

**LAPORAN KASUS ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. D
DENGAN *CONGESTIVE HEART FAILURE* (CHF) DISERTAI
DIABETES MELLITUS DAN TN. M DENGAN *CONGESTIVE
HEART FAILURE* (CHF) DISERTAI HIPERTENSI DI RUANG
PERAWATAN ICU 2 RSUD CENGKARENG TAHUN 2023**



TINA DWI HAPSARI

22.156.03.11.104

PROGRAM STUDI PROFESI NERS

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MEDISTRA

INDONESIA BEKASI 2023

**LAPORAN KASUS ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. D
DENGAN *CONGESTIVE HEART FAILURE* (CHF) DISERTAI
DIABETES MELLITUS DAN TN. M DENGAN *CONGESTIVE
HEART FAILURE* (CHF) DISERTAI HIPERTENSI DI RUANG
PERAWATAN ICU 2 RSUD CENGKARENG TAHUN 2023**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

**DIAJUKAN SEBAGAI SALAH SATU SYARAT UNTUK
MEMPEROLEH GELAR NERS**



TINA DWI HAPSARI

22.156.03.11.104

PROGRAM STUDI PROFESI NERS

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MEDISTRA

INDONESIA BEKASI 2023

LEMBAR PERNYATAAN

LEMBAR PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini

Nama Mahasiswa : Tina Dwi Hapsari, S.Kep

NPM : 22.156.03.11.104

Program Studi : Profesi Ners

Dengan ini menyatakan bahwa Karya Ilmiah Akhir dengan Judul "Laporan Kasus Asuhan Keperawatan pada Tn. D dengan CHF disertai Diabetes Mellitus dan Tn. M dengan CHF disertai dengan Hipertensi di Ruang Perawatan ICU 2 RSUD Cengkareng Tahun 2023" adalah benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan jiplakan maupun mengcopy sebagian dari hasil karya orang lain.

Apabila dikemudian hari ternyata ditemukan ketidaksesuaian dengan pernyataan ini, maka saya bersedia mempertanggungjawabkan dan menerima sanksi, sesuai dengan ketentuan yang telah dibuat oleh STIKes Medistra Indonesia.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya di Bekasi pada tanggal
09 Juni 2023

Bekasi, 09 Juni 2023


Tina Dwi H.

LEMBAR PERSETUJUAN

**Karya Ilmiah Akhir ini Telah Diperiksa oleh Preseptor Satu dan Preseptor Dua dan
Disetujui untuk Melaksanakan Seminar Hasil**

Bekasi, 09 Juni 2023

Menyetujui,
Penguji I



Arabta M. Peraten, Pelawi, S.Kep., Ners., M.Kep
NIDN. 0301096505

Penguji II



Dinda Nur Fajri, S.Kep., Ners., M.Kep
NIDN. 0301109302

Mengetahui :
Kepala Program Studi Ilmu Keperawatan (S1)
dan Pendidikan Profesi Ners



Kiki Deniati, S.Kep., Ners., M.Kep
NIDN. 0316028302

LEMBAR PENGESAHAN KARYA ILMIAH AKHIR

LEMBAR PENGESAHAN KARYA ILMIAH AKHIR

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Tina Dwi Hapsari, S.Kep
NPM : 22.156.03.11.104
Program Studi : Profesi Ners
Judul Karya Ilmiah Akhir : Laporan Kasus Asuhan Keperawatan pada Tn. D dengan CHF disertai Diabetes Mellitus dan Tn. M dengan CHF disertai Hipertensi di Ruang Perawatan ICU 2 RSUD Cengkareng Tahun 2023.

Telah diperiksa, dikaji dan diujikan dalam seminar hasil pada Tanggal 09 Juni 2023

Bekasi, 09 Juni 2023

Penguji I

Arabta M. Peraten, Pelawi, S.Kep., Ners., M.Kep
NIDN. 0301096505

Wakil Ketua I Bidang Akademik

Puri Kresnawati, SST., M.KM
NIDN.0309049001

Penguji II

Dinda Nur Fajri, S.Kep., Ners., M.Kep
NIDN. 0301109302

Kepala Program Studi Ilmu (S1) dan Pendidikan Profesi Ners

Kiki Deniati, S.Kep., Ners., M.Kep
NIDN. 0316028302

Disahkan
Ketua STIKes Medistra Indonesia

Dr. Lenny Irmawati Sirait, SST., M.Kes
NIDN.0319017902

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan puji dan syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan rahmat-Nya peneliti dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners dengan judul “Laporan Kasus Asuhan Keperawatan pada Tn. D dengan CHF disertai Diabetes Mellitus dan Tn. M dengan CHF disertai Hipertensi di Ruang Perawatan ICU 2 RSUD Cengkareng Tahun 2023.” Sesuai dengan harapan. Penulis Karya Ilmiah Akhir Ners yang merupakan salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar profesi keperawatan (Ners) pada Program Studi Profesi Ners STIKes Medistra Indonesia. Selesainya Karya Ilmiah Akhir Ners ini tidak terlepas dari bantuan berbeagai pihak, sehingga pada kesempatan ini penulis dengan segala kerendahan hati dan penuh rasa hromat mengucapkan terima kasih sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah memberikan bantuan moril maupun materil secara langsung maupun tidak langsung kepada penulis dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini hingga selesai, terutama kepada yang saya hormati:

