektif terhadap ketiga penentu utama dari fungsi miokardium, baik secara sendiri-sendiri maupun gabungan dari : beban awal, kontraktilitas dan beban akhir. Penanganan biasanya dimulai ketika gejala-gejala timbul pada saat beraktivitas biasa. Rejimen penanganan secara progresif ditingkatkan sampai mencapai respon klinik

yang diinginkan. Eksaserbasi akut dari gagal jantung atau perkembangan menuju gagal jantung yang berat dapat menjadi alasan untuk dirawat dirumah sakit atau mendapat penanganan yang lebih agresif. Pemberian posisi semi fowler diperlukan untuk perbaikan pola nafas yang efektif untuk mengendalikan gejala (sesak nafas).

Penatalaksanaan bagi pasien CHF terbagi menjadi dua yaitu secara farmakologis dan nonfarmakologis. Terapi farmakologis misalnya dengan penggunaan obat diuretik, glikosida, vasodilator, sedangkan terapi nonfarmakologis yaitu pembatasan aktivitas sesuai beratnya keluhan, diet rendah garam, mengurangi berat badan, mengurangi lemak, mengurangi stres psikis, menghindari rokok, olahraga teratur, mengatur konsumsi cairan sesuai dengan program diet, pengaturan posisi semi fowler/ fowler dan latihan napas dalam (Putradana, Mardiyono and Rochana, 2021).

2.2.7 Komplikasi

Stilwell (2011) menyatakan bahwa komplikasi yang dapat terjadi pada pasien dengan *Cardiac Heart Failure* (CHF) seperti : edema paru, infark miokardium akut, syok kardiogenik, emboli limpa, gangguan motorik, perubahan penglihatan. Pasien CHF harus segera melakukan pencegahan dini terhadap penyakit yang sedang dialami (Yunita, Nurcahyati and Utami, 2020).

2.3 Konsep Gangguan Pertukaran Gas

2.3.1. Pengertian

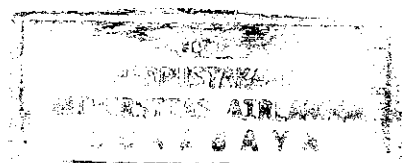
Gangguan pertukaran gas adalah kelebihan atau kekurangan oksigenasi atau eliminasi karbondioksida pada membran alveolus menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016). Gangguan pertukaran gas adalah suatu kondisi ketika individu mengalami penurunan aliran gas yang termasuk didalamnya adalah oksigen dan karbondioksida antara alveoli paru-paru dan sistem vaskular di dalam tubuh (Lynda Juall Carpenito-Moyet, 2013). Pertukaran gas terjadi di dalam paru-paru yang melibatkan dua proses umum yaitu perfusi yang merupakan proses membawa darah ke jaringan kapiler paru dan ventilasi yang merupakan proses membawa udara ke permukaan alveolus. Difusi dalam cairan pada pertukaran oksigen dan karbondioksida di jaringan, molekul-molekul dalam suatu gas pada suatu ruangan bergerak dengan kecepatan yang diibaratkan seperti kecepatan suara, setiap molekul bertumbukan sekitar 10 kali/detik dengan molekul sekitarnya. Oksigen sangat diperlukan untuk proses respirasi sel-sel tubuh, gas karbon dioksida yang dihasilkan selama proses respirasi sel tubuh akan di tukar dengan oksigen, selanjutnya darah mengangkut karbon dioksida untuk dikembalikan ke alveolus paru dan akan dikeluarkan ke udara melalui hidung saat mengeluarkan napas (Saminan, 2012). Pertukaran gas ini juga dapat mengalami masalah salah satunya disebut dengan gangguan pertukaran gas.

2.3.2. Etiologi

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016), penyebab terjadinya gangguan pertukaran gas adalah: a. Ketidakseimbangan ventilasi-perfusi b. Perubahan membran alveolus-kapiler.

2.3.3. Patofisiologi

Pertukaran gas terjadi di dalam paru-paru yang melibatkan dua proses umum yaitu perfusi yang merupakan proses membawa darah ke jaringan kapiler paru dan ventilasi yang merupakan proses membawa udara ke permukaan alveolus. Difusi dalam cairan pada pertukaran oksigen dan karbondioksida di jaringan, molekul-molekul dalam suatu gas pada suatu ruangan bergerak dengan kecepatan yang diibaratkan seperti kecepatan suara, setiap molekul bertumbukan sekitar 10 kali/detik dengan molekul sekitarnya. Oksigen sangat diperlukan untuk proses respirasi sel-sel tubuh, gas karbon dioksida yang dihasilkan selama proses respirasi sel tubuh akan di tukar dengan oksigen, selanjutnya darah mengangkut karbon dioksida untuk dikembalikan ke alveolus paru dan akan dikeluarkan ke udara melalui hidung saat mengeluarkan napas (Saminan, 2012). Faktor yang menyebabkan paru-paru tidak dapat menjalankan fungsinya dengan efektif karena kekurangan atau tidak adanya surfaktan. Surfaktan adalah substansi yang merendahkan permukaan alveolus sehingga tidak terjadi kolaps pada akhir ekspirasi dan mampu menahan sisa udara fungsional, apabila surfaktan tersebut tidak adekuat maka bisa menyebabkan terjadinya kolaps pada alveolus kemudian menyebabkan ventilasi perfusi terganggu atau tidak seimbang. Perfusi oksigen ke jaringan menurun, tekanan oksigen dalam darah menurun,



tekanan parsial karbon dioksida meningkat yang kemudian dapat menyebabkan gangguan pada proses pertukaran gas. Terjadinya gangguan pertukaran gas menunjukkan adanya penurunan kapasitas difusi, yang disebabkan oleh menurunnya luas permukaan difusi, menebalnya membran alveolar kapiler, rasio ventilasi perfusi tidak baik, dan dapat menyebabkan pengangkutan oksigen dari paru ke jaringan terganggu dan apabila terlambat ditangani dapat menimbulkan dampak fatal. Tanda klinis yang dapat dijumpai adalah dispnea pada usaha napas, letargi, meningkatnya tahanan vaskular paru, menurunnya saturasi oksigen, meningkatnya tekanan parsial karbon dioksida, dan sianosis (Mubarak, 2015).

2.3.4. Manifestasi Klinis

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016), pada gangguan pertukaran gas terdapat gejala dan tanda mayor dan minor yaitu :

a. Gejala dan tanda mayor

- 1) Subjektif : gejala dan tanda mayor : dispnea, sedangkan gejala dan tanda minor : pusing, pengelihatn kabur
- 2) Objektif : gejala dan tanda mayor yaitu : tekanan karbon dioksida (PCO_2) meningkat/menurun, tekanan oksigen menurun (PO_2), takikardia, pH arteri meningkat atau menurun, bunyi napas tambahan. Sedangkan gejala dan tanda minor adalah sianosis, diaforesis, gelisah, napas cuping hidung, pola napas abnormal (cepat atau lambat, reguler atau ireguler, dalam atau dangkal), warna kulit abnormal (pucat dan kebiruan)

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Lansia *Cardiac Heart Failure (CHF)* Dengan Masalah Keperawatan Pola Nafas Tidak Efektif

2.4.1 Pengkajian

1. Identitas

Identitas merupakan ciri-ciri atau keadaan khusus seseorang: jati diri seseorang. Identitas klien meliputi 1) Nama; sangat penting untuk menjalin sebuah hubungan komunikasi yang baik dan mempermudah dalam hal sapa menyapa. 2) Umur; pentingnya diketahui umur pada lansia sangat berkaitan erat dengan kemampuan aktivitas fisik seorang lansia. 3) Jenis kelamin; perlu diketahui untuk bisa membedakan mana yang perlu ditanyakan mengenai laki-laki dan perempuan. 4) Agama; sangat diperlukan dalam hal kerohanian misalnya katolik berhubungan dengan doa rosario dan lain-lain. 5) Suku bangsa; berhubungan dengan adat istiadat dan bahasa yang digunakan setiap hari. 6) Alamat; untuk mengetahui tempat tinggal sebelum masuk di Panti dan apakah tempat yang dulu menyenangkan atau tidak. 7) Tanggal masuk Panti; penting untuk diketahui berapa lama berada di Panti. 8) Tanggal pengkajian; diketahui untuk dapat menentukan rencana asuhan keperawatan berapa hari kedepannya, dan kesedian lansia untuk dikaji. 9) Diagnosa medis; untuk mengetahui penyakit apa yang diderita lansia tersebut.

2. Keluhan Utama

Merupakan kebutuhan yang mendorong penderita untuk masuk Panti. Data yang dapat ditemukan: nyeri pada pinggul, lemah, letih, kesulitan bergerak, tidak nyaman, mata kabur, kram otot

a. Riwayat Kesehatan Saat Ini:

Meliputi perjalanan penyakit yang dialami pasien saat ini, berapa lama penyakit sudah dialami, gejala yang dialami selama menderita penyakit saat ini dan perawatan yang sudah dijalani untuk mengobati penyakit saat ini. Disamping itu apakah saat ini pasien memiliki pola hidup yang tidak sehat seperti minum kopi, merokok, alkohol, sering konsumsi makanan manis, dan kescharian dengan beban psikis.

b. Riwayat Kesehatan Keluarga

Meliputi status kesehatan anggota keluarga yang lain, apakah ada keluarga yang mengalami sakit serupa yaitu gagal jantung kongestive dengan pasien saat ini, atau penyakit keturunan lainnya.

c. Riwayat Lingkungan Hidup

Pengkajian ini merupakan bentuk pengkajian yang bertujuan untuk mengidentifikasi pengaruh lingkungan terhadap kesehatan pasien, faktor lingkungan yang ada keterkaitannya dengan sakit yang dialami lansia saat ini dan kemungkinan masalah yang dapat terjadi akibat pengaruh lingkungan. Data pengkajian dapat meliputi kebersihan dan kerapian ruangan, penerangan, sirkulasi udara, keadaan kamar mandi dan WC, pembuangan air kotor, sumber air minum, pembuangan sampah, sumber pencemaran, penataan halaman, privasi, resiko injury.

d. Riwayat Kesehatan Dahulu

Pengkajian ini bertujuan untuk mengidentifikasi perjalanan penyakit yang sebelumnya pernah dialami oleh pasien, sehingga dapat dijadikan

acuan dalam analisis sakit yang saat ini pasien alami dan dalam penentuan pengobatan selanjutnya. Data yang dapat dikaji berupa penyakit yang pernah diderita, riwayat alergi, riwayat kecelakaan, riwayat dirawat di Panti, riwayat pemakaian obat. Apakah sewaktu sehat pasien memiliki kebiasaan yang buruk misalnya merokok, minum kopi, alcohol, sering makan-makanan yang manis atau makanan dengan kolesterol tinggi.

3. Tinjauan Sistem

a. Keadaan umum

Saat dilakukan inspeksia biasanya ditemukan kondisi seperti tingkat ketegangan/kelelahan, tingkat kesadaran kualitatif atau GCS dan respon verbal klien (Pasien harus waspada dan sadar akan waktu, tempat dan orang. Disorientasi terjadi pada gangguan otak (misalnya delirium, demensia), stroke, dan trauma fisik. Pasien letargi umumnya mengantuk dan mudah tertidur, terlihat mengantuk, dan merespon pertanyaan dengan sangat lambat. Pasien stupor hanya merespon jika digoncang dengan keras dan terus menerus dan hanya dapat member jawaban yang terdengar seperti menggerutu tidak jelas. Pasien yang sama sekali tidak sadar (pasien koma) tidak merespon stimulus dari luar ataupun nyeri. Pada respon motorik ketika di panggil pasien langsung merespon dan respon mata langsung melihat ke arah yang di panggil, melakukan pengukuran tanda-tanda vital seperti peningkatan glukosa dalam darah > 140 mg/dL dapat ditemukan, dan dilanjutkan dengan pemeriksaan heat totoe.

b. Kepala

Untuk daerah kepala, mata, hidung, telinga dan heler penulis melakukan pemeriksaan dengan metode Inspeksi dan Palpasi saja; saat Inspeksi terlihat bentuk kepala, warna rambut, terdapat lesi, ketombe pada rambut dan kebersihan kepala; pada mata bentuk mata, kesimetrisan mata kiri dan kanan, konjungtiva; bentuk telinga kiri dan kanan, kelainan pada telinga. kelainan hidung, adanya mimisan, kotor atau bersih; adanya kelainan pada leher, adanya lesi, edema, kemerahan dan palpasi apakah ada pembesaran kelenjar tiroid, dan JVP; sedangkan saat dilakukan palpasi untuk mengetahui apakah terdapat nodul; apakah terjadi edema atau pembengkakan pada mata apakah ada nyeri tekan dan adanya kotoran di daerah telinga; di daerah sinus hidung apakah terjadi nyeri tekan; dan pengukuran vena jugulari pada leher.

c. Dada

Dada : Inspeksi : bentuk dada normal diameter anterior posterior-transversal 1:2, ekspansi simetris, sifat pernapasan dada dan perut, frekuensi pernapasan 22x/menit, ritme pernapasan cupnea, tidak ada retraksi dinding dada. Palpasi : tidak ada nyeri tekan, ekspansi dada simetrisi, Perkusi : suara perkusi sonor batas organ sisi dada kiri dari atas ke bawah ditemukan sonor/resonan-tympani: ICS 7/8 (paru-paru dan lambung), pada sisi dada kanan ICS 4/5 (paru dan hati), dinding posterior: supraskapula (3-4 jari dipundak), Askultasi: suara nafas vesikuler terdengar disemua lapang paru normal, bersifat halus, inspirasi lebih panjang dari ekspirasi.

d. Sistem Kardiovaskuler

Jantung: Inspeksi: tampak denyut nadi daerah apeks, Palpasi :apeks teraba pada interkosta V, apeks segaris dengan midclavicula kiri, Perkusi Batas jantung: batas atas pada ics III, batas bawah ICS V, batas kiri pada midclavicularis atau 4 jari dari midsternum, batas kanansejajar sejajar sisi sternum kanan, Auskultasi : S1 terdengar bunyi lub pada ruang ICS V sebelah kiri sternum diatas apeks, S2 terdengar bunyi dub pada ICS II sebelah kanan sternum

e. Gastrointestinal/Abdomen

Inspeksi bentuk abdomen apakah terjadi kelainan, adanya lesi. Sedangkan palpasi dilakukan dengan palpasi ringan atau palpasi dalam tergantung tujuan untuk mengetahui bentuk, ukuran, dan konsistensi organ-organ dan struktur-struktur dalam perut, palpasi ringan dilakukan untuk mengetahui area-area nyeri tekan dan adanyamassa, palpasi dalam dilakukan untuk mengetahui keadaan hepar, lien, ginjal, dan kandung kemih. Lakukan perkusi di empat kuadran dan perhatikan suara yang timbul pada saat melakukannya dan bedakan batas-batas dari organ dibawah kulit. Organ berongga seperti lambung, usus, kandung kemih berbunyi timpani, sedangkan bunyi pekak terdapat pada hati, limfa, pankreas, ginjal. Teknik perkusi yaitu pertama kali yakinkan tangan pemeriksa hangat sebelum menyentuh perut pasien Kemudian tempatkan tangan kiri dimana hanya jari tengah yang melekat erat dengan dinding perut. Selanjutnya diketok 2-3 kali dengan ujung jari tengah tangan kanan. Lakukanlah perkusi pada keempat kuadran untuk memperkirakan

distribusi suara timpani dan redup. Biasanya suara timpanilah yang dominan karena adanya gas pada saluran gastrointestinal, tetapi cairan dan faeces menghasilkan suara redup. Pada sisi abdomen perhatikanlah daerah dimana suara timpani berubah menjadi redup. Periksalah daerah suprapublik untuk mengetahui adanya kandung kencing yang teregang atau uterus yang membesar. Perkusilah dada bagian bawah, antara paru dan arkus costa, Anda akan mendengar suara redup hepar disebelahkanan, dan suara timpani di sebelah kiri karena gelembung udara pada lambung dan fleksura splenikus kolon. Suara redup pada kedua sisi abdomen mungkin menunjukkan adanya asites. Auskultasi abdomen dengan normal bising usus 15-35 x/menit : Letakkan kepala stetoskop sisi diafragma yang telah dihangatkan di daerah kuadran kiri bawah. Berikan tekanan ringan, minta pasien agar tidak berbicara.

Bila mungkin diperlukan 5 menit terus menerus untuk mendengar sebelum pemeriksaan menentukan tidak adanya bising usus.

Dengarkan bising usus apakah normal, hiperaktif, hipoaktif, tidak ada bising usus dan perhatikan frekwensi/karakternya; Bila bising usus tidak mudah terdengar, lanjutkan pemeriksaan dengan sistematis dan dengarkan tiap kuadran abdomen. Dan dilanjutkan dengan menggunakan gunakan sisi bel stetoskop, untuk mendengarkan bunyi desiran dibagian epigastrik dan pada tiap kuadran diatas arteri aortik, ginjal, iliaka, femoral dan aorta torakal. Pada orang kurus mungkin dapat terlihat gerakan peristaltik usus atau denyutan aorta.

f. Extremitas

Inspeksi bentuk ekstremitas apakah ada kelainan bentuk, adanya lesi, edema, dan kemerahan. Palpasi apakah ada nodul dan nyeri tekan pada daerah ekstremitas atas dan bawah.

g. Pengkajian Psikososial dan Spiritual

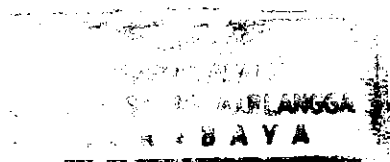
1) Psikososial

Jelaskan kemampuan sosialisasi klien pada saat sekarang, sikap klien pada orang lain, harapan-harapan klien dalam melakukan sosialisasi

- 2) Identifikasi masalah emosional seperti: kesulitan tidur, merasa gelisah, murung dan menangis, kuatir banyak pikiran, masalah dengan keluarga, menggunakan obat tidur/penenang atas anjuran dokter, mengurung diri, jika lebih dari atau sama 1 jawaban "ya" memiliki Masalah Emosional Positif (+)

h. Pengkajian Fungsional Klien (INDEKS KATZ)

Mengamati kemandirian dalam makan, kontinensia (BAB/BAK), menggunakan pakaian, pergi ke toilet, berpindah dan mandi apakah mandiri semuanya kecuali salah satu dari fungsi diatas, atau mandiri kecuali mandi dan salah satu fungsi lain, mandiri kecuali mandi, berpakaian dan salah satu fungsi diatas, mandiri kecuali mandi, berpakaian, ke toilet dan salah satu fungsi yang lain, mandiri kecuali mandi, berpakaian, ke toilet, berpindah dan satu fungsi yang lain atau ketergantungan untuk semua fungsi dengan catatan Mandiri berarti tanpa pengawasan, pengarahan atau bantuan



efektif dari orang lain, seseorang yang menolak untuk melakukan suatu fungsi dianggap tidak melakukan fungsi, meskipun ia dianggap mampu Modifikasi Dari Barthel Indeks (Termasuk yang manakah klien?)

Tabel 2.1. Pengkajian Fungsional Klien (INDEKS KATZ)

No.	Kriteria	Dengan Bantuan	Mandiri	Keterangan
1	Makan	5	10	Frekuensi? Jumlah? Jenis?
2	Minum	5	10	Frekuensi? Jumlah? Jenis?
3	Berpindah dari kursi roda ketempat tidur/sebaliknya	5-10	15	
4	Personal toilet (cuci muka, menyisir rambut, menggosok gigi)	0	5	Frekuensi :
5	Keluar masuk toilet (mencuci pakaian, menyeka tubuh, menyiram)	5	10	
6	Mandi	5	15	
7	Jalan di permukaan datar	0	5	Frekuensi :
8	Naik turun tangga	5	10	
9	Menggunakan pakaian	5	10	
10	Kontrol bowel (BAB)	5	10	Frekuensi? Konsistensi?
11	Kontrol Bladder (BAK)	5	10	Frekuensi ? Warna?

Keterangan : 110 : Mandiri, 65-105: ketergantungan Sebagian, ≤ 60 : ketergantungan total

i. Pengkajian Status Mental Gerontik

1) Identifikasi tingkat intelektual dengan *short portable mental status questioner* (SPSMQ)

Instruksi :

Ajukan pertanyaan 1-10 pada daftar ini dan catat semua jawaban.

Catat jumlah kesalahan total berdasarkan total kesalahan berdasarkan 10 pertanyaan.

Tabel 2.2. Pengkajian Status Mental Gerontik

NO	PERTANYAAN	BENAR	SALAH
1	Tanggal berapa hari ini		
2	Hari apa sekarang		
3	Apa nama tempat ini		
4	Alamat anda?		
5	Berapa umur anda?		
6	Kapan anda lahir (minimal tahun lahir)		
7	Siapa presiden indonesia sekarang?		
8	Siapa presiden ndonesia sebelumnya?		
9	Siapa nama ibu anda?		
10	Kurangi 3 dari 20 dan tetappengurangan 3 dari setiap angka baru, semua secara menurun		
	Jumlah		

Interpretasi Hasil :

- 1) Salah 0 – 3 : Fungsi intelektual utuh
- 2) Salah 4 - 5 : Kerusakan intelektual ringan
- 3) Salah 6 - 8 : Kerusakan intelektual sedang

- 4) Salah 9 - 10 : Kerusakan intelektual berat
- 2) Identifikasi aspek kognitif dan fungsi mental dengan menggunakan MMSE (Mini Mental Status Exam)

Tabel 2.3. Mini Mental Status Exam (MMSE)

NO	ASPEK KOGNITIF	NILAI MAKS	NILAI KLIEN	KRITERIA
1	Orientasi	5		Menyebutkan dengan benar : Tahun, Musim, Tanggal, Hari dan Bulan
2	Orientasi	5		Dimana kita sekarang? Negara? Provinsi? Kota? Panti werdha? Wisma?
3	Registrasi	3		Sebutkan 3 obyek (oleh pemeriksa) 1 detik untuk mengatakan masing masing obyek, kemudian tanyakan kepada klien ketiga obyek tadi (untuk disebutkan) Obyek 1? Obyek 2? Obyek 3?
4	Perhatian dan Kalkulasi	5		Minta klien untuk memulaidari angka 100 kemudian dikurangi 7 sampai 5 kali 93, 86, 79, 72, 65
5	Mengingat	3		Minta klien untuk mengulangi ketiga obyek pada nomer 2 (registrasi) tadi, bila benar 1 point untuk masing masing obyek

NO	ASPEK KOGNITIF	NILAI MAKS	NILAI KLIEN	KRITERIA
6	Bahasa	9		<p>Tunjukkan pada klien suatu benda dan tanyakan namanya pada klien (misal jam tangan atau pensil) Minta kepada klien untuk mengulang kata berikut "tak ada, Jika, dan, atau, tetapi" bila benar, nilai 2 point. Bila Pernyataan benar 2-3 buah, mis. : tidak ada, tetapi maka nilai 1 point</p> <p>Minta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri dari 3 langkah : "ambil kertas di tangan anda, lipat dua dan taruh di lantai"</p> <p>ambil kertas? lipat dua? taruh di lantai?</p> <p>Perintahkan pada klien untuk hal berikut (bila aktivitas sesuai perintah nilai 1 point) tutup mata anda</p> <p>Perintahkan pada klien untuk menulis satu kalimat dan menyalin gambar tulis satu kalimat menyalin gambar</p>
Total nilai				

Interpretasi hasil > 23 : aspek kognitif dari fungsi mental baik 18-22 :
kerusakan aspek fungsi mental ringan, ≤ 17 :terdapat kerusakan aspek
fungsi mental berat

3) Pemeriksaan diagnostic

a) Pemeriksaan tanda-tanda vital

b) Pemeriksaan laboratorium (jika ada)

2.4.2 Analisis Data

Dapat ditemukan data subyektif : sesak nafas, dyspnea dan merasa kelelahan saat berjalan/ beraktivitas. Data obyektif : penggunaan otot bantu pernafasan, pola nafas abnormal dan fase eksprirasi memanjang. Etiologi : hambatan upasa nafas (kelelahan otot pernafasan).

Data subyektif : klien mengeluh sulit tidur, sering terjaga, tidak merasa puas tidur, pola tidur berubah dan mengeluh istirahat tidak cukup. Data obtektif tidak tersedia. Etiologi : kurang kontrol tidur. Masalah keperawatan : gangguan pola tidur.

Data subyektif : klien mengeluh lelah, dyspnea disaat/ setelah aktivitas, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas. Data obyektif : frekuensi jantung meningkat 20% dari kondisi istirahat, tekanan darah berubah $>20\%$ dari kondisi istirahat dan sianosis. Penyebab : ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

2.4.3 Diagnosa Keperawatan

Proses diagnosa keperawatan dibagi menjadi kelompok interpretasi dan menjamin keakuratan diagnosa dari proses keperawatan itu sendiri. Perumusan pernyataan diagnosa keperawatan memiliki beberapa syarat yaitu mempunyai pengetahuan yang dapat membedakan antara sesuatu yang aktual, resiko, dan potensial dalam diagnosa keperawatan (Proverawati & Sulistyorini 2015). Berdasarkan manifestasi klinis dengan sesak nafas, sulit tidur dan nyeri maka diagnose yang muncul sesuai dengan SDKI, SIKI, SLKI 2018 sebagai berikut :

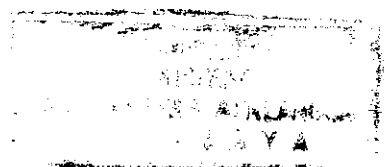
Tabel 2.4. Analisis Data

1. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas (kelemahan otot pernafasan) (D.0005)

Gejala dan Tanda Mayor	Gejala dan Tanda Minor
Subjektif	Subjektif
1. Dispnea	1. Ortopnea
Objektif	Objektif
1. Penggunaan otot bantu pernafasan	1. Pernapasan <i>pursed- lip</i>
2. Fase ekspirasi memanjang	2. Pernapasan cuping hidung
3. Pola nafas abnormal (mis. Takipnea, bradipnea, hiperventilasi, <i>cheyne- stokes</i>) kusmaul,	3. Diameter thorax anterior- posterior meningkat
	4. Ventilasi semenit menurun
	5. Kapasitas vital menurun
	6. Tekanan ekspirasi menurun
	7. Tekanan inspirasi menurun
	8. Ekskursi dada berubah

2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur (D.0055)

Gejala dan Tanda Mayor	Gejala dan Tanda Minor
Subjektif	Subjektif
1. Mengeluh sulit tidur	
2. Mengeluh sering terjaga	Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun
3. Mengeluh tidak puas tidur	
4. Mengeluh pola tidur berubah	
5. Mengeluh istirahat tidak cukup	
Objektif	Objektif
1. Tampak Lemah	1. (Tidak tersedia)



2. Mata tampak merah	
3. Tampak sering menguap	
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (D.0056)	
Gejala dan Tanda Mayor	Gejala dan Tanda Minor
Subjektif	Subjektif
1. Mengeluh lelah	1. Dispnea saat/ setelah aktivitas
	2. Merasa tidak nyaman setelah aktivitas
	3. Merasa lemah
Objektif	Objektif
1. Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat	1. Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat
	2. Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas
	3. Gambaran EKG menunjukkan iskemia
	4. Sianosis

2.4.4 Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah rencana keperawatan kepada klien sesuai dengan diagnosa yang ditegakkan sehingga kebutuhan klien dapat terpenuhi. Dalam teori perencanaan keperawatan dituliskan sesuai dengan rencana dan kriteria hasil berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Perencanaan keperawatan dan disesuaikan dengan kondisi klien dan fasilitas yang ada, sehingga rencana tindakan dapat diselesaikan dengan *Spesific, Measure, Arhieverble, Rasional, Time* (SMART) selanjutnya akan diuraikan rencana asuhan keperawatan dari diagnosa yang ditegakkan (SDKI, 2016).

Tabel 2.5. Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Intervensi		Rasional
	SLKI	SIKI	
Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas (kelemahan otot pernafasan) (D.0005)	<p>Setelah dilakukan tindakan Asuhan keperawatan 3 x 24 jam Diharapkan: SLKI: pola nafas membaik (L.01004) dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dispnea 2. Penggunaan otot bantu napas 3. Pemanjangan fase ekspirasi 4. Ortopnea 5. Frekuensi napas 6. Kedalaman napas <p>Dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menurun1/2/3/4/5 2. Cukup menurun1/2/3/4/5 3. Sedang1/2/3/4/ 4. Cukup meningkat1/2/3/4/5 5. Meningkat1/2/3/4/5 	<p>SIKI : Pengaturan posisi (I.01019) Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor status oksigenasi <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tempatkan pada matras/ tempat terapeutik yang tepat 2. Tempatkan pada posisi terapeutik 3. Tempatkan objek yang sering digunakan dalam jangkauan 4. Atur posisi tidur yang disukai (jika tidak kontraindikasi) 5. Atur posisi untuk mengurangi sesak (semi fowler) 6. Berikan bantal yang tepat pada leher 7. Motivasi untuk melakukan ROM aktif dan pasif <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Informasikan saat akan dilakukan perubahan posisi <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian premedikasi sebelum mengubah posisi,jika diperlukan <p>SIKI : Edukasi Teknik Nafas Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui status oksigen 2. Untuk memberikan posisi rileks/nyaman 3. Agar lebih mudah diambil 4. Memberikan posisi nyaman 5. Agar klien dapat mengurangi sesak 6. Memberikan posisi nyaman 7. Agar otot relaks 8. Melatih otot kaki 9. Agar klien lebih fokus saat dilakukan terapi 10. Untuk mengurangi sesak nafas 11. Untuk mengetahui kemampuan klien dalam menerima informasi 12. Untuk mempermudah edukasi yang akan dilakukan 13. Untuk mempermudah klien dalam mengatur jadwal latihan pernapasan 14. Untuk memberikan kesempatan bertanya pada klien apabila ada yang belum/ kurang jelas. 15. Untuk memberikan pemahaman

Diagnosa Keperawatan	Intervensi		Rasional
	SLKI	SIKI	
		informasi Terapeutik :	tentang tujuan tindakan
		1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan	16. Mempermudah klien untuk memahami teknik latihan pernapasan
		2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan	17. Memberikan posisi nyaman
		3. Berikan kesempatan untuk bertanya	18. Untuk melatih pernapasan inspirasi
		Edukasi :	19. Untuk melatih pernapasan ekspirasi
		1. Jelaskan tujuan dan manfaat teknik napas	20. Mempermudah klien melakukan latihan pernapasan sesuai yang telah dilakukan
		2. Jelaskan prosedur teknik napas	
		3. Anjurkan memposisikan tubuh senyaman mungkin	
		4. Anjurkan dengan melakukan inspirasi dengan menghirup udara melalui hidung secara perlahan	
		5. Ajarkan melakukan ekspirasi dengan menghembuskan udara mulut mencucu secara perlahan	
		6. Demonstrasikan menarik napas selama 4 detik, menahan napas selama 2 detik dan menghembuskan napas selama 8 detik.	
Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur (D.0055)	Setelah dilakukan tindakan Asuhan keperawatan 3 x 24 jam Diharapkan: SLKI: Pola Tidur Meningkat (L.05045)	SIKI: Dukungan tidur (I.05174)	1. Mengetahui pola aktivitas dan tidur klien
Data subjektif: 1. Mengeluh sulit tidur	Dengan kriteria hasil: 1. Keluhan sulit	Observasi : 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor	2. Untuk mengetahui factor pegganggu tidur pada klien