1. Usman Ompusunggu, S.E., selaku Pembina Yayasan Medistra Indonesia
2. Saver Mangadar Ompusunggu, S.E., selaku Ketua Yayasan Medistra Indonesia
3. Dr. Lenny Irmawaty Sirait, SST., M.Kes., selaku Ketua STIKes Medistra Indonesia
4. Puri Kresnawati, SST., M.Kes., selaku Wakil Ketua I Bidang Akademik
5. Sinda Ompusunggu, S.H., selaku Wakil Ketua II Bidang Administrasi dan Keuangan

6. Hainun Nisa, SST., M.Kes., selaku Wakil Ketua III Bidang Kemahasiswaan dan Alumni
7. Kiki Deniati, S.Kep., Ners., M.Kep., selaku Kepala Program Studi S1 Ilmu Keperawatan dan Profesi Ners STIKes Medistra Indonesia
8. Nurti Y.K.Gea, S.Kep., Ners., M.Kep., Sp.A., selaku Koordinator Profesi Ners
9. Ernauli Meliyana, S.Kep., Ners., M.Kep., selaku Dosen Pembimbing Akademik
10. Dinda Nur Fajri Hidayati Bunga, S.Kep., Ners., M.Kep., selaku Dosen Pembimbing sekaligus Penguji II Karya Ilmiah Akhir Ners
11. Arabta M.Peraten Pelawi, S.Kep., Ners., M.Kep., selaku Penguji I Karya Ilmiah Akhir Ners
12. Seluruh dosen dan Staff STIKes Medistra Indonesia yang tidak bisa disebutkan satu persatu
13. Ns. Ervin Prayuda Ardiansah, S.Kep., selaku Pembimbing Klinik Ruangan ICU 1, ICU 2, PICU dan CVCU
14. Ibu dan adikku yang tercinta, yang telah memberikan dukungan dan doa yang tiada henti-hentinya sehingga penulis dapat berjalan sejauh ini
15. Rekan-rekan seperjuangan kelas Profesi Ners Angkatan XI STIKes Medistra Indonesia yang telah banyak memberikan kenangan, pengalaman, dan dukungan yang luar biasa serta motivasi untuk menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners

Dalam hal ini penulis menyadari, bahwa penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini masih jauh dari kesempurnaan. Maka kepada para pembaca khususnya mahasiswa Program Studi Profesi Ners dan umumnya kepada seluruh mahasiswa STIKes Medistra Indonesia. Jika ada kesalahan dan kekeliruan untuk memberikan kritik dan saran yang konstruktif, serta motivasi-motivasi yang membangun.

Bekasi, Juni 2023

Tina Dwi Hapsari, S.Kep

DAFTAR ISI

LEMBAR PERNYATAAN	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN KARYA ILMIAH AKHIR	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan	6
1. Tujuan Umum.....	6
2. Tujuan Khusus.....	7
BAB II TINJAUAN TEORI	8
A. Konsep Congestive Heart Failure (CHF).....	8
1. Definisi Congestive Heart Failure (CHF).....	8
2. Anatomi Fisiologi Congestive Heart Failure (CHF)	8
3. Etiologi Congestive Heart Failure (CHF).....	12
4. Patofisiologis Congestive Heart Failure (CHF)	17

5.	Klasifikasi dan Tanda Gejala Congestive Heart Failure (CHF).....	19
6.	Penatalaksanaan Congestive Heart Failure (CHF).....	21
7.	Komplikasi Congestive Heart Failure (CHF).....	24
8.	Pemeriksaan Penunjang <i>Congestive Heart Failure</i> (CHF).....	24
9.	Pathway	26
B.	Konsep Asuhan Keperawatan <i>Congestive Heart Failure</i> (CHF).....	27
1.	Pengkajian Keperawatan	27
2.	Diagnose Keperawatan.....	30
3.	Intervensi Keperawatan.....	34
4.	Implementasi Keperawatan	38
5.	Evaluasi Keperawatan	38
BAB III LAPORAN KASUS.....		40
A.	Laporan Kasus 1.....	40
1.	Identitas Pasien dan Penanggung Jawab	40
2.	Riwayat Kesehatan	41
3.	Pengkajian Primer	42
4.	Pengkajian Sekunder	43
5.	Pemeriksaan Penunjang.....	48
6.	Terapi yang Diberikan.....	49
7.	Kebutuhan Sehari-hari.....	53

8.	Analisa Data	54
9.	Diagnose Keperawatan.....	56
10.	Rencana Keperawatan.....	56
11.	Catatan dan Perkembangan Keperawatan.....	60
B.	Laporan Kasus 2.....	78
1.	Identitas Pasien dan Penanggung Jawab	78
2.	Riwayat Kesehatan	79
3.	Pengkajian Primer	80
4.	Pengkajian Sekunder	81
5.	Pemeriksaan Penunjang.....	86
6.	Terapi yang Diberikan	87
7.	Kebutuhan Sehari-hari.....	88
8.	Analisa Data	89
9.	Diagnose Keperawatan.....	91
10.	Rencana Keperawatan.....	91
11.	Catatan dan Perkembangan Keperawatan.....	94
BAB IV HASIL PEMBAHASAN		109
A.	Pengkajian	109
1.	Menurut Teori.....	109
2.	Menurut Kasus	110