Diagnosa Keperawatan	Intervensi		Rasional
	SLKI	SIKI	
2. Mengeluh sering terjaga	2. Keluhan sering terjaga	3. Identifikasi makanan atau minuman yang mengganggu tidur (makan mendekati tidur, minum banyak air sebelum tidur)	3. Untuk mengetahui makanan, minuman yang mengganggu tidur klien
3. Mengeluh tidak puas tidur	3. Keluhan tidak puas tidur		4. Terciptanya lingkungan yang nyaman untuk waktu tidur klien
4. Mengeluh polatidur berubah	4. Keluhan pola tidur berubah		5. Untuk mbantu klien menghilangkan stress sebelum tidur
5. Mengeluh istirahat tidak cukup	5. Keluhan istirahat tidak cukup Dengan kriteria hasil:		6. Agar klien dapat menjadwalkan waktu tidur dengan baik
6. Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun	1. Menurun 1/2/3/4/5 2. Cukup menurun 1/2/3/4/5 3. Sedang 1/2/3/4/5 4. Cukup meningkat 1/2/3/4/5 5. Meningkatkan 1/2/3/4/5	1. Modifikasi lingkungan (misalnya pencahayaan, kebisingan, suhu, matras dan tempa tidur) 2. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur 3. Tetapkan jadwal tidur rutin 4. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (misalnya pengaturan posisi) 5. Sesuaikan jadwal pemberian tindakan untuk menunjang siklus tidur – terjaga	7. Mempermudah klien untuk dapat segera tidur 8. Untuk menunjang siklus tidur – terjaga 9. Menambah wawasan klien tentang pentingnya waktu tidur 10. Agar klien lebih fokus dengan waktu tidur yang sudah dijadwalkan 11. Agar klien tidak merasa terganggu selama tidur
Data objektif:			
1. Tampak lemah			
2. Mata tampak merah			
3. Tampak sering menguap			
		Edukasi :	
		1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit	
		2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur	
		3. Anjurkan menghindari	

Diagnosa Keperawatan	Intervensi		Rasional
	SLKI	SIKI	
<p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (D.0056)</p> <p>Data subjektif: Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengeluh lelah Dispnea saat/ setelah aktivitas Merasa tidak nyaman setelah aktivitas Merasa lemah <p>Data objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas Gambaran EKG menunjukkan iskemia Sianosis 	<p>Setelah dilakukan tindakan Asuhan keperawatan 3 x 24 jam Diharapkan: SLKI: toleransi aktivitas meningkat (L.08066)</p> <p>Dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> Frekuensi nadi Saturasi oksigen Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari Jarak berjalan Kekuatan tubuh bagian atas Kekuatan tubuh bagian bawah Keluhan lelah Dispnea saat aktivitas Dispnea setelah aktivitas Perasaan lemah Frekuensi napas Tekanan darah <p>Dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> Meningkat 1/2/3/4/5 Cukup meningkat 1/2/3/4/5 Sedang 1/2/3/4/5 Cukup menurun 1/2/3/4/5 Menurun 1/2/3/4/5 	<p>SIKI: Terapi aktivitas (I.05186)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi defisit tingkat aktivitas Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu Identifikasi strategi meningkatkan partisipasi dalam aktivitas Monitor respons, emosional, fisik, social dan spiritual terhadap aktivitas <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> Fasilitasi focus pada kemampuan, bukan defisit yang dialami Sepakati komitmen untuk meningkatkan frekuensi dan rentang aktivitas Fasilitasi memilih aktivitas dan tetapkan tujuan aktivitas yang konsisten sesuai kemampuan fisik, psikologis, dan sosial Koordinasikan pemilihan aktivitas sesuai usia Fasilitasi makna aktivitas yang dipilih Fasilitasi aktivitas motoric untuk mereleksasi otot Jadwalkan aktivitas dalam rutinitas sehari – hari 	<ol style="list-style-type: none"> Untuk mengetahui defisit tingkat aktivitas klien Untuk mengetahui kemampuan dalam beraktivitas Untuk mengetahui strategi partisipasi dalam beraktivitas Untuk mengetahui respon emosional, fisik, social dan spiritual terhadap aktivitas Untuk membangkitkan semangat pada diri klien tentang kemampuan yang dimiliki Untuk dapat memastikan rentang aktivitas yang dapat dilakukan klien Untuk membantu lansia dalam memilih aktivitas yang sesuai dengan kemampuan Untuk membantu lansia dalam memilih aktivitas yang sesuai dengan usia Untuk membantu klien

Diagnosa Keperawatan	Intervensi		Rasional
	SLKI	SIKI	
		8. Berikan penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas	memahami makna aktivitas yang dipilih.
		Edukasi:	10. Untuk membantu merelaksasikan otot
		1. Jelaskan metode aktivitas fisik sehari-hari, jika perlu	11. Untuk mempermudah klien mengingat jadwal aktivitas yang akan dilakukan setiap hari
		2. Ajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih	
		3. Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok atau terapi, jika sesuai	12. Untuk meningkatkan motivasi klien setelah beraktivitas sesuai kemampuan
			13. Untuk meningkatkan pengetahuan klien
			14. Untuk meningkatkan frekuensi aktivitas sesuai dengan kemampuan.

2.5 Tinjauan Artikel Ilmiah

Artikel yang digunakan untuk kajian keaslian penelitian ini diperoleh dengan memasukkan kata kunci "Asuhan keperawatan lansia, pola napastidak efektif, posisi semi fowler - fowler, *congestive heart failure*" database pencarian yang digunakan adalah *Scopus*, *Science Direct*, *PubMed* dan *Google Scholar*. Kriteria inklusi artikel yang dipilih adalah artikel yang dapat di akses dan terdapat teks lengkap, artikel 5 tahun terakhir yaitu sejak tahun 2017-2023. Penelitian yang tertulis dalam selain Bahasa Inggris diterjemahkan terlebih dahulu ke dalam Bahasa Indonesia. Setelah diseleksi

terdapat 10 artikel yang sesuai, yang dapat menjadi referensi penulis. Data yang diambil memiliki karakteristik yaitu penulis pertama, tahun publikasi, negara, karakteristik klien (lansia, mendapat terapi pemberian posisi semi fowler dan *deep breathing exercise*), karakteristik intervensi (penjelasan intervensi yang dilakukan, durasi intervensi), dan hasil dari penelitian, kelebihan dan saran pada penelitian tersebut.

Tabel 2.6. Tinjauan Artikel Penelitian

No	Judul/author	Metode penelitian	Hasil
1	Ineffective Breathing Pattern Nursing Care With Chronic Kidney Diseases Patient (Narlolita Yola, 2018)	D : Penelitian Kualitatif S: 4 lansia VI:Pola pernafasan tidak efektif VD: Lansia dengan Chronic Kidney Disease (CKD) I: Format Asuhan Keperawatan A: Analisis kualitatif	Hasil dari permasalahan diagnosa keperawatan yang muncul adalah PGK dengan pola pernafasan tidak efektif. Intervensi yang ditekankan dan dilakukan di lapangan pada studi kasus adalah pemberian posisi semi fowler/ fowler, dan mempertahankan terapi oksigen. Evaluasi akhir diagnosa keperawatan pada pasien dengan masalah teratasi dan tujuan tercapai sesuai kriteria waktu yang ditentukan.
2	The Effect Of Semi Fowler Position on the Stability of Breathing among Asthma Patients at Ratu Zalecha Hospital Martapura (Putradana, Mardiyono and Rochana, 2021)	D : Penelitian Deskriptif dalam bentuk studi kasus S: 1 lansia VI:Pola pernafasan tidak efektif VD: Lansia dengan <i>Congestive Heart Failure (CHF)</i> I:Format asuhan keperawatan. A: Analisis deskriptif	Penerapan posisi semi fowler (posisi duduk 45°) selama 3x24 jam sesuai dengan SOP membantu mengurangi sesak nafas dan membantu mengoptimalkan RR pada klien sehingga masalah ketidakefektifan pola nafas dapat teratasi.
3	Gangguan Pola Nafas Tidak Efektif Pada Pasien Congestive Heart Failure (CHF) (Isyabella Bandola, Artini and Nancye, no date)	D : Penelitian Deskriptif dalam bentuk studi kasus S: 2 lansia VI:Pola nafas tidak efektif VD: Lansia dengan <i>Congestive Heart Failure (CHF)</i> I:Format Asuhan Keperawatan	Berdasarkan hasil observasi disimpulkan bahwa dengan hal yang sama diagnose keperawatan dan dengan implementasi yang sama terdapat perbedaan hasil dan respon antara kelompok intervensi dan

No	Judul/author	Metode penelitian	Hasil
		A: Analisis deskriptif	kelompok control. Pemilihan intervensi keperawatan adalah dengan <i>breathing exercise</i>
4	Analysis Of Nursing Care on Congestive Heart Failure Disease Using Semifowler Position to Increase Oxigen Saturation (Gharaibeh <i>et al.</i> , 2022)	D : Penelitian Deskriptif dalam bentuk studi kasus S: 1 orang VI: gangguan pola pernafasan VD: Lansia dengan <i>Congestive Heart Failure (CHF)</i> I:Formulir Asuhan Keperawatan dan oxymetri A: Analisis deskriptif	Studi ini menunjukkan bahwa penerapan posisi semi fowler pada Pasien Gagal Jantung Jantung dapat meningkatkan saturasi oksigen yang ditandai dengan peningkatan nilai saturasi oksigen secara signifikan dengan nilai rata-rata 3% setiap harinya.
5	Penerapan Posisi Semi Fowler Terhadap Ketidakefektifan Pola Nafas Pada Pasien <i>Congestive Heart Failure (CHF)</i>	D : Penelitian Deskriptif dalam bentuk studi kasus S: 2 orang VI: ketidakefektifan pola nafas VD: Klien dengan <i>Congestive Heart Failure (CHF)</i> I:Formulir Asuhan Keperawatan dan oxymetri A: Analisis deskriptif	Penerapan posisi semi fowler (posisi duduk 45°) selama 3x24 jam sesuai dengan SOP membantu mengurangi sesak nafas dan membantu mengoptimalkan RR pada klien sehingga masalah ketidakefektifan pola nafas dapat teratasi
6	Gangguan Pola Napas Tidak Efektif Pada Pasien Acute Myocard Infark (AMI)	D : Penelitian Deskriptif dalam bentuk studi kasus S: 2 orang VI: gangguan pola nafas tidak efektif VD: Lansia dengan Non ST – Elevasi Miokardium (NSTEMI) dengan gangguan pola nafas tidak efektif I:Formulir Asuhan Keperawatan dan oxymetri A: Analisis deskriptif	Berdasarkan wawancara dan observasi disimpulkan bahwa dengan diagnosa keperawatan yang sama dan pelaksanaannya terdapat perbedaan hasil dan tanggapan antar pihak kelompok intervensi dan kelompok kontrol
7	Penerapan Pronasi dan Semi Fowler Terhadap Peningkatan Saturasi Oksigen Pada Pasien COVID-19 (Azzam,2023)	D : Penelitian Kuantitatif dalam bentuk quasi eksperimen S: 80 orang VI: Posisi Pronasi dan Semi Fowler VD: Klien dengan Penumonia Covid 19 I:Kuesioner A: Analisis deskriptif	Berdasarkan penelitian tersebut maka disimpulkan bahwa ada perubahan berbeda saturasi oksigen sebelum dan sesudah dilakukan posisi pronasi maupun semi fowler pada pasien pneumonia Covid 19 di Rs Islam Jakarta Cempaka Putih
8	Pengaruh Pulsed Lip Breathing Exercise Terhadap Penurunan Sesak Napas Pada Pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) Di RSUD Royal Prima Medan 2018	D : Penelitian quasi experiment dengan rancangan <i>one grup pre-post test design</i> S: 8 orang VI: <i>Pulsed Lip Breathing Exercise</i>	Dari hasil uji wilcoxon menunjukkan bahwa nilai P sebesar 0,011 sehingga H0 ditolak tolak dan Ha diterima yang artinya bahwa adanya Pengaruh pulsed lip breathing

No	Judul/author	Metode penelitian	Hasil
	(Siregar H, 2019)	VD: Klien dengan PPOK I: Kuesioner media lembaran observasi A: Analisis deskriptif	exercise terhadap penurunan sesak napas pada pasien penyakit paru obstruktif kronik (PPOK) di RSUD Royal Prima Medan tahun 2018.
9	<i>Breathing Exercise for Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patient: Scoping Review</i> (Jenic M,2021)	D : Penelitian <i>Scoping Review</i> S: 7 penelitian VI: <i>Breathing Exercise</i> VD: Identifikasi literatur I: Penelitian Kuantitatif dan kualitatif A: Analisis deskriptif	Analisis menunjukkan bahwa latihan pernapasan terdiri dari berbagai jenis yaitu yoga breathing exercise, pursed lips breathing, diaphragmatic breathing, inspiratory dan expiratory muscle training yang dapat meningkatkan saturasi oksigen, produksi lender, kapasitas vital paru, nilai tes berjalan enam menit, menurunkan sesak nafas dan frekuensi pernapasan
10	<i>Effect Of Breathing Exercise In Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease : Systematic Review and Meta – Analysis</i> (Mathiyacom W,et al, 2019)	D: <i>Randomized controlled trials investigating</i> S: 19 penelitian VI: <i>Breathing Exercise</i> VD: Identifikasi literatur I: Penelitian Kuantitatif dan kualitatif A: Analisis deskriptif	Berdasarkan kualitas bukti yang rendah hingga sedang, penggunaan BE ini untuk meningkatkan ventilasi dan kualitas hidup pada PPOK pasien bersyarat

BAB 3
METODE PEMBERIAN ASUHAN
KEPERAWATAN

BAB 3

METODE PEMBERIAN ASUHAN KEPERAWATAN

3.1 Jenis dan Rancangan Asuhan

Penelitian ini menggunakan desain penelitian deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Studi kasus merupakan serangkaian kegiatan ilmiah untuk memperoleh pengetahuan mendalam tentang suatu kejadian yang dilakukan secara intensif, terinci dan mendalam tentang suatu program, peristiwa, dan aktivitas, baik pada tingkat perorangan, sekelompok orang, lembaga, atau organisasi. Peristiwa yang dipilih menjadi kasus bersifat aktual (*real-life events*), dan sedang berlangsung (Rahardjo, 2017). Penelitian ini adalah studi penerapan pemberian posisi semi fowler pada lansia yang mengalami pola nafas tidak efektif di Panti Werdha Jambangan Surabaya.

3.2 Lokasi dan waktu Asuhan Keperawatan

Lokasi pengambilan kasus di Panti Werdha Jambangan Surabaya pada tanggal 08 Mei 2023 sampai dengan tanggal 11 Mei 2023.

3.3 Instrumen Asuhan

Jenis instrumen penelitian yang dapat digunakan pada ilmu keperawatan dapat diklasifikasikan menjadi lima bagian, yang meliputi pengukuran, biofisiologis, observasi, wawancara, kuesioner dan skala (Nursalam, 2020). Pada penelitian ini, peneliti menggunakan instrument berupa Format Asuhan Keperawatan Lansia berdasarkan pendekatan proses keperawatan model Carol A Miller yang meliputi pengkajian, penetapan diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi. Pengukuran kualitas tidur digunakan PSQI sebagai instrumen tambahan.

3.4 Subyek Asuhan

Subjek studi kasus yaitu lansia yang bersedia menjadi subjek studi kasus, dan tinggal di panti Werdha Jambangan. Kriteria eksklusi meliputi lansia dengan terapi general di Panti Werdha. Subjek pada studi kasus ini adalah Ny. L berusia 80 tahun dengan kasus medis *Congestive Heart Failure* (CHF) dengan masalah keperawatan pola nafas tidak efektif.