3. Analisa Peneliti.....	111
B. Diagnosis Keperawatan.....	112
1. Menurut Teori.....	112
2. Menurut Kasus	112
3. Analisa Peneliti.....	113
C. Intervensi Keperawatan.....	113
1. Menurut Teori.....	113
2. Menurut Kasus	114
3. Analisa Penulis	114
D. Implementasi Keperawatan.....	115
1. Menurut Teori.....	115
2. Menurut Kasus	115
3. Analisa Penulis	115
E. Evaluasi Keperawatan.....	116
1. Menurut Teori.....	116
2. Menurut Kasus	116
3. Analisa Penulis	117
BAB V PENUTUP.....	118
A. Kesimpulan	118
B. Saran.....	119

DAFTAR PUSTAKA	120
----------------------	-----

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Anatomi Jantung	9
Gambar 2. 2 Ruang Jantung	10
Gambar 2. 3 VAD (Ventricular Assisting Devices).....	23
Gambar 2. 4 CRT (Cardiac Resynchronization Therapy).....	23

DAFTAR TABEL

Tabel 2 1 Penyebab Gagal Jantung Berdasarkan Jenisnya (Asikin, 2018).....	13
Tabel 2 2 Penyebab Gagal Jantung Berdasarkan Kelainannya (Asikin, 2018)....	14
Tabel 2 3 Klasifikasi Gagal Jantung Congestive Heart Failure (CHF).....	19
Tabel 2 4 Tanda dan Gejala Congestive Heart Failure (CHF).....	20

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	123
Lampiran 2	124

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Congestive Heart Failure (CHF), disebut juga gagal jantung kongestif, merupakan sindrom klinis akibat kerusakan struktural dan fungsional jantung yang menyebabkan berkurangnya volume darah yang dipompa oleh jantung (Inamdar dan Inamdar, 2016). Congestive Heart Failure (CHF) yaitu ketidakmampuan jantung memompa darah ke seluruh tubuh sehingga jantung hanya memompa darah dalam waktu yang singkat dan dinding otot jantung yang melemah tidak mampu memompa dengan adekuat. Bila terjadi kegagalan jantung hal ini akan mengakibatkan bendungan cairan dalam beberapa organ tubuh dan menyebabkan edema (Udjianti, Wajan Juni, 2013).

Perkembangan penyakit CHF pada seseorang semakin hari semakin memburuk. Pasien yang mengalami CHF akan mengalami masalah fisik dengan tanda dan gejala yang khas. Hal tersebut membuat kondisi pasien semakin buruk dan keluhan akan penyakit seringkali muncul seperti sesak nafas, intoleransi aktivitas, mudah lelah, dan pergelangan kaki yang bengkak. Semakin menurunnya curah jantung juga menyebabkan insomnia dan penurunan berat badan pada kasus gagal jantung yang berat (Nurkhalis & Adista, 2020).

Congestive Heart Failure (CHF) merupakan penyebab kematian serta disabilitas yang cukup besar dan kejadian yang terus meningkat (Agung dkk, 2016). Congestive Heart Failure (CHF) telah ditetapkan

sebagai pandemi global karena telah menyerang 64 juta orang di dunia (Groenewegen et al., 2020). Pada tahun 2019, penyakit ini diperkirakan memakan biaya 364,17 miliar US dollar di dunia dan 5.380 US dollar dihabiskan pada setiap kasusnya atau setara kurang lebih 77 juta rupiah (Lippi dan Sanchis-Gomar, 2020). Terdapat 915.000 kasus baru tiap tahunnya dengan insiden yang mendekati 10 per 1.000 pada usia >65 tahun di Amerika Serikat (Savarese dan Lund, 2017).

Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar tahun 2018, prevalensi Congestive Heart Failure (CHF) di Indonesia adalah sebesar 1,5% atau sekitar 1.017.290 penduduk, untuk urutan yang kedua ada pada provinsi Jawa Timur yaitu dengan jumlah 151.878 orang. Provinsi Jawa Barat berada diposisi tertinggi dengan diagnosa penyakit jantung mencapai 186.809 orang, sedangkan untuk provinsi Jawa Tengah menempati urutan ke tiga yaitu sebesar 132.565 orang. Prevalensi penyakit jantung lebih tinggi pada jenis laki-laki yaitu sebesar 510.714 orang dibanding, dengan jenis kelamin perempuan yaitu sebesar 506.576 orang (Kementerian Kesehatan RI, 2018).

Congestive Heart Failure (CHF) terjadi akibat ketidakmampuan otot jantung dalam memompa darah keseluruh tubuh, sehingga mengakibatkan terjadinya penurunan kontraktilitas jantung. Kondisi yang mendasari penyebab kelainan fungsi otot jantung antara lain aterosklerosis koroner, hipertensi arterial, dan penyakit degeneratif atau inflamasi (Karson, 2017 dalam Aritonang, 2019). Sesak nafas adalah suatu ketidaknyamanan atau kesulitan bernafas yang disebabkan oleh penyakit paru-paru, penyakit

jantung, anemia dan kurangnya berolahraga (American Thoracic Society, 2013; 3-4). Pasien CHF yang mengalami tiba – tiba sesak nafas yang berat saat bangun dari tidur (Paroxysmal nocturnal Dyspnea), dapat berefek kearah eksaserbasi/perburukan akut kongesti jantung, edema paru dan akhirnya kematian (Black & Hawks, 2014; 110:112 dalam Purwowiyoto, 2018).

Pasien memiliki riwayat diabetes mellitus tipe II. Resistensi insulin merupakan faktor risiko yang penting dalam perkembangan HF. Kehadiran diabetes mellitus secara nyata meningkatkan perkembangan HF pada pasien tanpa structural heart disease dan memberikan pengaruh negatif terhadap outcome pasien HF. Penelitian Framingham memperkirakan peningkatan risiko terjadinya heart failure dua kali lipat pada pria dan lima kali lipat pada wanita dengan diabetes. Terdapat bukti yang mengindikasikan bahwa diabetes merupakan faktor risiko utama heart failure, berhubungan dengan ischemic disease. Abnormalitas yang umum terjadi yaitu disfungsi diastolik left ventricular (LV), kemungkinan akibat pembesaran miokard LV dan kekakuan vaskular.

Kekakuan vaskular yang timbul akibat diabetes mellitus memiliki pengaruh yang besar dalam berkembangnya heart failure. Kecepatan gelombang pulsasi dikenal sebagai indikator kerusakan organ target pada pasien dengan diabetes. Tekanan nadi perifer lebih tinggi dikaitkan dengan risiko yang lebih besar terjadinya cerebrovascular disease (CVD) pada populasi umum dan pada pasien berisiko tinggi dengan LV dysfunction.

Dalam meta-analisis terbaru, kekakuan yang lebih besar dalam arteri besar dikaitkan dengan kejadian kardiovaskular yang lebih tinggi. Sebagian besar peneliti setuju bahwa evolusi berkembangnya 'diabetic heart' dimediasi sebagian oleh perubahan pada ventriculo-vascular coupling.

Hipertensi diidentifikasi sebagai prekursor utama terjadinya left ventricular hypertrophy (LVH). Prinsip adaptasi struktural jantung terhadap peningkatan beban tekanan adalah LVH, secara esensial menyebabkan peningkatan penebalan dinding ruang jantung. Dibandingkan dengan subjek normotensif, individu dengan hipertensi ringan memiliki dua sampai tiga kali lipat risiko terjadinya LVH dan risiko ini meningkat seiring dengan keparahan hipertensi. Berkembangnya LVH berkaitan dengan perubahan degeneratif progresif pada miosit kardial yang mengalami hipertrofi, dan akumulasi abnormal kolagen pada ruang interstitial. Rangkaian kejadian ini yang tersering menyebabkan disfungsi diastolic.

Masalah keperawatan yang biasa muncul pada penderita Congestive Heart Failure (CHF) adalah berkurangnya aliran oksigen ke jaringan sehingga tubuh mengalami kelemahan atau intoleransi aktivitas (Andra Saferi and Putri, 2013). Selain itu, adanya jaringan yang nekrotik dan iskemia pada miokard, gangguan rasa nyaman nyeri, risiko terjadinya penurunan Cardiac Output (CO), irama konduksi jantung menurunnya preload atau peningkatan Systemic Vascular Resistance (SVR), miokardial infark, risiko terjadinya ketidakseimbangan cairan, peningkatan retensi natrium, dan penurunan plasma protein bahkan bisa menyebabkan

kematian. Sehingga penderita Congestif Heart Failure (CHF) harus waspada terhadap keselamatan hidupnya. Pada pasien Congestif Heart Failure (CHF) dengan masalah intoleransi aktivitas terjadinya karena ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari (Herdman and Kamitsuru, 2018).

Penderita dengan masalah intoleransi aktivitas dibatasi dalam melakukan aktivitas fisik. Intoleransi aktivitas biasanya akan menimbulkan gejala-gejala yang biasanya terjadi antara lain yaitu mengeluh kelemahan, sesak nafas atau pucat, nadi dan tekanan darah terhadap respon aktivitas abnormal, dispnea saat atau sesudah melakukan aktivitas, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas, frekuensi jantung dan tekanan darah meningkat >20% dari kondisi istirahat, gambaran EKG menunjukkan aritmia sehingga kesulitan dalam pergerakan (Muttaqin, 2010)

Pada pasien Congestive Heart Failure (CHF) perencanaan dan tindakan asuhan keperawatan yang dapat dilakukan diantaranya yaitu memperbaiki kontraktilitas atau perfusi sistemik, istirahat total dalam posisi semi fowler, memberikan terapi oksigen sesuai dengan kebutuhan, menurunkan volume cairan yang berlebih dengan mencatat asupan dan haluaran. Prognosis pada CHF akan buruk bila penyebabnya tidak dapat diperbaiki. Setengah dari populasi pasien penderita CHF akan meninggal dalam empat tahun sejak diagnosis ditegakkan, dan lebih dari 50% akan meninggal dalam tahun pertama pada pasien yang mengalami gagal jantung berat. Rehabilitasi medik merupakan kegiatan untuk meningkatkan

kemampuan fungsional seseorang sesuai dengan potensi yang dimiliki untuk mempertahankan dan atau meningkatkan kualitas hidup dengan cara mencegah atau mengurangi impairment, disabilitas, dan handicapt semaksimal mungkin (Kemenkes RI 2018).

Adapun peran perawat yaitu care giver merupakan peran dalam memberikan asuhan keperawatan dengan pendekatan pemecahan masalah sesuai dengan metode dan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi sampai evaluasi (Gledis & Gobel, 2016). Selain itu perawat berperan melakukan pendidikan kepada pasien dan keluarga untuk mempersiapkan pemulangan dan kebutuhan untuk perawatan tindak lanjut di rumah (Pertiwati & Rizany, 2017).