3.5 Metode Pengumpulan Data

Pengambilan data dalam rangkaian asuhan keperawatan dilakukan dengan melakukan pengkajian keperawatan dan proses keperawatan. Pengkajian keperawatan merupakan tahap dasar dari seluruh proses keperawatan dengan tujuan mengumpulkan informasi dan data-data pasien agar dapat mengidentifikasi masalah yang dialami, kebutuhan yang tidak terpenuhi, baik secara fisiologi, psikologi, sosial, maupun spiritual pasien. Pada penelitian ini, data pengkajian terdiri atas data primer dan data sekunder. Data primer dikumpulkan melalui wawancara dan observasi. Sedangkan data sekunder dikumpulkan dari data/hasil pemeriksaan pasien. Pengumpulan data dilakukan secara langsung di Panti Wredha Jambangan. Pada penelitian ini, peneliti melakukan pengambilan data sekunder terlebih dahulu dengan tujuan untuk melihat gambaran besar kondisi partisipan, serta penanganan medis dan perawatan yang telah dilakukan. Sehingga saat melakukan pengambilan data primer, peneliti dapat berfokus untuk menggali data tentang masalah keperawatan yang dialami. Saat pengambilan data, peneliti menggunakan alat bantu penelitian seperti lembar pengkajian asuhan keperawatan lansia, buku

catatan, dan alat tulis. Lembar pengkajian berfungsi untuk mendokumentasikan hasil pengkajian selama proses pengambilan data.

Jenis instrumen penelitian yang dapat digunakan pada ilmu keperawatan dapat diklasifikasikan menjadi lima bagian, yang meliputi pengukuran, biofisiologis, observasi, wawancara, kuesioner dan skala (Nursalam, 2020). Pada penelitian ini, peneliti menggunakan instrument berupa Format Asuhan Keperawatan Lansia berdasarkan pendekatan proses keperawatan model Carol A Miller yang meliputi pengkajian, penetapan diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

Tahap-tahap pengambilan data primer dalam penelitian ini sebagai berikut:

3.5.1 Tahap persiapan

Peneliti memperkenalkan diri, menjelaskan tujuan dan prosedur pengambilan data, serta manfaat penelitian. Kemudian peneliti memberikan *informed consent* kepada pasien. Setelah mendapatkan kesediaan partisipan, peneliti dan partisipan membuat kontrak waktu dan tempat untuk melakukan wawancara. Peneliti menyiapkan alat bantu penelitian yang akan digunakan selama pengambilan data. Selain itu, peneliti juga mempersiapkan diri agar dapat melakukan komunikasi secara efektif dengan partisipan. Tujuannya adalah agar proses wawancara dan observasi dapat berjalan secara efektif dan efisien sehingga data penelitian yang didapatkan maksimal. Sebelum memulai proses wawancara, peneliti mempersilahkan partisipan untuk bertanya jika



ada yang ingin ditanyakan mengenai proses pengambilan data dalam penelitian ini.

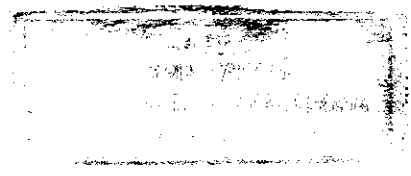
3.5.2 Tahap kerja

Pengambilan data dilakukan di Panti Wredha Jambangan dengan menggunakan buku catatan untuk merekam semua proses wawancara. Peneliti memperkenalkan diri dan menjelaskan kembali terkait tujuan, manfaat, dan prosedur pengambilan data yang akan dilakukan. Wawancara diawali dengan menanyakan perasaan partisipan saat dilakukan penelitian. Kemudian dilanjutkan dengan pertanyaan sesuai dengan lembar pengkajian asuhan Keperawatan Lansia berdasarkan pendekatan proses keperawatan model Carol A Miller yang meliputi pengkajian, penetapan diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi. Lembar pengkajian asuhan keperawatan terdiri dari 10 sub sistem yaitu identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga, perilaku yang mempengaruhi kesehatan, observasi dan pemeriksaan fisik yang meliputi pemeriksaan persistem, pengkajian psikososial, personal hygiene dan kebiasaan, dan yang terakhir adalah pengkajian spiritual. Saat memberikan pertanyaan, peneliti berusaha menggunakan bahasa yang mudah dipahami partisipan. Apabila ada jawaban yang kurang jelas, peneliti akan melakukan klarifikasi kepada partisipan. Sebaliknya, partisipan juga dapat memberikan klarifikasi jika pertanyaan yang diberikan oleh peneliti kurang dapat dipahami.

3.5.3 Tahap Terminasi

Setelah didapatkan data-data hasil wawancara dan observasi, peneliti akan melakukan validasi data kepada partisipan. Partisipan dapat memberikan klarifikasi jika terdapat data yang tidak sesuai dengan yang dialami oleh partisipan. Sebelum mengakhiri pertemuan, peneliti melakukan kontrak waktu dan tempat untuk pertemuan selanjutnya. Terakhir, peneliti mengucapkan terima kasih kepada partisipan karena telah berpartisipasi dan bersikap kooperatif selama proses pengambilan data.

BAB 4
HASIL DAN PEMBAHASAN



BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran Kasus

1. Pengkajian

Tanggal Pengkajian : 08 Mei 2023

1) Identitas Klien

- a. Nama : Ny. L
- b. Umur : 80 Tahun
- c. Agama : Kristen Protestan
- d. Alamat : Surabaya - Jawa Timur
- e. Tanggal Datang : 19 Oktober 2018
- f. Lama Tinggal di Panti: 2 tahun 6 bulan
- g. Diagnosis Medis : *Congestive Heart Failure*

2) Data Keluarga

- a. Nama : Tn. S.K. (76 tahun)
- b. Hubungan : Adik sepupu
- c. Pekerjaan : Wiraswasta
- d. Alamat : Surabaya - Jawa Timur
- e. Telp. : -

3) Status Kesehatan Sekarang

- a. Keluhan utama:
Ny L. mengeluh sesak nafas
- b. Riwayat usaha yang dilakukan untuk mengatasi keluhan:
Membatasi aktivitas sehari – hari untuk menghindari timbulnya sesak nafas dan rasa kelelahan

4) Age Related Changes (Perubahan Terkait Proses Menua)

Tabel 4.1 Pengkajian

1	Kondisi Umum	Ya	Tidak
	Kelelahan :	v	
	Perubahan BB :		v
	Perubahan nafsu makan :		v
	Masalah Tidur :	v	
	Kemampuan ADL :		v
	Keterangan :	Klien mengeluh sesak nafas dan merasa kelelahan saat beraktivitas	
2	Integumen	Ya	Tidak
	Lesi/ luka :		v
	Pruritus :		v
	Perubahan pigmen :		v
	Memar :		v
	Pola penyembuhan lesi :		v
	Keterangan :	Tidak ada masalah gangguan integumen	
3	Hematopoetic	Ya	Tidak
	Perdarahan abnormal :		v
	Pembengkakan kelimfe :		v
	Anemia :		v
	Keterangan :	Tidak ada masalah	
4	Kepala	Ya	Tidak
	Sakit kepala :		v
	Pusing :		v
	Gatal pada kulit kepala :		v
	Keterangan :	Tidak ada masalah	
5	Mata	Ya	Tidak
	Perubahan Penglihatan :	v	
	Pakai kacamata :	v	
	Kekeringan mata :		v
	Nyeri :		v
	Gatal :		v
	Photobia :		v
	Diplobia :		v
	Riwayat infeksi :		v
	Keterangan :	Klien tidak dapat melihat objek jarak jauh tampak kabur	
6	Telinga	Ya	Tidak
	Penurunan :	v	

	pendengaran		
	Discharge		✓
	Tinitus		✓
	Vertigo		✓
	Alat bantu dengar		✓
	Riwayat infeksi		✓
	Kebiasaan membersihkan telinga		✓
	Dampak pada ADL	Tidak berdampak pada ADL	
	Keterangan	: Klien kurang bias mendengar saat bicara/ suara pelan	
	Hidung sinus	Ya	Tidak
	Rhinorrea		✓
	Discharge		✓
	Epistaksis		✓
	Obstruksi		✓
7	Snoring		✓
	Alergi		✓
	Riwayat infeksi		✓
	Keterangan	: Tidak ada masalah lansia mampu mencium bau/ aroma dengan baik	
8	Mulut, tenggorokan	Ya	Tidak
	Nyeri telan		✓
	Kesulitan menelan		✓
	Lesi		✓
	Perdarahan gusi		✓
	Caries		✓
	Perubahan rasa		✓
	Gigi palsu		✓
	Riwayat infeksi		✓
	Pola Sikat gigi	2 kali sehari (saat mandi)	✓
	Keterangan	: Tidak ada masalah	
9	Lcher	Ya	Tidak
	Kekakuan		✓
	Nyeri tekan		✓
	Massa		✓
	Keterangan	: Tidak ada masalah	
10	Pernafasan	Ya	Tidak
	Batuk	✓	
	Nafas pendek		✓
	Hemoptisis		✓
	Wheezing		✓
	Asma		✓
	Keterangan	: Klien mengatakan jika minum yang banyak klien batuk dan merasa	

		sesak nafas, rasa berat di dada ; RR : 24 kali/menit	
11	Kardiovaskuler	Ya	Tidak
	<i>Chest pain</i>	:	✓
	Palpitasi	:	✓
	<i>Dypsnea</i>	:	✓
	<i>Paroximal Nocturnal</i>	:	✓
	<i>Orthopnea</i>	:	✓
	Murmur		
	<i>Edema</i>	✓	
	Keterangan	:	Klien mengatakan jika minum yang banyak klien batuk dan merasa sesak nafas, kedua kaki terdapat edema
12	Gastrointestinal	Ya	Tidak
	<i>Disphagia</i>	:	✓
	<i>Nausea/vomiting</i>	:	✓
	<i>Hematemesis</i>	:	✓
	Perubahan nafsu makan	:	✓
	Massa	:	✓
	<i>Jaudince</i>	:	✓
	Perubahan pola BAB	:	✓
	Melena	:	✓
	Hemorroid	:	✓
	Pola BAB	Dua hari sekali	
	Keterangan	:	Klien mengatakan jika minum yang banyak klien batuk dan merasa sesak nafas, kedua kaki terdapat edema
13	Perkemihan	Ya	Tidak
	<i>Dysuria</i>	:	✓
	<i>Hesitancy</i>	:	✓
	<i>Urgency</i>	:	✓
	Hematuria	:	✓
	Poliuria	:	✓
	Oliguria	:	✓
	Nocturia	:	✓
	Inkontinensia	:	✓
	Frekuensi	3 sampai 4 kali dalam sehari	
	Pola BAK	Normal, tetapi jika banyak minum di malam hari bisa 3x	
	Keterangan	:	Tidak masalah system perkemihan
14	Reproduksi	Ya	Tidak

	(Perempuan)		
	Lesi	:	✓
	<i>Discharge</i>	:	✓
	<i>Postcoital bleeding</i>	:	✓
	Nyeri pelvis	:	✓
	Prolap	:	✓
	Aktivitas seksual	:	✓
	Pap smear	:	✓
	Riwayat menstruasi	:	✓
	Keterangan	:	Tidak masalah system reproduksi (klien tidak menikah)
15	Muskuloskeletal	Ya	Tidak
	Nyeri sendi	:	✓
	Bengkak	:	✓ (kedua kaki)
	Kaku sendi	:	✓
	Deformitas	:	✓
	Spasme	:	✓
	Kram	:	✓
	Kelemahan otot	:	✓
	Masalah gaya berjalan	:	✓
	Nyeri punggung	:	✓
	Pola latihan	:	Kadang mengikuti senam
	Dampak ADL	:	Tidak ada dampak pada ADL
	Keterangan	:	Klien mengeluh mengalami sesak nafas dan merasa kelelahan setelah melakukan ADL secara mandiri.
16	Persyarafan	Ya	Tidak
	Seizures	:	✓
	Syncope	:	✓
	Tic/tremor	:	✓
	Paralysis	:	✓
	Paresis	:	✓
	Masalah memori	:	✓
	Keterangan	:	Tidak ada masalah, klien mampu bercerita tentang keluarga dan masa lalu dengan baik

5 POTENSI PERTUMBUHAN PSIKOSOSIAL DAN SPIRITUAL		
Psikososial	Ya	Tidak
Cemas		√
Depresi		√
Ketakutan		√
Insomnia		√
Kesulitan dalam mengambil keputusan		√
Kesulitan konsentrasi		√
Mekanisme koping	Baik tidak ada masalah	
Persepsi tentang kematian	Klien mengatakan hidup dan mati bagi manusia sudah menjadi bagian yang pasti dialami.	
Dampak pada ADL	Klien tetap menjalankan ibadah dan beraktivitas seperti biasa (d disesuaikan dengan kemampuan klien)	
Spiritual		
Aktivitas ibadah	: selalu mengikuti ibadah / gereja dan klien merasa lebih tenang jika bias mengikuti ibadah	
Hambatan	: tidak ada	
Keterangan	: Tidak ada masalah.	

6 RISK FAKTOR	
Riwayat Penyakit yang diderita :	<i>Congestive Heart Failure (CHF)</i>
Pengobatan yang sedang dijalani :	Amlodipine 1 x 1 5mg (Pagi)
Efek samping pengobatan	Tidak ada
Paparan Stresor Fisik atau Psikologis	Tidak ada
Lingkungan	
Kamar / tempat tidur	Suhu kamar agak panas dan tempat tidur baik
Dalam rumah	Bersih dan nyaman untuk dihuni
Luar rumah	Baik terdapat beberapa taman kecil

7. NEGATIVE FUNCTIONAL CONSEQUENCES

- Kemampuan ADL** : Klien mampu melakukan aktivitas sehari-hari (makan, minum, mandi, berpakaian)
- Aspek Kognitif** : Tidak ada gangguan kognitif
- Tes Keseimbangan** : Tidak ada risiko jatuh

- d. GDS : Klien tidak mengalami depresi
- e. Status Nutrisi : Status gizi lansia normal
- f. Fungsi social lansia : Fungsi social lansia baik
- g. Risiko jatuh : Tidak ada risiko jatuh (TUG <13,5 detik)
- h. Hasil pemeriksaan diagnostic

Tabel 4.2 Hasil Pemeriksaan Diagnostik

No	Jenis Pemeriksaan Diagnostik	Tanggal Pemeriksaan	Hasil
1	Tekanan darah	08 Mei 2023	150/90 mmHg
2	Nadi	08 Mei 2023	78 x/ menit
3	Suhu	08 Mei 2023	36,7°C
4	Respirasi	08 Mei 2023	24 x/ menit
5	Saturasi Oksigen	08 Mei 2023	97%

Lampiran

1. Kemampuan ADL

Tabel 4.3 Tingkat kemandirian dalam kehidupan sehari – hari (Indeks Barthel)

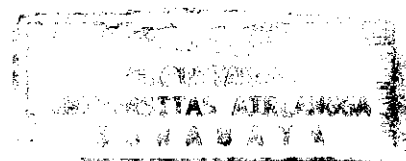
No	Item yang dinilai	Skor	Skor Klien
1	Makan	0 = tidak mampu 1= Butuh bantuan memotong lauk, mengoles mentega dll 2=Mandiri	2
2	Mandi	0= Tergantung orang lain 1=Mandiri	1
3	Perawatan diri	0 = Membutuhkan bantuan orang lain 1 = Mandiri dalam perawatan muka, rambut, gigi dan bercukur 2 = Mandiri	1
4	Berpakaian	0 = Tergantung 1 = Sebagian dibantu (misalnya mengancing baju) 2 = Mandiri	2
5	Buang air kecil	0 = Inkontinensia atau pakai kateter dan tidak terkontrol 1 = Kadang inkontinensia (maks 1x24 jam) 2 = Kontinensia	2

No	Item yang dinilai	Skor	Skor Klien
6	Buang air besar	0 = Inkontinensia (tidak teratur atau perlu enema) 1 = kadang inkontinensia (sekali seminggu) 2 = Kontinensia	2
7	Penggunaan toilet	0 = Tergantung bantuan orang lain 1 = membutuhkan bantuan, tapi dapat melakukan beberapa hal sendiri 2 = Mandiri	2
8	Transfer	0 = Tidak mampu 1 = Butuh bantuan untuk bias duduk (2 orang) 2 = Bantuan kecil (1 orang) 3 = Mandiri	2
8	Mobilitas (berjalan di permukaan datar)	0 = Immobile (tidak mampu) 1 = Menggunakan kursi roda 2 = Berjalan dengan bantuan satu orang 3 = Mandiri	2
9	Naik turun tangga	0 = immobile (tidak mampu) 1 = Menggunakan kursi roda 2 = berjalan dengan bantuan satu orang 3 = Mandiri (meskipun menggunakan alat bantu seperti tongkat)	3
10	Naik turun tangga	0 = tidak mampu 1 = membutuhkan bantuan (alat bantu) 2 = Mandiri	0

Interpretasi

- Skor 20 : Mandiri
- Skor 12-19 : Ketergantungan ringan
- Skor 9-11 : Ketergantungan Sedang
- Skor 5-8 : Ketergantungan Berat
- Skor 0-4 : Ketergantungan Total

(Lewis, Carole dan Shaw, 2006)



2. Mini – Cog

Nama : Ny L

Tgl/Jam : 08 Mei 2023 / 08.00

Step 1 : 3 daftar kata

“Tolong dengarkan baik – baik. Saya akan mengatakan tiga yang saya ingin anda ulangi kembali kepada saya sekarang dan coba ingat” Kata – kata adalah (pilih daftar kata dari versi di bawah). Tolong katakan itu untukku sekarang.

Tabel 4.4 Pengkajian Mini-cog

Versi 1	Versi 2	Versi 3	Versi 4	Versi 5	Versi 6
Pisang	Pemimpin	Desa	Sungai	Kapten	Anak Perempuan
Matahari terbit	Musim	Dapur	Negara	Kebun	Surga
Kursi	Meja	Bayi	Jari	Gambar	Gunung

Record :

Versi daftar kata : 2/(MC1) jawaban : Pemimpin/ MC2 Musim/(MC3)

Maju/(MC4)

Step 2 : Menggambar jam

- Katakan : ‘Selanjutnya, saya ingin anda menggambar jam untuk saya. Pertama, masukkan semua angka dalam lingkaran’ Ketika itu selesai
- Katakan : ‘sekarang aturlah jam ke 10 ke jam 11

Catatan : pasien tidak sekolah

Mencatat kata – kata (MC5)

Menggambar jam (MC6)

Buta huruf/ gangguan : 77

Nilai total (MC7)

Tabel 4.5 Scoring mini-cog

Skor mencatat kata – kata : 3 (0-3 points)	1 poin untuk setiap kata yang secara spontan diingat tanpa isyarat
Skor menggambar jam : 0 (0 or 2 points)	Jam normal = 2 poin. Jam normal memiliki semua nomor yang ditempatkan dalam urutan yang benar dan posisi yang kira – kira benar (misalnya 1,2,3 6, dan 9 berada di posisi jangkar) tanpa nomor yang hilang atau

	duplikat Panah menunjukkan ke 11 dan 2 (11:10) . Panjang panah tidak dihitung ketidakmampuan atau penolakan untuk menggambar jam (abnormal) = 0 poin
Total skor : 3 (0-5 points)	Skor total = skor mencatat kata – kata + Skor menggambar jam Titik potong <3 pada mini – cog telah divalidasi untuk skrining demensia, tetapi banyak individu dengan gangguan kognitif yang bermakna secara klinis akan mendapat skor lebih tinggi. Ketika sensitivitas yang lebih besar diinginkan, titik potong <4 direkomendasikan karena dapat mengindikasikan kebutuhan untuk evaluasi status kognitif lebih lanjut.

3. Tes Keseimbangan

Tabel 4.6 Hasil Time Up Go Test

No	Tanggal Pemeriksaan	Hasil TUG (detik)
1	08 Mei 2023	12 detik (± 2 meter)
2	09 Mei 2023	10 detik
3	10 Mei 2023	12,4 detik
Rata – rata Waktu TUG		$(12 + 10 + 12,4) / 3 = 34,4/3 = 11,46$
Interpretasi hasil		Tidak ada resiko jatuh
Hasil pengamatan		Klien mampu berjalan dengan baik

Interpretasi hasil :

Apabila hasil pemeriksaan TUG menunjukkan hasil berikut :

< 13,5 detik	Tidak ada risiko jatuh
>13,5 detik	Risiko tinggi jatuh
>24 detik	Diperkirakan jatuh dalam kurun waktu 6 bulan
>30 detik	Diperkirakan membutuhkan bantuan dalam mobilisasi dan melakukan ADL

(Bohannon : 2006; Shumway – Cook, Brauer & Woolacott : Kristensen, Foss dan Kehlet : Podsiadlo dan Richardson : 1991)

4. GDS

Tabel 4.7 Pengkajian Depresi

No	Pertanyaan	Jawaban		
		Ya	Tdk	Hasil
1	Anda puas dengan kehidupan anda saat ini	0	1	0
2	Anda merasa bosan dengan berbagai aktifitas dan kesenangan	1	0	0
3	Anda merasa bahwa hidup anda hampa / kosong	1	0	0
4	Anda sering merasa bosan	1	0	0
5	Anda memiliki motivasi yang baik sepanjang waktu	0	1	0
6	Anda takut ada sesuatu yang buruk terjadi	1	0	0

No	Pertanyaan	Jawaban		
		Ya	Tdk	Hasil
	pada anda			
7	Anda lebih merasa bahagia di sepanjang waktu	0	1	0
8	Anda sering merasakan butuh bantuan	1	0	0
9	Anda lebih senang tinggal di rumah daripada keluar melakukan sesuatu hal	1	0	1
10	Anda merasa memiliki banyak masalah dengan ingatan anda	1	0	1
11	Anda menemukan bahwa hidup ini sangat luar biasa	0	1	0
12	Anda tidak tertarik dengan jalan hidup anda	1	0	0
13	Anda merasa diri anda sangat energy/ bersemangat	0	1	0
14	Anda merasa tidak punya harapan	1	0	0
15	Anda berfikir bahwa orang lain lebih dari diri anda	1	0	0
				2

(Geriatric Depression Scale (Short Form) dari Yesavage (1983) dalam Gerontological Nursing, 2006)

Interpretasi : Jika diperoleh skore 5 atau lebih, maka di indikasikan depresi

5. Status Nutrisi

Tabel 4.8 Pengkajian determinan nutrisi pada lansia

	Skrining	Skor
A	Mengalami penurunan asupan makanan lebih dari 3 bulan selama adanya penurunan nafsu makan, gangguan pencernaan, menelan dan kesulitan menelan	
	0 = Adanya penurunan asupan makanan yang besar	2
	1 = Adanya penurunan asupan makanan yang sedang	
	2 = Tidak ada penurunan asupan makanan	
B	Mengalami penurunan berat badan selama tiga bulan terakhir	
	0 = Penurunan BB > 3kg	3
	1 = Tidak diketahui	
	2 = Penurunan BB 1-3kg	
	3 = Tidak mengalami penurunan BB	
	Mobilitas	
C	0 = Tidak dapat turun dari tempat tidur / kursi roda	1
	1 = Dapat turun dari tempat tidur/ kursi roda namun tidak dapat berjalan jauh	
	2 = Dapat berjalan jauh	
D	Mengalami stress psikologis atau memiliki penyakit akut tiga bulan terakhir	
	0 = Ya	2
	2 = Tidak	

No	URAIAN	FUNGSI	SKORE
	< 3 = Disfungsi berat 4-6 = Disfungsi sedang > 6 = Fungsi baik		

7. Pengkajian Kualitas Tidur (PSQI)

KUESIONER KUALITAS TIDUR (PSQI)

- Jam berapa biasanya anda mulai tidur malam? Jam 23.00
- Berapa lama anda biasanya baru bisa tertidur tiap malam ? 30 menit sampai 1 jam
- Jam berapa anda biasanya bangun pagi? Jam 02.00 pagi
- Berapa lama anda tidur dimalam hari? 4- 5 jam

Tabel 4.10 Pengkajian Kualitas Tidur (PSQI)

No	URAIAN	Tidak Pernah	1x seminggu	2x Seminggu	>3x seminggu
a	Tidak mampu tertidur selama 30 menit sejak berbaring		√		
b	Terbangun di tengah malam atau terlalu dini				√
c	Terbangun untuk ke kamar mandi				√
d	Tidak mampu bernafas dengan leluasa		√		
e	Batuk atau mengorok		√		
f	Kedinginan dimalam hari	√			
g	Kepanasan dimalam hari		√		
h	Mimpi buruk	√			
i	Terasa nyeri	√			
j	Alasan lain				
6	Seberapa sering anda menggunakan obat tidur	√			
7	Seberapa sering anda mengantuk ketika melakukan aktivitas disiang hari				√
		Tidak antusias	Kecil	Sedang	Besar
8	Seberapa besar antusias anda ingin menyelesaikan masalah yang anda hadapi				√
9	Pertanyaan pre-intervensi : Bagaimana kualitas tidur		√		

No	URAIAN	Tidak Pernah	1x seminggu	2x Seminggu	>3x seminggu
	anda selama sebulan yang lalu				
	Pertanyaan post intervensi : bagaimana kualitas tidur anda selama seminggu yang lalu				√

Tabel 4.11 Cara perhitungan Skor PSQI dan Interpretasi skor

KOMPONEN	KETERANGAN	SKOR
Komponen 1	Skor pertanyaan #9	1
Komponen 2	Skor pertanyaan #2 + #5a Skor pertanyaan #2 (<15menit=0), (16-30 menit=1), (31-60menit=2), (>60menit=3) + skor pertanyaan #5a, jika jumlah skor dari kedua pertanyaan tersebut jumlah nya 0 maka skornya = 0, jika jumlahnya 1-2=1 ; 3-4=2 ; 5-6=3	3
Komponen 3	Skor pertanyaan #4 (>7=0 ; 6-7=1 ; 5-6=2 ; <5=3)	3
Komponen 4	Jumlah jam tidur pulas (#4) / Jumlah jam ditempat tidur (kalkulasi #1 dan #3) x 100%, (>85%=0 ; 75-80%=1 ; 65-74%=2 ; <65%=3)	1
Komponen 5	Jumlah skor 5b hingga 5j (bila jumlahnya 0 maka skornya = 0, jika jumlah nya 1-9=1 ; 10-18=2 ; 18-27=3)	1
Komponen 6	Skor pertanyaan #6	0
Komponen 7	Skor pertanyaan #7 + #8, jika jumlahnya 0 maka skornya = 0, jika jumlahnya 1-2=1 ; 3-4=2 ; 5-6 = 3	0
TOTAL SKOR	Jumlah skor komponeen 1-7	9
	INTERPRETASI	
	JIKA TOTAL SKOR = <5 menunjukkan kualitas tidur klien yang baik	
	JIKA TOTAL SKOR =>5-21 MENUNJUKKAN KUALITAS TIDUR KLIEN YANG BURUK	

2. Analisis

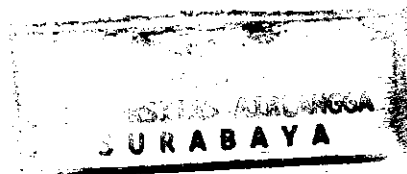
Berdasarkan hasil pemeriksaan fisik, wawancara, dan observasi studi kasus di atas. Maka selanjutnya dilakukan pengelompokan data untuk dapat menegakkan masalah keperawatan. Berikut adalah tabel hasil analisis kondisiklien.

Tabel 4.12 Analisis Data pada Ny. L dengan Diagnosis Medis *Congestive Heart Failure (CHF)* di Ruang Bougenville UPTD Griya Werdha Jambangan, Surabaya

No	Data	Masalah	Penyebab
1	<p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. L mengatakan sesak nafas - Ny. L mengatakan kelelahan - Ny. L mengatakan penglihatan kabur <p>Data Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. L tampak sesak - Dispnea - Pola napas abnormal (cepat dan dangkal) - RR : 24 kali/menit - TD : 150/90 mmHg - SPO2 : 97 % 	<p>Gangguan pertukaran gas (D.0003)</p>	<p>Perubahan mebran alveolus-kapiler</p>
2	<p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. L mengatakan sulit tidur - Ny. L mengeluh sering terjaga - Ny. L mengatakan tidak puas tidur <p>Data Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - perhitungan Skor PSQI dan Interpretasi skor = 9 - Kualitas tidur yang buruk 	<p>Gangguan pola tidur (D.0055)</p>	<p>Kurang kontrol tidur</p>

3. Diagnosis

Berdasarkan kondisi klinik klien yang disesuaikan dengan buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), maka dapat ditegakkan beberapadiagnosis keperawatan pada Ny. L yaitu sebagai berikut:



- 1) Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus - kapiler (D.0003) ditandai dengan klien mengatakan sesak nafas, merasa kelelahan dan penglihatan kabur, klien tampak sesak, dyspnea, pola napas abnormal (cepat dan dangkal, RR : 24 kali/menit, TD : 150/90 mmHg, SPO2 : 97%
- 2) Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur ditandai dengan sulit tidur, sering terjaga, tidak puas tidur, dan perhitungan skor PSQI = 9 dengan interpretasi kualitas tidur yang buruk.

4. Intervensi

Tabel 4.13 Intervensi keperawatan pada Ny. S dengan Diagnosis Medis Congestive Heart Failure di Ruang Bougenvile UPTD Griya Werdha Jambangan, Surabaya

Diagnosis	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler (D.0003) ditandai dengan Data Subjektif: - Ny. L mengatakan sesak nafas - Ny. L mengatakan kelelahan - Ny. L mengatakan penglihatan kabur Data Objektif: - Ny. L tampak sesak - Dispnea - Pola napas abnormal (cepat dan dangkal) - RR : 24 kali/menit - TD : 150/90 mmHg - SPO2 : 97 %	Tujuan: Setelah dilakukan tindakan Asuhan keperawatan 3 x 24 jam Diharapkan: SLKI: pertukaran gas meningkat (L.01003) Kriteria Hasil: 1. Dispnea menurun 2. Pusing menurun 3. Penglihatan kabur menurun 4. Pola napas membaik 5. Kedalaman napas membaik/ dalam batas normal	SIKI : Pengaturan posisi (I.01019) Observasi : 1. Monitor status oksigenasi Terapeutik : 1. Tempatkan pada matras/ tempat terapeutik yang tepat 2. Tempatkan pada posisi terapeutik 3. Tempatkan objek yang sering digunakan dalam jangkauan 4. Atur posisi tidur yang disukai (jika tidak kontraindikasi) 5. Atur posisi untuk mengurangi sesak posisi semi fowler 6. Berikan bantal yang tepat pada leher 7. Motivasi untuk melakukan ROM aktif dan pasif

Diagnosis	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
		<p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Informasikan saat akan dilakukan perubahan posisi <p>SIKI : Edukasi Teknik Nafas (I.12451)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Identifikasi kesiapandan kemampuan menerima informasi <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan manfaat teknik napas 2. Jelaskan prosedur teknik napas 3. Anjurkan memposisikan tubuh nyaman mungkin 4. Anjurkan dengan melakukan inspirasi dengan menghirup udara melalui hidung secara perlahan 5. Ajarkan melakukan ekspirasi dengan menghembuskan udara mulut mencucu secara perlahan 6. Demonstrasikan menarik napas selama 4 detik, menahan napas selama 2 detik dan menghembuskan napas selama 8 detik.