Berdasarkan latar belakang diatas, maka, penulis tertarik untuk menyusun “Asuhan Keperawatan pada Tn. D dengan *Congestive Heart Failure (CHF)* disertai Diabetes Mellitus dan Tn.M dengan *Congestive Heart Failure (CHF)* disertai Hipertensi di Ruang Perawatan *Intensive Care Unit (ICU) 2*”

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mengetahui dan mengaplikasikan Asuhan Keperawatan Kritis pada pasien dengan *Congestive Heart Failure (CHF)* dalam penerapan langsung di ruang perawatan *Intensive Care Unit (ICU) 2* RSUD Cengkareng, Jakarta Barat.

2. Tujuan Khusus

- a. Dapat melakukan pengkajian pada pasien dengan *Congestive Heart Failure (CHF)* di ruang perawatan *Intensive Care Unit (ICU) 2* RSUD Cengkareng, Jakarta Barat.
- b. Dapat menentukan diagnose keperawatan pada pasien dengan *Congestive Heart Failure (CHF)* di ruang perawatan *Intensive Care Unit (ICU) 2* RSUD Cengkareng, Jakarta Barat.
- c. Dapat membuat rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan *Congestive Heart Failure (CHF)* di ruang perawatan *Intensive Care Unit (ICU) 2* RSUD Cengkareng, Jakarta Barat.
- d. Dapat mengaplikasikan implementasi non farmakologi pada pasien dengan dengan *Congestive Heart Failure (CHF)* di ruang perawatan *Intensive Care Unit (ICU) 2* RSUD Cengkareng, Jakarta Barat.
- e. Dapat melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan dengan *Congestive Heart Failure (CHF)* di ruang perawatan *Intensive Care Unit (ICU) 2* RSUD Cengkareng, Jakarta Barat.
- f. Dapat mengetahui kesenjangan antara teori dan praktek pada pasien dengan dengan *Congestive Heart Failure (CHF)* di ruang perawatan *Intensive Care Unit (ICU) 2* RSUD Cengkareng, Jakarta Barat.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Congestive Heart Failure (CHF)

1. Definisi Congestive Heart Failure (CHF)

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

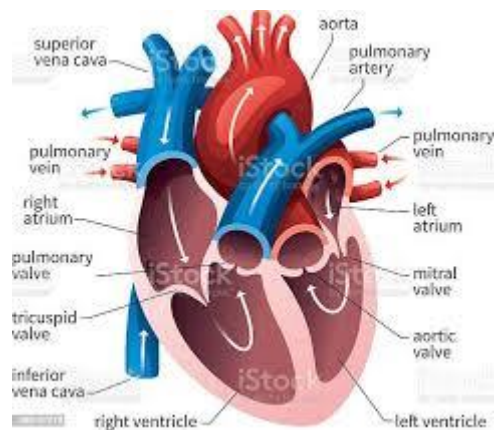
Gagal jantung adalah suatu kondisi di mana terdapat kegagalan jantung memompa darah yang sesuai dengan kebutuhan jaringan (Lumi, Joseph, and Polii, 2021). *Congestive Heart Failure* (CHF) merupakan kondisi dimana jantung tidak dapat memompa darah ke seluruh tubuh sesuai dengan kebutuhan jaringan untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh

2. Anatomi Fisiologi Congestive Heart Failure (CHF)

a. Anatomi Jantung

Sistem peredaran darah terdiri atas jantung, pembuluh darah, dan saluran limfe. Jantung merupakan organ pemompa besar yang memelihara peredaran melalui seluruh tubuh. Arteri membawa darah dari jantung. Vena membawa darah ke jantung. Kapiler menggabungkan arteri dan vena, terentang diantaranya dan

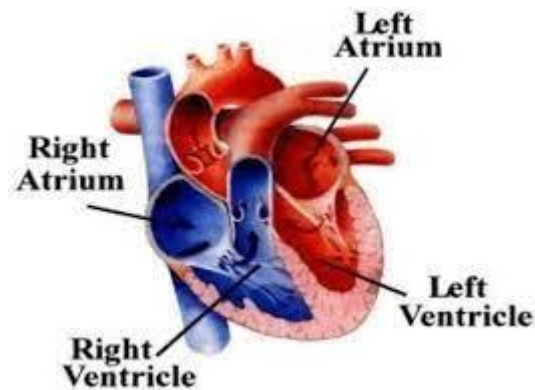
merupakan jalan lalu lintas antara makanan dan bahan buangan. Disini juga terjadi pertukaran gas dalam cairan ekstraseluler dan interstisial.



Gambar 2. 1 Anatomi Jantung

Jantung adalah organ berupa otot, berbentuk kerucut, berongga, basisnya diatas, dan puncaknya dibawah. Apeksnya (puncaknya) miring kesebelah kiri. Berat jantung kira-kira 300 gram. Jantung berada didalam toraks, antara kedua paru-paru dan dibelakang sternum, dan lebih menghadap ke kiri daripada ke kanan. Jantung memiliki lapisan, terdiri dari 3 lapisan yaitu :

- 1) Epikardium, merupakan lapisan terluar, memiliki struktur yang sama dengan perikardium viseral
- 2) Miokardium, merupakan lapisan tengah yang terdiri atas otot yang berperan dalam menentukan kekuatan kontraks
- 3) Endokardium, merupakan lapisan terdalam terdiri atas jaringan endotel yang melapisi bagian dalam jantung dan menutupi katung jantung.



Gambar 2. 2 Ruang Jantung

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

b. Fisiologi Jantung

Menurut Kasron (2016) terdapat mekanisme fisiologis yang menyebabkan gagal jantung meliputi keadaan-keadaan :

1) Preload (beban awal)

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

2) Kontraktilitas

Perubahan kekuatan kontriksi berkaitan dengan panjangnya regangan serabut jantung.

3) Afterload (beban akhir)

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

Pada keadaan gagal jantung, bila salah satu/lebih dari keadaan diatas terganggu, menyebabkan curah jantung menurun, meliputi keadaan yang menyebabkan prelood meningkat contoh regurgitasi aorta, cacat septum ventrikel. Menyebabkan afterlood meningkat yaitu pada keadaan stenosis aorta dan hipertensi sistemik. Kontraktilitas miokardium dapat menurun pada Infark miokardium dan kelainan otot jantung.

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

berbaring. Gagal jantung berlanjut dapat menimbulkan asites, dimana asites dapat menimbulkan gejala-gejala gastrointestinal seperti mual, muntah, anoreksia.

Apabila suplai darah tidak lancar di paru-paru (darah tidak masuk ke jantung), menyebabkan penimbunan cairan di paru-paru yang dapat menurunkan pertukaran O₂ dan CO₂ antara udara dan darah di paru-paru. Sehingga oksigenasi arteri berkurang dan terjadi peningkatan CO₂, yang akan membentuk asam di dalam tubuh. Situasi ini akan memberikan suatu gejala sesak napas (dyspnea), ortopnea (dyspnea saat berbaring) terjadi apabila aliran darah dari ekstremitas meningkatkan aliran balik vena ke jantung dan paru-paru. Apabila terjadi pembesaran vena dihepar mengakibatkan hepatomegali dan nyeri tekan pada kuadran kanan. Suplai darah yang kurang di daerah otot dan kulit, menyebabkan kulit menjadi pucat dan dingin serta timbul gejala letih, lemah, lesu (Kasron, 2016).

3. Etiologi Congestive Heart Failure (CHF)

Menurut Lumi, Joseph, and Polii, (2021) gagal jantung disebabkan oleh 4 faktor, diantaranya :

- a. Faktor penyebab terjadinya gagal jantung yang sering terjadi pada pasien gagal jantung diantaranya seperti cedera iskemik, hipertensi, sindrom metabolik (diabetes mellitus, obesitas, hiperlipidemia).

- b. Faktor kedua yaitu genetik. berasal dari mutasi autosom dominan atau kelompok keluarga dengan frekuensi alel yang jarang
- c. Faktor yang ketiga yaitu mekanik yang disebabkan karena disfungsi katup yang biasanya menyebabkan tekanan berlebih di ventrikel kiri pada lansia yaitu stenosis aorta
- d. Serta faktor yang ke empat yaitu imunitas yang mencakup autoimun dan infeksi baik virus ataupun bakteri.

Tabel 2 1 Penyebab Gagal Jantung Berdasarkan Jenisnya (Asikin, 2018)

Jenis Gagal Jantung	Penyebab
Gagal jantung sistolik	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes mellitus • Hipertensi • Penyakit katup jantung • Aritmia • Infeksi dan inflamasi • Kardiomiopati paeripartum/idiopatik
Gagal jantung kiri	<ul style="list-style-type: none"> • Penyakit jantung coroner • Penyakit jantung kongenital • Kelainan endokrin, kondisi neuromuscular, dan penyakit reumatologi
Gagal jantung diastolic	<ul style="list-style-type: none"> • Penyakit jantung coroner • Diabetes mellitus • Penyakit katup jantung • Kardiomiopati • Resytriktif/hipertrofi • Pericarditis konstrikatif

Gagal jantung kanan	<ul style="list-style-type: none"> • Gagal ventrikel kiri • Penyakit jantung coroner • Hipertensi pulmonal • Stenosis katup pulmonalis • Emboli paru • Penyakit paru kronis • Penyakit neuromuskular
---------------------	---

Tabel 2.2 Penyebab Gagal Jantung Berdasarkan Kelainannya (Asikin, 2018)

Penyebab Gagal Jantung	Deskripsi
Kelainan mekanik	<ol style="list-style-type: none"> a. Peningkatan beban tekanan <ul style="list-style-type: none"> • Sentral • Perifer b. Peningkatan beban volume c. Obstruksi terhadap pengisian ventrikel d. Tamponade pericardium e. Pembatasan miokardium atau endocardium
Kelainan miokardium	<ul style="list-style-type: none"> • Primer • Kardiomiopati • Miokardis • Kelainan metabolic • Toksisitas • Presbikardi • Kelainan didinamik sekunder • Deprivasi oksigen • Peradangan • Penyakit istemik • PPOK
Perubahan irama jantung atau urutan hantaran	<ul style="list-style-type: none"> • Terjadi fibrilasi • Takikardi atau bradikardi ekstrim • Arus listrik tidak sinkron

Beberapa etiologi dari penyakit gagal jantung kongestif menurut Agustina (2017) sebagai berikut:

a. Penyakit jantung koroner

Seseorang dengan penyakit jantung koroner (PJK) rentan untuk menderita penyakit gagal jantung, terutama penyakit jantung koroner dengan hipertrofi ventrikel kiri. Lebih dari 36% pasien dengan penyakit jantung koroner selama 7-8 tahun akan menderita penyakit gagal jantung kongestif.