Diagnosis	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
<p>Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur (D.0055) Yang ditandai dengan</p> <p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. L mengatakan sulit tidur - Ny. L mengeluh sering terjaga Ny. L mengatakan tidak puas tidur <p>Data Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - perhitungan Skor PSQI dan Interpretasiskor = 9 Kualitas tidur yang buruk 	<p>Tujuan: Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan: SLKI: pola tidur meningkat (L.05045)</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Keluhan tidak puas tidur menurun 4. Keluhan pola tidur berubah membaik <p>Keluhan istirahat tidak cukup tidur menurun</p>	<p>SIKI: Dukungan tidur (I.05174)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan atau psikologis) 3. Identifikasi makanan atau minuman yang mengganggu tidur (makan mendekati tidur, minum banyak air sebelum tidur) <p>Teraupetik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Modifikasi lingkungan (misalnya pencahayaan, kebisingan, suhu, matras dan tempa tidur) 2. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur 3. Tetapkan jadwal tidur rutin 4. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (misalnya pengaturan posisi) <p>Sesuaikan jadwal pemberian tindakan untuk menunjang siklus tidur – terjaga</p> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur Anjurkan menghindari makanan/ minuman yang mengganggu tidur

3) Selanjutnya memberikan edukasi tentang latihan pernapasan dalam (teknik napas dalam) selama 30 menit dengan posisi peneliti yang dapat dilihat dan didengarkan secara jelas oleh lansia yaitu berdiri di dekat tempat tidur tepat di hadapan pasien (berjarak \pm 1 meter). Fase selanjutnya adalah terminasi, pada fase ini peneliti melakukan: 1) menjelaskan pada klien bahwa tindakan pengaturan posisi dan pemberian edukasi teknik napas dalam telah selesai dilakukan, 2) memberikan kesempatan bertanya kepada klien, 3) menanyakan perasaan klien setelah dilakukan pengaturan posisi dan edukasi teknik napas dalam, 4) mengakhiri kontrak dan mengucapkan terima kasih kepada klien, 5) merapikan alat dan klien, 6) mencuci tangan dengan 6 langkah dan 7) mendokumentasikan tindakan yang telah dilakukan.

Pengaturan posisi dan latihan teknik napas dalam dapat dilakukan kapan saja, sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan klien. Pengaturan posisi dan latihan teknik napas dalam pada klien dilakukan secara mandiri oleh peneliti. Waktu pelaksanaan pengaturan posisi setiap hari yaitu pada pukul 06.00 WIB, pukul 10.00 WIB atau pada pukul 13.00 WIB dan pada sore pukul 17.00 WIB dan malam pukul 22.00 WIB, jadwal terapi tersebut sebelumnya sudah disepakati oleh klien sehingga tidak mengganggu waktu istirahat klien. Kedua terapi ini dilakukan setiap hari dengan durasi setiap kali terapi selama 10 dan 30 menit. Pengaturan posisi dan latihan napas dalam dilakukan untuk mengurangi sesak nafas yang dialami klien, dikarenakan dari hasil pengkajian, didapatkan keluhan sesak nafas dan kelelahan, dyspnea, dan ada bantuan otot pernapasan.

Setelah dilakukan kedua terapi ini peneliti selalu melakukan penilaian intensitas pola napas pada klien.

Fokus peneliti dalam studi ini yaitu melakukan implementasi pengaturan posisi dan latihan napas dalam pada klien, namun pada proses pelaksanaannya klien juga mendapat beberapa intervensi tambahan untuk menyelesaikan masalah keperawatan lain, seperti membuat/ menyepakati jadwal tidur dan jadwal aktivitas setiap hari dan mendapat intervensi pemeriksaan tekanan darah setiap harinya. Untuk mengatasi masalah keperawatan gangguan pola tidur, peneliti membuat kesepakatan dengan klien terkait jadwal tidur, menganjurkan untuk menepati jadwal waktu tidur yang telah dibuat bersama, sedangkan untuk mengatasi masalah keperawatan intoleransi aktivitas peneliti mengidentifikasi kemampuan klien beraktivitas, menyepakati jadwal aktivitas sehari – hari.

6. Evaluasi

Evaluasi terhadap intervensi keperawatan dilakukan setiap hari setelah implementasi dengan menggunakan format SOAP, yaitu S (subyektif): mengkaji pendapat klien tentang intervensi yang telah dilakukan, dan apakah masalah yang dirasakan mengalami perbaikan, serta keluhan nyeri menurun, O (obyektif): mengkaji ketercapaian kriteria hasil yang ditetapkan sebelumnya yaitu meliputi kemampuan menuntaskan aktivitas, respons non- verbal (meringis dan gelisah), sikap waspada dan frekuensi nadi. A (assessment): pada bagian ini dilakukan penilaian tentang masalah keperawatan klien apakah sudah teratasi berdasarkan ketercapaian kriteria hasil atau belum.

Yang terakhir yaitu P (planning): merupakan tindakan keperawatan yang akan dilanjutkan. Rencana tindakan ini dapat mengacu pada rencana awal yang telah disusun, atau dapat juga dilakukan modifikasi dan penambahan, bergantung pada kondisi klinis klien.

Evaluasi intervensi pengaturan posisi dan latihan teknik napas dalam yang telah dilakukan dijelaskan pada tabel berikut:

Tabel 4.14 Evaluasi Keperawatan pada Ny. L dengan Diagnosis Medis Congestive Heart Failure (CHF) di Ruang Bougenville UPTD Griya Werdha Jambangan, Surabaya

Hari/Tanggal	Evaluasi
Selasa/09 Mei 2023 (10.00)	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. L mengatakan sesak nafas - Ny. L mengatakan merasa kelelahan - Ny. L mengatakan penglihatan kabur <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. L tampak sesak nafas - Dispnea - Pola pernapasan abnormal (cepat dan dangkal) - RR : 28 kali/menit - SPO2 : 95% - N : 88 kali/menit - TD : 152/87 mmHg <p>A: Masalah gangguan pertukaran gas belum teratasi P: Melanjutkan intervensi Pengaturan Posisi dan Edukasi Latihan Teknik napas dalam SIKI : Pengaturan posisi (I.01019) Observasi : 1. Monitor status oksigenasi Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tempatkan pada matras/ tempat terapeutik yang tepat 2. Tempatkan pada posisi terapeutik 3. Tempatkan objek yang sering digunakan dalam jangkauan 4. Atur posisi tidur yang disukai (jika tidak kontraindikasi) 5. Atur posisi untuk mengurangi sesak posisi semi fowler 6. Berikan bantal yang tepat pada leher 7. Motivasi untuk melakukan ROM aktif dan pasif <p>Edukasi : 1. Informasikan saat akan dilakukan perubahan posisi</p> <p>SIKI : Edukasi Teknik Nafas (I.12451) Observasi : 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Terapeutik : 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesempatan</p> <p>Berikan kesempatan untuk bertanya</p>

3. Edukasi :
 1. Jelaskan tujuan dan manfaat teknik napas
 2. Jelaskan prosedur teknik napas
 3. Anjurkan memposisikan tubuh senyaman mungkin
 4. Anjurkan dengan melakukan inspirasi dengan menghirup udara melalui hidung secara perlahan
 5. Ajarkan melakukan ekspirasi dengan menghembuskan udara mulut mencucu secara perlahan m menarik napas selama 4 detik, menahan napas selama 2 detik dan menghembuskan napas
 6. Demonstrasikan menarik napas selama 4 detik, menahan napas selama 2 detik dan menghembuskan napas selama 8 detik.

Hari/Tanggal	Evaluasi
Rabu/10 Mei 2023 (20.00)	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. L mengatakan sesak nafas - Ny. L mengatakan merasa kelelahan - Ny. L mengatakan penglihatan kabur <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. L tampak sesak nafas - Dispnea - Pola napas abnormal (cepat dan dangkal) - RR : 24 kali/menit - SPO2 : 95% - N : 85 kali/menit - TD : 150/94 mmHg <p>A: Masalah gangguan pertukaran gas belum teratasi</p> <p>P: Melanjutkan intervensi Pengaturan Posisi dan Edukasi Teknik napas</p> <p>SIKI : Pengaturan posisi (I.01019)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor status oksigenasi <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tempatkan pada matras/ tempat terapeutik yang tepat 2. Tempatkan pada posisi terapeutik 3. Tempatkan objek yang sering digunakan dalam jangkauan 4. Atur posisi tidur yang disukai (jika tidak kontraindikasi) 5. Atur posisi untuk mengurangi sesak posisi semi fowler 6. Berikan bantal yang tepat pada leher 7. Motivasi untuk melakukan ROM aktif dan pasif <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Informasikan saat akan dilakukan perubahan posisi <p>Kolaborasi :</p> <p>bah posisi, jika diperlukan</p> <p>SIKI : Edukasi Teknik Nafas (I.12451)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan kembali tujuan dan manfaat teknik napas 2. Jelaskan kembali prosedur teknik napas 3. Anjurkan memposisikan tubuh senyaman mungkin 4. Anjurkan dengan melakukan inspirasi dengan menghirup udara melalui hidung secara perlahan

5. Ajarkan melakukan ekspirasi dengan menghembuskan udara mulut mencucu secara perlahan
6. Minta lansia melakukan latihan pernapasan dengan menarik napas selama 4 detik, menahan napas selama 2 detik dan menghembuskan napas selama 8 detik.

Hari/Tanggal	Evaluasi
Kamis/11 Mei 2023 (20.30)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. L mengatakan sesak nafas mulai berkurang - Ny. L mengatakan klien rasa lelah berkurang - Ny L mengatakan penglihatan masih kabur <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. L tampak sesak berkurang - Dispnea berkurang - Pola napas membaik (regular) - RR : 20 kali/menit - SPO2 : 99% - N : 86 kali/menit - TD : 147/85 mmHg <p>A: Masalah gangguan pertukaran gas teratasi sebagian</p> <p>P: Melanjutkan intervensi Pengaturan Posisi dan Edukasi Teknik Napas dalam</p>

SIKI : Pengaturan posisi (I.01019)Observasi :

1. Monitor status oksigenasi

Terapeutik :

1. Tempatkan pada matras/ tempat terapeutik yang tepat
2. Tempatkan pada posisi terapeutik
3. Tempatkan objek yang sering digunakan dalam jangkauan
4. Atur posisi tidur yang disukai (jika tidak kontraindikasi)
5. Atur posisi untuk mengurangi sesak posisi semi fowler
6. Berikan bantal yang tepat pada leher
7. Motivasi untuk melakukan ROM aktif dan pasif

Edukasi :

1. Informasikan saat akan dilakukan perubahan posisi

Kolaborasi :

bah posisi, jika diperlukan

SIKI : Edukasi Teknik Nafas (I.12451)

Observasi :

1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi

Terapeutik :

1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan
2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
3. Berikan kesempatan untuk bertanya

Edukasi :

1. Jelaskan kembali tujuan dan manfaat teknik napas
2. Jelaskan kembali prosedur teknik napas
3. Anjurkan memposisikan tubuh senyaman mungkin
4. Anjurkan dengan melakukan inspirasi dengan menghirupudara melalui hidung secara perlahan
5. Ajarkan melakukan ekspirasi dengan menghembuskan udaramulut mencucu secara perlahan
6. Minta lansia melakukan latihan pernapasan dengan menariknapas selama 4 detik, menahan napas selama 2 detik dan menghembuskan napas selama 8 detik.

4.2 Pembahasan

4.2.1 Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan dasar dalam pemikiran memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien. Pengkajian yang lengkap dan sistematis sesuai dengan kebutuhan klien. Pengkajian yang lengkap dan sistematis sesuai dengan fakta atau kondisi yang ada pada klien sangat penting untuk merumuskan suatu diagnosa keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respon individu. Berdasarkan hasil pengkajian yang didapatkan adalah Ny. L mengalami sakit sedang, pada saat dilakukan pengkajian dan pemeriksaan fisik tanggal 08 Mei 2023 pada Ny. L mengatakan sesak nafas, merasa kelelahan saat dan setelah beraktivitas, waktu berjalan tampak Ny. L. sesak nafas, dyspnea, ada tarikan dinding dada, tampak Ny. L kelelahan. Ny. L tampak berjalan dengan perlahan, Ny L juga mengatakan sejak menderita penyakit jantung sering sesak nafas dan sulit tidur. Pada kasus Ny. L didapati data meliputi : TD 150/90 mmHg, N 78 kali/ menit, RR 28 kali/menit, SPO2 97%, tidak ada pemeriksaan penunjang, tidak tahu tentang penyakit jantung dan tapi tidak tau cara pencegahannya.

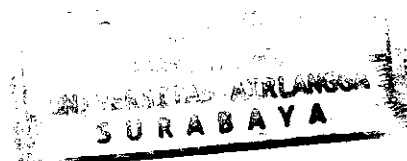
Gejala yang terjadi disebabkan oleh jantung gagal untuk memompa darah sebaik sebelumnya. Setiap kali jantung berdetak, tidak mampu membawa sejumlah darah keluar seperti seharusnya dalam kondisi sehat. Hal ini dapat menyebabkan bertumpuknya darah di paru – paru dan sebagian lain tubuh yang disebut kongesti. Kongesti dapat menyebabkan pembengkakan atau jika bendungan terdapat pada paru – paru dapat menyebabkan sesak napas (dyspnea).

Darah membawa oksigen dan komponen lain seperti garam, air, dan nutrisi lain ke seluruh bagian tubuh. Ketika ada bendungan darah maka dapat menyebabkan bagian tubuh tidak bekerja seperti seharusnya. Termasuk jika otot terganggu ini dapat menyebabkan kelelahan yang tidak biasa. Sesak napas dapat timbul sebagai gejala dari penyakit jantung, gejala ini juga disebabkan oleh kongesti. Hal ini terjadi ketika adapenumpukan cairan ke paru – paru. Pasien akan merasakan sesak napas menjadi buruk ketika melakukan kegiatan seperti berjalan atau naik tangga, bahkan saat tidur terlentang (Lilik and Budiono, 2021) Dari hasil studi kasus ini untuk tahap pengkajian tidak di temukan adanya kesenjangan antara teori dan kasus nyata.

4.3.2 Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan teori Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2017), diagnosa keperawatan ditemukan 3 diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien dengan diagnosa medis gagal jantung kongestif : gangguan pertukaran gas Kode : D.0003 dan gangguan pola tidur kode : 0055. Hasil pengumpulan data yang dilakukan oleh peneliti kepada Ny. L pada tanggal 08 Mei 2023 di Ruang Bougenville Panti Werdha Jambangan tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktek.

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



ventrikel. Tekanan arteri paru-paru dapat meningkat sebagai respon terhadap peningkatan kronis tekanan vena paru. Hipertensi pulmonary meningkatkan tahanan terhadap ejeksi ventrikel kanan. Serentetan kejadian seperti yang terjadi pada jantung kiri, juga akan terjadi pada jantung kanan, dimana akhirnya akan terjadi kongesti sistemik dan edema.

Perkembangan dari kongesti sistemik atau paru-paru dan edema dapat dieksaserbasi oleh regurgitasi fungsional dan katub-katub trikuspidalis atau mitralis bergantian. Regurgitasi fungsional dapat disebabkan oleh dilatasi dari annulus katub atrioventrikularis atau perubahan-perubahan pada orientasi otot papilaris dan kordatendinae yang terjadi sekunder akibat dilatasi ruang.

Sebagai respon terhadap meningkatnya beban awal mencerminkan usaha untuk mempertahankan curah jantung. Mekanisme-mekanisme ini mungkin memadai untuk mempertahankan curah jantung pada tingkat normal atau hampir normal padagagal jantung dini, pada keadaan istirahat. Tetapi kelainan pada kerja ventrikel dan menurunnya curah jantung biasanya tampak pada keadaan berktivitas yang menimbulkan pembengkakan atau bendungan terdapat pada paru – paru yang dapat menyebabkan sesak napas (dyspnea) dan menimbulkan gangguan pada pola pernapasan pasien sebagai akibat kongesti yang terjadi (Muttaqin, 2012).

Dari hasil studi kasus ini untuk tahap diagnosa keperawatan tidak di temukan adanya kesenjangan antara teori dan kasus nyata.