b. Hipertensi

Peningkatan tekanan darah yang bersifat kronis merupakan komplikasi terjadinya gagal jantung. Hipertensi menyebabkan gagal jantung kongestif melalui mekanisme disfungsi sistolik dan diastolik dari ventrikel kiri. Hipertrofi ventrikel kiri menjadi predisposisi terjadinya infark miokard, aritmia atrium dan ventrikel yang nantinya akan berujung pada gagal jantung kongestif.

c. Cardiomyopathy

Cardiomyopathy merupakan kelainan pada otot jantung yang tidak disebabkan oleh penyakit jantung koroner, hipertensi, atau kelainan kongenital. Cardiomyopathy terdiri dari beberapa jenis. Diantaranya ialah dilated cardiomyopathy yang merupakan salah satu penyebab tersering terjadinya gagal jantung kongestif. Dilated Cardiomyopathy berupa dilatasi dari ventrikel kiri dengan atau tanpa dilatasi ventrikel kanan. Dilatasi ini disebabkan oleh hipertrofi sel

miokardium dengan peningkatan ukuran dan penambahan jaringan fibrosis.

d. Kelainan katup jantung

Dari beberapa kelainan katup jantung, yang paling sering menyebabkan gagal jantung kongestif ialah regurgitasi mitral. Regurgitasi mitral meningkatkan preload sehingga terjadi peningkatan volume di jantung. Peningkatan volume jantung memaksa jantung untuk berkontraksi lebih kuat agar darah tersebut dapat didistribusikan ke seluruh tubuh. Kondisi ini jika berlangsung lama menyebabkan gagal jantung kongestif.

e. Aritmia

Atrial fibrasi secara independen menjadi pencetus gagal jantung tanpa perlu adanya faktor concomitant lainnya seperti PJK atau hipertensi. 31% dari pasien gagal jantung ditemukan gejala awal berupa atrial fibrilasi dan ditemukan 50% pasien gagal jantung memiliki gejala atrial fibrilasi setelah dilakukan pemeriksaan echocardiografi. Aritmia tidak hanya sebagai penyebab gagal jantung tetapi juga memperparah prognosis dengan meningkatkan morbiditas dan mortalitas.

f. Alkohol dan obat-obatan

Alkohol memiliki efek toksik terhadap jantung yang menyebabkan atrial fibrilasi ataupun gagal jantung akut. Konsumsi alkohol dalam jangka panjang menyebabkan dilated cardiomyopathy. Didapatkan

2-3% kasus gagal jantung kongestif yang disebabkan oleh konsumsi alkohol jangka panjang.

g. Lain-lain

Merokok merupakan faktor risiko yang kuat dan independen untuk menyebabkan penyakit gagal jantung kongestif pada laki-laki sedangkan pada wanita belum ada fakta yang konsisten. Sementara diabetes merupakan faktor independen dalam mortalitas dan kejadian rawat inap ulang pasien gagal jantung kongestif melalui mekanisme perubahan struktur dan fungsi dari miokardium. selain itu, obesitas menyebabkan peningkatan kolesterol yang meningkatkan risiko penyakit jantung koroner yang merupakan penyebab utama dari gagal jantung kongestif.

4. Patofisiologis Congestive Heart Failure (CHF)

Menurut Purwowiyoto (2018), terjadinya gagal jantung diawali dengan adanya kerusakan pada jantung atau miokardium. Hal tersebut akan menyebabkan menurunnya curah jantung. Bila curah jantung tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme, maka jantung akan memberikan respon mekanisme kompensasi untuk mempertahankan fungsi jantung agar tetap dapat memompa darah secara adekuat. Bila mekanisme tersebut telah secara maksimal digunakan dan curah jantung normal tetap tidak terpenuhi, maka setelah akan itu timbul gejala gagal jantung.

Terdapat tiga mekanisme primer yang dapat dilihat dalam respon kompensatorik, yaitu meningkatnya aktivitas adrenergik simpatis, meningkatnya beban awal akibat aktivasi Sistem Renin Angiotensin Aldosteron (RAAS), dan hipertrofi ventrikel. Menurunnya volume sekuncup pada gagal jantung akan membangkitkan respon simpatis kompensatorik. Hal ini akan merangsang pengeluaran katekolamin dari saraf-saraf adrenergik jantung dan medula adrenal. Denyut jantung dan kekuatan kontraksi akan meningkat untuk menambah curah jantung. Selain itu juga terjadi vasokonstriksi arteri perifer untuk menstabilkan tekanan arteri dan redistribusi volume darah untuk mengutamakan perfusi ke organ vital seperti jantung dan otak.

Aktivasi sistem renin angiotensin aldosteron akan menyebabkan retensi natrium dan air oleh ginjal, meningkatkan volume ventrikel dan regangan serabut. Peningkatan beban awal ini akan menambah kontraktilitas miokardium sesuai dengan mekanisme Frank Starling. Respon kompensatorik yang terakhir pada gagal jantung adalah hipertrofi miokardium atau bertambahnya ketebalan otot jantung.

Hipertrofi akan meningkatkan jumlah sarkomer dalam sel-sel miokardium. Sarkomer dapat bertambah secara paralel atau serial bergantung pada jenis beban hemodinamik yang mengakibatkan gagal jantung. Awalnya, respon kompensatorik sirkulasi ini memiliki efek yang menguntungkan. Namun, pada akhirnya mekanisme kompensatorik dapat menimbulkan gejala dan meningkatkan kerja

jantung yang mengakibatkan meningkatnya beban miokardium dan terus berlangsungnya gagal jantung.