4.3.3 Intervensi Keperawatan

Perencanaan yang disusun oleh penulis berdasarkan masalah keperawatan yang muncul. Rencana tindakan untuk masalah keperawatan gangguan pertukaran gas memiliki tujuan yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 x 24 jam pada lansia dengan diagnosa medis gagal jantung kongestive yang mendapatkan perawatan lansia secara umum di UPTD Griya Werdha mampu meningkatkan pertukaran gas dengan pemberian intervensi pengaturan posisi dan latihan napas dalam yang dilakukan secara rutin dan teratur sehingga lansia mampu atau dapat mempertahankan kondisi pertukaran gas yang baik selama berada di UPTD Griya Werdha. Diagnosa 1 Gangguan pertukaran gas kode D.0003 dengan luaran dispnea menurun, pusing menurun, penglihatan kabur menurun dan pola napas membaik (L.01003) maka diberikan intervensi sesuai dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018) yaitu intervensi pengaturan posisi kode I.01019 dan edukasi teknik napas kode I.12452. Pengaturan posisi (I.01019) : 1. Monitor status oksigenasi, 2. Tempatkan pada matras/ tempat terapeutik yang tepat, 3. Tempatkan pada posisi terapeutik, 4. Tempatkan objek yang sering digunakan dalam jangkauan, 5. Atur posisi tidur yang disukai (jika tidak kontraindikasi), 6. Atur posisi untuk mengurangi sesak posisi semi fowler, 7. Berikan bantal yang tepat pada leher, 8. Motivasi untuk melakukan ROM aktif dan pasif, 9. Informasikan saat akan dilakukan perubahan posisi, 10. Kolaborasi pemberian premedikasi sebelum mengubah posisi, jika diperlukan. Edukasi teknik napas (I.12452) : 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, 2. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan, 3. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai

kesepakatan, 4. Berikan kesempatan untuk bertanya, 5. Jelaskan tujuan dan manfaat teknik napas dalam. 6. Jelaskan prosedur teknik napas, 7. Anjurkan memposisikan tubuh senyaman mungkin, 8. Anjurkan dengan melakukan inspirasi dengan menghirup udara melalui hidung secara perlahan, 9. Ajarkan melakukan ekspirasi dengan menghembuskan udara mulut mencucu secara perlahan, 10. Demonstrasikan menarik napas selama 4 detik, menahan napas selama 2 detik dan menghembuskan napas selama 8 detik.

Diagnosa 2 Gangguan pola tidur (D.0055) dengan luaran pola tidur meningkat (L.05045) diberikan intervensi sesuai dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018) yaitu intervensi Dukungan tidur (I.05174) :

1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur, 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan atau psikologis), 3. Identifikasi makanan atau minuman yang mengganggu tidur (makan mendekati tidur, minum banyak air sebelum tidur), 4. Modifikasi lingkungan (misalnya pencahayaan, kebisingan, suhu, matras dan tempa tidur), 5. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur, 6. Tetapkan jadwal tidur rutin, 7. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (misalnya pengaturan posisi), 8. Sesuaikan jadwal pemberian tindakan untuk menunjang siklus tidur – terjaga, 9. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, 10. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur, 11. Anjurkan menghindari makanan/ minuman yang mengganggu tidur.

Posisi adalah suatu tindakan yang dilakukan dengan sengaja untuk memberikan posisi tubuh dalam meningkatkan kesejahteraan atau kenyamanan fisik dan psikis. Intervensi keperawatan yang dilakukan pada pasien gagal jantung antara lain penempatan tempat tidur terapeutik, posisi terapeutik, memposisikan pasien dalam kondisi tubuh terasing, memposisikan

untuk mengurangi dispnea seperti posisi semi fowler, meninggikan 45 derajat atau lebih di atas jantung untuk memperbaiki aliran balik. Posisi tidur meningkatkan curah jantung, sehingga mengurangi rasa sesak dan nyeri dada. Posisi kepala yang ditinggikan meningkatkan volume tidal karena tekanan pada diafragma, paru-paru, berkurang mengalir lebih baik, dan jumlah aliran balik vena ke jantung berkurang sehingga menurunkan kerja jantung dan meningkatkan saturasi oksigen (Isrofah et. al., 2020)

Pembahasan : Rencana keperawatan untuk diagnosa I dan II yang di temukan penulis sudah sesuai dengan yang ada di teori sehingga tidak ada kesenjangan antara teori dengan kasus nyata.

4.3.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah fase ketika perawat mengimplementasikan intervensi keperawatan. Implementasi merupakan langkah keempat dari proses keperawatan yang telah direncanakan oleh perawat untuk dikerjakan dalam rangka membantu klien untuk mencegah, mengurangi, dan menghilangkan dampak atau respons yang ditimbulkan oleh masalah keperawatan dan kesehatan (Ali, 2014). Tindakan yang telah dilakukan penulis sesuai dengan perencanaan yang disusun pada tanggal 08-11 Mei 2023 yaitu peneliti berfokus melakukan implementasi untuk mengatasi masalah gangguan pertukaran gas dengan pengaturan posisi (semi fowler) dan edukasi teknik napas untuk menghindari terjadinya sesak napas pada klien.

Implementasi yang dilakukan pada tahap terapeutik yaitu pengaturan posisi yaitu klien dapat diberikan posisi semi fowler dan untuk edukasi teknik napas dapat dilakukan dengan mendemonstrasikan latihan teknik napas dalam sesuai dengan jadwal yang telah disepakati. Alat dan bahan yang telah disediakan sebelumnya, *nursing kit* dan leaflet. Sehari sebelum dilakukan intervensi maka peneliti membentuk sebuah tim kerja terlebih dahulu untuk penjelasan konsep penelitian untuk persamaan persepsi. Fase pra interaksi yang dilakukan oleh peneliti yaitu: 1) melakukan pemeriksaan rekam medis pasien, 2) mempersiapkan alat, 3) melakukan cuci tangan 6 langkah. Selanjutnya pada fase interaksi, peneliti melakukan: memberikan salam kepada klien, 2) memperkenalkan diri, 3) menjelaskan tujuan, manfaat dan prosedur tindakan, 4) Melakukan kontrak waktu, manfaat dan prosedur tindakan, 4) melakukan kontrak waktu 5) memberikan kesempatan kepada klien untuk bertanya, 6) meminta persetujuan klien (informed consent), 5) meletakkan alat-alat di dekat klien. Pada tahap kerja, peneliti melakukan: 1) mencuci tangan 6 langkah dan 2) memulai pengaturan posisi klien selama 10 menit 3) Selanjutnya memberikan edukasi tentang latihan pernapasan dalam (teknik napas dalam) selama 30 menit. Fase selanjutnya adalah terminasi, pada fase ini peneliti melakukan: 1) menjelaskan pada klien bahwa tindakan pengaturan posisi dan pemberian edukasi teknik napas dalam telah selesai dilakukan, 2) memberikan kesempatan bertanya kepada klien, 3) menanyakan perasaan klien setelah dilakukan pengaturan posisi dan edukasi teknik napas dalam, 4) mengakhiri kontrak dan mengucapkan

terima kasih kepada klien, 5) merapikan alat dan klien, 6) mencuci tangan dengan 6 langkah dan 7) mendokumentasikan tindakan yang telah dilakukan. Pengaturan posisi dan latihan teknik napas dalam dapat dilakukan kapan saja, sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan klien. Pengaturan posisi dan latihan teknik napas dalam pada klien dilakukan secara mandiri oleh peneliti. Waktu pelaksanaan pengaturan posisi setiap hari yaitu pada pukul 06.00 WIB, pukul 10.00 WIB atau pada pukul 13.00 WIB dan pada sore pukul 17.00 WIB dan malam pukul 22.00 WIB, jadwal terapi tersebut sebelumnya sudah disepakati oleh klien sehingga tidak mengganggu waktu istirahat klien. Kedua terapi ini dilakukan setiap hari dengan durasi setiap kali terapi selama 10 dan 30 menit. Pengaturan posisi dan latihan napas dalam dilakukan untuk mengurangi sesak nafas yang dialami klien, dikarenakan dari hasil pengkajian, didapatkan keluhan sesak nafas dan kelelahan, dyspnea, dan ada bantuan otot pernapasan. Setelah dilakukan kedua terapi ini peneliti selalu melakukan penilaian intensitas pola napas pada klien.

Posisi semi fowler merupakan tindakan memposisikan pasien dalam posisi setengah duduk dengan menopang kepala dan bahu menggunakan bantal, lutut ditekuk dan ditopang oleh bantal, serta bantalan kaki harus menjaga posisi kaki (Ruth, 2015). Posisi semi fowler adalah posisi tidur dengan posisi kepala ditinggikan 30° – 45° dapat mengurangi konsumsi oksigen dan dapat meningkatkan ekspansi paru menjadi lebih maksimal (Isrofah et. al., 2020). Oleh karena itu, Perawat hendaknya memberikan

posisi ini kepada pasien dengan gangguan kardiorespirasi sebagai independensi dalam pelaksanaan asuhan keperawatan dalam penatalaksanaan hipoksia (Najafi et. al., 2018; PPNI, 2018; Doyle dan McCutcheon,2012).

Teknik relaksasi nafas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan. Selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi nafas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah (Ramandanty, 2019).

Semua tindakan yang dilakukan sesuai dengan apa yang direncanakan, sehingga Peneliti tidak menemukan kesenjangan antara intervensi dan implementasi.

4.3.5 Evaluasi

Evaluasi terhadap intervensi dilakukan setiap hari pasca implementasi dengan format SOAP. S (subyektif): mengkaji pendapat klien tentang intervensi yang telah dilakukan, apakah masalah yang dirasakan mengalami perbaikan, O (obyektif): mengkaji ketercapaian luaran hasil yang telah ditetapkan sebelumnya yaitu meliputi pertukaran gas meningkat dan pola tidur meningkat. A (analisis) pada bagian ini dilakukan analisis tentang masalah keperawatan pada klien apakah telah teratasi berdasarkan ketercapaian kriteria hasil, dan yang terakhir adalah P (planning): merupakan rencana tindakan keperawatan yang akan dilakukan selanjutnya. Rencana tindakan ini dapat mengacu pada rencana awal yang telah disusun,

atau dapat juga dilakukan modifikasi dan penambahan, bergantung pada kondisi klinis klien. Hasil yang didapatkan pada rasa sesak nafas dan merasa kelelahan berkurang dan gangguan tidur menurun. Posisi semi fowler dengan derajat kemiringan 45° , dapat memanfaatkan gaya gravitasi untuk membantu perkembangan paru-paru dan mengurangi tekanan perut pada diafragma (Maria et al., 2019).

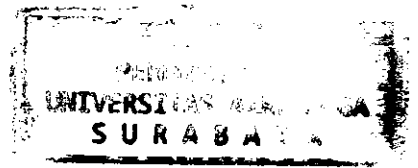
Tindakan terapeutik yang telah dilakukan yaitu melakukan teknik latihan napas dalam dimana posisi tersebut mampu memaksimalkan ekspansi paru, menurunkan konsumsi oksigen, serta menjaga kenyamanan pasien. Latihan napas dalam akan mencegah kerusakan pada membran alveolus yang tertimbun cairan, hal ini dipengaruhi oleh gravitasi sehingga oksigen delivery menjadi optimum serta berkurangnya keluhan sesak napas (Turafik & Ain, 2021)

Pembahasan untuk merujuk pada keadaan klien setelah dievaluasi selama 3 x 24 jam maka tidak ada kesenjangan antara kriteria hasil dengan hasil evaluasi yang telah dicapai.

BAB 5
KESIMPULAN DAN SARAN

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN



5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian ditemukan bahwa

1. Penatalaksanaan asuhan keperawatan telah dilakukan sesuai dengan teori dalam laporan kasus ini diambil tiga diagnosa keperawatan yang diambil untuk kasus Ny. L yaitu yang pertama gangguan pertukaran gas dengan terapi non farmakologik yaitu pengaturan posisi (posisi semi fowler) dan edukasi teknik napas (latihan teknik napas dalam)
2. Pengaturan posisi (posisi semi fowler) dan edukasi teknik napas (latihan napas dalam) didapatkan bahwa klien mengalami peningkatan pertukaran gas lebih baik setelah dilakukan tindakan.

5.2 Saran

Adapun saran yang diberika berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan antara lain :

1. Bagi Profesi keperawatan

Penulisan ini bisa menjadi referensi bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien lansia dengan masalah keperawatan gangguan pertukaran gas.

2. Bagi institusi pendidikan

Penulisan ini diharapkan dapat menjadi pembelajaran tentang pemberian asuhan keperawatan pada pasien lansia dengan masalah keperawatan gangguan pertukaran gas.

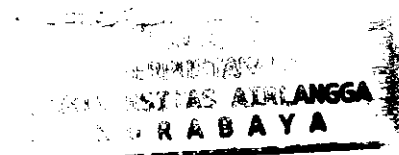
3. Bagi Panti Werdha

Penulisan ini diharapkan dapat menjadi acuan bagi panti untuk meningkatkan pemberian asuhan keperawatan pada lansia dengan masalah keperawatan gangguan pertukaran gas.

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

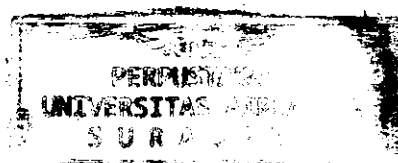
- Andayani, T. (2019) 'Jantung Di Instalasi Pelayanan Jantung Terpadu Untuk Memenuhi Persyaratan Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan Oleh : Tri Andayani', *Jurnal ilmiah Kesehatan Pencerah*, 1. Available at: <http://repository.ub.ac.id/id/eprint/180369>.
- Dewi, S.R. (2014) *Buku Ajar Keperawatan Gerontik*. Edited by S.R. Dewi. Yogyakarta: deepublish publisher. Available at: <https://books.google.co.id/books?id=3FmACAAAQBAJ&printsec=copyright&hl=id#v=onepage&q&f=false>.
- Gharaibeh, B. *et al.* (2022) 'Sleep quality among different classes of heart failure patients in Jordan: A STROBE compliant cross-sectional study', *Medicine (United States)*, 101(48), p. E32069. doi:10.1097/MD.00000000000032069.
- Isyabella Bandola, Y., Artini, B. and Nancye, P.M. (no date) 'Hubungan Kepatuhan Pembatasan Cairan Dengan Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisis'..
- Lilik, N.I.S. and Budiono, I. (2021) 'Risiko Kematian Pasien Gagal Jantung Kongestif (GJK): Studi Kohort Retrospektif Berbasis Rumah Sakit', *Indonesian Journal of Public Health and Nutrition*, 1(3). Available at: <http://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/IJPHN>.
- Muttaqin, A. (2012) 'Buku ajar: Asuhan keperawatan klien dengan gangguan sistem kardiovaskular dan hematologi', *Buku ajar: Asuhan keperawatan klien dengan gangguan sistem kardiovaskular dan hematologi*, 1.
- Narlolita Yola (2018) 'Asuhan Keperawatan Pada Klien Gagal Jantung Kongestif Dengan Masalah Hipervolemia', *Keperawatan Insan Cendekia Medika Jombang*, pp. 15–20.
- Nugroho H, W. (2008) *Keperawatan Gerontik dan Geriatrik*. 3rd edn. Edited by S.K. Monica Ester, S.Kp, Ns. Estu Tiar. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- PUSPITOSARI, A. (2021) 'Warm Water Foot Bath Therapy Improving Sleep Quality on Elderly', *Jurnal Jamu Kusuma*, 1(1), pp. 7–13. doi:10.37341/jurnaljamukusuma.v1i1.8.
- Putradana, A., Mardiyono, M. and Rochana, N. (2021) 'Pengaruh Diet Sodium dan Pembatasan Cairan Berbasis Aplikasi Android Terhadap Keseimbangan Cairan Dan Dyspnea Pada Pasien Gagal Jantung Kongestif (CHF)', *JISIP (Jurnal Ilmu Sosial dan Pendidikan)*, 5(1). doi:10.58258/jisip.v5i1.1768.
- Sari, D.B.B. (2019) 'Gambaran Emosional Lansia Dalam Aktivitas Sehari-Hari Berdasarkan Karakteristik Di Puskesmas Pancur Batu Medan Tahun 2019'. Available at: [http://ecampus.poltekkes-medan.ac.id/jspui/bitstream/123456789/2111/1/Jurnal - Gambaran Emosional Lansia Dalam Aktivitas Sehari-Hari Berdasarkan Karakteristik - devit.pdf](http://ecampus.poltekkes-medan.ac.id/jspui/bitstream/123456789/2111/1/Jurnal%20Gambaran%20Emosional%20Lansia%20Dalam%20Aktivitas%20Sehari-Hari%20Berdasarkan%20Karakteristik%20-%20devit.pdf).



- Siti Nur Kholifah, SKM, M.Kep, S.K. (2016) 'Keperawatan Gerontik', *Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan*, p. 1502.
- Tim May, Malcolm Williams, Richard Wiggins, and P.A.B. (2021) 'Hubungan Fungsi Kognitif Dengan Kualitas Hidup Lansia', *JIP Jurnal Inovasi Penelitian*, 2(1996), p. 6.
- Yunita, A., Nurcahyati, S. and Utami, S. (2020) 'Gambaran Tingkat Pengetahuan Pasien Tentang Pencegahan Komplikasi Congestive Heart Failure (Chf)', *Jurnal Ners Indonesia*, 11(1), p. 98.
doi:10.31258/jni.11.1.98-107.

LAMPIRAN

LAMPIRAN

Lampiran 1 Penjelasan penelitian bagi responden**LEMBAR PENJELASAN PENELITIAN BAGI RESPONDEN**

1. Judul Penelitian

Asuhan Keperawatan Pada Lansia Dengan Masalah Keperawatan Gangguan Pertukaran Gas Dengan Diagnosa Medis *Congestive Heart Failure (CHF)* Di Ruang Bougenvile Di Panti Wredha Jambangan Surabaya

2. Tujuan

Tujuan Umum penulisan karya ilmiah akhir ini untuk menjelaskan pemberian intervensi pengaturan posisi dan edukasi teknik napas pada lansia dengan keadaan patologis *Congestive Heart Failure (CHF)* dengan masalah keperawatan utama gangguan pertukaran gas

3. Perlakuan yang diterapkan pada subyek

Pada penelitian ini subyek akan dilakukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan tanda vital. selanjutnya selama hari perawatan subyek penelitian akan diberikan intervensi pengaturan posisi dan edukasi teknik napas. Pemberian intervensi dilakukan sesuai dengan persetujuan klien dan Petugas Panti Werdha Jambangan, serta memperhatikan kondisi klinis klien

4. Manfaat penelitian bagi subyek penelitian

Subyek yang terlibat dalam penelitian akan memperoleh manfaat peningkatan pengetahuan berupa cara untuk mengurangi pola nafas tidak efektif.

5. Masalah etik yang mungkin akan dihadapi subyek penelitian

Penelitian ini tidak mengganggu aktivitas klien dalam perawatan. Selain itu, penelitian ini tidak menimbulkan kerugian secara ekonomi, fisik, maupun psikologis karena dilakukan berdasarkan SOP diawasi oleh pembimbing klinik di ruangan

6. Risiko penelitian

Tidak ada bahaya potensial atau risiko penelitian yang diakibatkan oleh keterlibatan subyek dalam penelitian ini

7. Jaminan kerahasiaan data

Dalam penelitian ini semua data dan informasi identitas subyek penelitian dijaga kerahasiaannya yaitu dengan tidak mencantumkan identitas subyek penelitian dibuat dalam bentuk inisial

8. Hak Undur Diri

Keikutsertaan subyek dalam penelitian ini bersifat sukarela dan responden berhak untuk mengundurkan diri kapan pun, tanpa menimbulkan konsekuensi yang merugikan responden

9. Adanya Insentif untuk subyek penelitian

Oleh karena keikutsertaan subyek bersifat sukarela, tidak ada insentif berupa uang yang akan diberikan kepada responden. Selain itu, peneliti tidak memberikan ganti rugi berupa uang atau lainnya dan tidak memberikan jaminan asuransi kepada subyek penelitian

10. Informasi tambahan

Subyek penelitian dapat menanyakan semua hal yang berkaitan dengan penelitian ini dengan menghubungi peneliti :

Christin Natalia Kore Mega (Mahasiswa Program Pendidikan Profesi Ners Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga)

NO. HP : 082247386741

email : christin.n.k.mega-2021@fkp.unair.ac.id

Peneliti

Christin Natalia Kore Mega



**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN NERS
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA**

INFORMED CONSENT

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :
Umur :
Jenis Kelamin :
Pekerjaan :
Alamat :

Telah mendapat keterangan secara terinci dan jelas mengenai :

1. Penelitian yang berjudul "Asuhan Keperawatan Pada Lansia Dengan Masalah Keperawatan Gangguan Pertukaran Gas Dengan Diagnosa Medis *Congestive Heart Failure (CHF)* Di Ruang Bougenvile Di Panti Wredha Jambangan Surabaya"
2. Keterangan ringkasan penelitian
3. Perlakuan yang akan diterapkan pada partisipan
4. Manfaat bersedia sebagai partisipan
5. Bahaya yang akan timbul
6. Hak untuk undur diri
7. Adanya insentif untuk partisipan dan Jenis insentif/Souvenir yang diberikan
8. Kerahasiaan identitas dan kerahasiaan data
9. Kontak person (No.Hp) bagi partisipan

Berdasarkan penjelasan yang telah saya terima dari peneliti, maka dengan ini saya menyatakan bersedia/ tidak bersedia*) secara sukarela untuk menjadi partisipan dalam penelitian dengan penuh kesadaran serta tanpa keterpaksaan.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Surabaya, 06 Mei 2023

Peneliti

Saksi

Partisipan

(Christin N.K.Mega)

Ajeng Nawang Wulan,S.Kep., Ns

Ny. L

*)Coret salah satu

Lampiran 3 *Satuan Acara Pembelajaran***SATUAN ACARA PEMBELAJARAN**

Pokok Bahasan : Teknik Napas Dalam

Sasaran : Lansia dengan Congestive Heart Failure (CHF)

Waktu : 20 menit

Hari/Tanggal : Kamis, 08 Mei 2021

Jam : 10.30-10.50 WIB

Tempat : Ruang Bougenville Panti Wredha Jambangan

SurabayaPenyuluh : Christin Natalia Kore Mega,S.Kep

A. Tujuan Intruksional Umum

Setelah mengikuti penyuluhan selama 30 menit pasien mampu mendemonstrasikan teknik napas dalam.

B. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah dilakukan penyuluhan, pasien mengetahui:

1. Menjelaskan pengertian teknik napas dalam
2. Menjelaskan tujuan dan manfaat teknik napas dalam
3. Menjelaskan faktor yang mempengaruhi tehnik napas dalam
4. Menjelaskan langkah-langkah tehnik napas dalam
5. Mendemonstrasikan tehnik napas dalam

C. Materi Pembelajaran (Uraian Terlampir)

1. Pengertian napas dalam
2. Tujuan dan manfaat napas dalam
3. Faktor yang mempengaruhi tehnik napas dalam
4. Langkah-langkah tehnik napas dalam

D. Proses Kegiatan Penyuluhan

No	Kegiatan	Metode	Media	Waktu
1	Pembukaan a. Mengucapkan salam b. memperkenalkan diri. c. Menjelaskan tujuan d. Melakukan kontrak waktu dengan peserta	Ceramah	Lisan	5 menit
2	Kegiatan Inti a. Menjelaskan pengertian relaksasi napas dalam b. Menjelaskan tujuan dan manfaat relaksasi napas dalam c. Menjelaskan faktor yang mempengaruhi teknik relaksasi napas dalam d. Menjelaskan langkah- langkah teknik relaksasi napas dalam mendemonstrasikan teknik relaksasi napas dalam	- Ceramah Diskusi	- Lisan Leaflet	20 menit
3	Penutup a. Memberikan kesempatan kepada pasien untuk mengajukan pertanyaan b. Menjawab pertanyaan pasien dan keluarga c. Melakukan evaluasi tentang materi yang disampaikan d. Menyampaikan kesimpulan e. Salam penutup	- Ceramah Diskusi	Lisan	5 menit

E. Evaluasi

Prosedur : Langsung Bentuk pertanyaan : Lisan

F. Sumber

Smeltzer & Bare. 2009. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta:EGC.

Materi

Latihan Napas Dalam

A. Pengertian

Latihan napas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan, yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan napas dalam, napas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan napas secara perlahan. Selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi napas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah (Smeltzer dan Bare, 2009).

Latihan napas dalam adalah cara bernapas yang efektif melalui menarik dan menghembuskan napas untuk memperoleh napas yang lambat, dalam dan rileks.

B. Tujuan Dan Manfaat Teknik Relaksasi

Menurut Smeltzer dan Bare (2009) menyatakan bahwa tujuan dari teknik relaksasi napas dalam adalah untuk meningkatkan ventilasi alveoli, memelihara pertukaran gas, mencegah atelektasi paru, meningkatkan efisiensi batuk mengurangi stress baik stress fisik maupun emosional yaitu menurunkan intensitas nyeri dan menurunkan kecemasan. Sedangkan manfaat yang dapat dirasakan oleh klien setelah melakukan teknik relaksasi napas dalam adalah dapat menghilangkan nyeri, ketentrangan hati, dan berkurangnya rasa cemas.

C. Faktor yang Mempengaruhi Teknik Napas Dalam

Latihan teknik napas dalam ini menimbulkan respon emosi dan efek menenangkan, sehingga fisiologi dominan simpatis berubah menjadi dominan sistem parasimpatis. Sensasi tenang, ringan dan hangat yang menyebar keseluruh tubuh merupakan efek yang bisa dirasakan dari latihan napas dalam ini. Sensasi ringan yang muncul adalah merupakan efek dari ketegangan otot tubuh yang menurun. Perasaan hangat diekstermitas dapat dijelaskan secara fisiologis sebagai vasodilatasi pembuluh darah karena aktivasi sistem parasimpatis (Ismarina,dkk, 2015).


D. Langkah-langkah Teknik Napas Dalam

1. Ciptakan lingkungan yang tenang
2. Usahakan tetap rileks dan tenang
3. Posisi setengah duduk atau berbaring (posisi semi fowler/ fowler).
4. Letakkan kedua telapak tangan berhadapan satu sama lain, dibawah dan sepanjang batas bawah tulang rusuk depan. Letakkan ujung jari tengah kedua telapak tangan saling bersentuhan.
5. Ambil nafas dalam secara lambat, menghirup melalui hidung. Rasakan bahwa kedua jari tengah tangan terpisah selama menarik nafas (inspirasi) selama 4 detik. Tahan napas sampai hitungan ketiga selama 2 detik.
6. Perlahan-lahan menghembuskan nafas melalui mulut (seperti meniup) selama 8 detik.
7. Kedua ujung jari tengah akan bersentuhan kembali.
8. Membiarkan telapak tangan dan kaki rileks
9. Usahakan agar tetap konsentrasi/ mata sambil terpejam
10. Ulangi sampai 15 kali, dengan selingi istirahat singkat setiap 5 kali

Lampiran 4. Leaflet

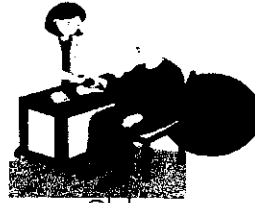
Langkah langkah Teknik Napas Dalam

1. Ciptakan lingkungan yang tenang
2. Usahakan tetaprileks dan tenang
3. Posisi duduk, setengah duduk atau berbaring. Letakkan kedua telapak tangan berhadapan satu sama lain, dibawah dan sepanjang batas bawah tulang rusuk depan. Letakkan ujung jari tengah kedua telapak tangan saling bersentuhan
4. Ambil nafas dalam secara lambat, menghirup melalui hidung

- 
5. Rasakan bahwa kedua jari tengah tangan terpisah selama menarik nafas (inspirasi) selama 4 detik. Tahan nafas sampai hitungan ketiga selama 2 detik
 6. Perlahan-lahan menghembuskan nafas melalui mulut (seperti meniup) selama 8 detik
 7. Kedua jujung jari tengah akan bersentuhan kembali
 8. Membiarkan telapak tangan dan kaki rileks
 9. Usahakan agar tetap konsentrasi mata sambil terpejam
 10. Ulangi sampai 15 kali, dengan selang istirahat singkat setiap 5 kali



Latihan Teknik Napas Dalam



Oleh

Christin Natalia Kore Mega

Dosen Pembimbing :
Elida Ulfiana, S.Kep.,Ns.,M.Kep

Program Studi Profesi Ners
Fakultas Keperawatan
Universitas Airlangga
2023

Latihan Nafas Dalam

Latihan nafas dalam adalah cara bernafas yang efektif melalui menarik dan menghembuskan nafas untuk memperbaiki nafas yang lambat, dalam dan titek.



TUJUAN



Untuk mengurangi rasa sesak nafas pada lansia, menghilangkan nyeri, ketentraman hati, dan berkurangnya rasa cemas.

Faktor yang Mempengaruhi Teknik Nafas Dalam

Latihan teknik nafas dalam ini menimbulkan respon emosi dan efek menenangkan, ringan dan hangat yang menyebar keseluruh tubuh merupakan efek yang bisa dirasakan dari latihan nafas dalam ini.



Langkah-langkah Teknik Nafas Dalam

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) LATIHAN NAFASDALAM / DEEP
BREATHING EXERCISE PADA KLIEN LANSIA DI UPTD GRIYA WERDHA
JAMBANGAN KOTA SURABAYA**

Definisi	Deep breathing exercise merupakan latihan pernapasan dengan tehnik bernapas secara perlahan dan dalam, menggunakan otot diafragma, sehingga memungkinkan abdomen terangkat perlahan dan dada mengembang penuh
Tujuan	<ul style="list-style-type: none"> a. untuk mencapai ventilasi yang lebih terkontrol dan efisien serta mengurangi kerja pernapasan b. meningkatkan inflasi alveolar maksimal, relaksasi otot dan menghilangkan ansietas c. mencegah pola aktifitas otot pernapasan yang tidak berguna, melambatkan frekuensi pernapasan, mengurangi udara yang terperangkap serta mengurangi kerja bernafas
Indikasi dan Kontraindikasi	<ul style="list-style-type: none"> a. Indikasi <p>Deep breathing exercise dapat diberikan kepada lansiadengan kondisi patologis CHF</p> <p>Kontraindikasi</p> <p>Klien mengalami perubahan kondisi nyeri berat, sesaknafas berat dan emergency</p>
Prosedur	<ul style="list-style-type: none"> a. Persiapan alat : Bantal sesuai kebutuhan dan kenyamanan klien, Tempat tidur terapcutik dengan pengaturan sesuai, kenyamanan klien. b. Persiapan klien : kontrak topik, waktu, tempat

	<p>dan tujuan dilaksanakan latihan nafas/ deephbreathing exercise</p> <p>c. Persiapan lingkungan : ciptakan lingkungan yang nyaman bagi klien, jaga privacy klien</p>
<p>Pelaksanaan</p>	
<ol style="list-style-type: none"> 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencuci tangan sesuai dengan prosedur 6 langkah cuci tangan. 2. Mengidentifikasi status klien dengan CHF 3. Melakukan pemeriksaan terhadap status pernapasan. 4. Mengidentifikasi klien tidak dalam kondisi sesak nafas 5. Memastikan klien dalam kondisi sadar dan dapat mengikuti perintah dengan baik. 6. Mengatur posisi disesuaikan dengan kemampuan klien lansia yang mengalami penurunan (sindrom geriatri) 7. Mengatur posisi klien berbaring di atas tempat tidur kepala lebih tinggi, bila memungkinkan dengan posisi semi fowler atau fowler/duduk. 8. Mengatur posisi bantal sesuai kebutuhan untuk kenyamanan klien. 9. Letakkan kedua telapak tangan berhadapan satu sama lain, dibawah dan sepanjang batas bawah tulang rusuk depan. Letakkan ujung jari tengah kedua telapak tangan saling bersentuhan. 10. Ambil nafas dalam secara lambat, menghirup melalui hidung. Rasakan bahwa kedua jari tengah tangan terpisah selama menarik nafas (inspirasi) selama 4 detik. Tahan napas sampai hitungan ketiga selama 2 detik. 11. Perlahan-lahan menghembuskan nafas melalui mulut (seperti meniup) selama 8 detik. 12. Kedua ujung jari tengah akan bersentuhan kembali. 13. Membiarkan telapak tangan dan kaki rileks 14. Usahakan agar tetap konsentrasi/ mata sambil terpejam 15. Ulangi sampai 15 kali, dengan selingi istirahat singkat setiap 5 kali