5. Klasifikasi dan Tanda Gejala Congestive Heart Failure (CHF)

Tabel 2 3 Klasifikasi Gagal Jantung Congestive Heart Failure (CHF)

Klasifikasi Berdasarkan Kelainan	Klasifikasi Berdasarkan Kapasitas
Structural Jantung (AHA)	Fungsional (NYHA)
Stadium A	Kelas I
Memiliki risiko tinggi untuk berkembang menjadi gagal jantung. Tidak terdapat gangguan struktural atau fungsional jantung, tidak terdapat tanda atau gejala	Tidak terdapat batasan dalam melakukan aktifitas fisik. Aktifitas fisik sehari-hari tidak menimbulkan kelelahan, palpitasi atau sesak nafas
Stadium B	Kelas II
Telah terbentuk penyakit struktur jantung yang berhubungan dengan perkembangan gagal jantung, tidak terdapat tanda atau gejala.	Terdapat batasan aktifitas ringan. Tidak terdapat keluhan saat istirahat, namun aktifitas fisik sehari-hari menimbulkan kelelahan, palpitasi atau sesak nafas
Stadium C	Kelas III
Gagal jantung yang simptomatik berhubungan dengan penyakit struktural jantung yang mendasari.	Terdapat batasan aktifitas bermakna. Tidak terdapat keluhan saat istirahat, tetapi aktifitas fisik ringan menyebabkan kelelahan, palpitasi atau sesak
Stadium D	Kelas IV
Penyakit jantung struktural lanjut serta gejala gagal jantung yang sangat bermakna saat istirahat walaupun sudah mendapat terapi medis maksimal (refrakter)	Tidak dapat melakukan aktifitas fisik tanpa keluhan. Terdapat gejala saat istirahat. Keluhan me ningkat saat melakukan aktifitas.

Tanda dan gejala gagal jantung dapat diperhatikan secara relatif dari derajat latihan fisik yang diberikan. Pada pasien gagal jantung, toleransi terhadap latihan fisik akan semakin menurun dan gejala gagal jantung akan muncul lebih awal dengan aktivitas yang ringan. Gejala awal yang

umumnya terjadi pada penderita gagal jantung yakni dyspnea (sesak napas), mudah lelah dan adanya retensi cairan. *Paroxysmal Nocturnal Dyspnea* (PND) yaitu kondisi mendadak bangun karena dyspnea yang dipicu oleh timbulnya edema paru interstisial. PND merupakan salah satu manifestasi yang spesifik dari gagal jantung kiri. Backward failure pada sisi kanan jantung dapat meningkatkan tekanan vena jugularis. Penimbunan cairan dalam ruang interstisial dapat menyebabkan edema dan jika berlanjut akan menimbulkan edema anasarka. Forward failure pada ventrikel kiri menimbulkan tanda-tanda berkurangnya perfusi ke organ tubuh seperti kulit pucat dan kelemahan otot rangka. Semakin menurunnya curah jantung dapat disertai gejala insomnia, kegelisahan, bahkan kebingungan. Bahkan pada gagal jantung kronis yang berat, dapat terjadi kehilangan berat badan yang progresif.

Tabel 2 4 Tanda dan Gejala Congestive Heart Failure (CHF)

Gejala	Tanda
Tipikal	Spesifik
Sesak napas	Peningkatan JVP
Ortopneu	Refleks hepatojugular
Paroxymal Nocturnal Dispnoe (PND)	Suara jantung S3 (gallop)
Toleransi aktifitas yang berkurang	Apex jantung bergeser ke lateral
Mudah lelah	Bising jantung
Bengkak di pergelangan kaki	
Kurang Tipikal	Kurang Spesifik
Batuk di malam / dini hari	Edema perifer
Mengi	Krepitasi pulmonal
Berat badan bertambah > 2kg/mgg	Suara pekak di basal paru pada perkusi
Berat badan turun	Takikardia
Perasaan kembung / begah	Nadi irreguler

Nafsu makan menurun	Nafas cepat
Perasaan bingung (pada pasien lanjut)	Hepatomegali
Depresi	Asites
Berdebar	Kaheksia
Pingsan	

6. Penatalaksanaan Congestive Heart Failure (CHF)

Terapi bagi penderita gagal jantung berupa terapi non-farmakologis, terapi farmakologis, prosedur pembedahan, dan pemasangan alat medis. Terapi yang diberikan berguna untuk merelaksasikan, nyaman saat melakukan aktivitas fisik dan bisa memperbaiki kualitas hidup serta meningkatkan harapan hidup pada pasien dengan gagal jantung. Tujuan dari adanya terapi diantaranya untuk meredakan gejala, memperlambat perburukan penyakit, dan memperbaiki harapan.

a. Terapi non-farmakologis

Terapi non-farmakologi pada penderita gagal jantung berbentuk manajemen perawatan mandiri yang artinya sebagai tindakan yang bertujuan untuk menjaga kestabilan fisik serta menghindari perilaku yang mungkin dapat memperburuk kondisi dan juga mendeteksi gejala awal saat perburukan gagal jantung. Manajemen perawatan mandiri ini ada beberapa terapi seperti kepatuhan minum obat, pemantauan berat badan, pemantauan asupan nutrisi, dan latihan fisik.

b. Terapi farmakologis

Sedangkan terapi farmakologis memiliki tujuan untuk mengatasi gejala akibat penyakit gagal jantung, seperti kongesti dan mengurangi kompensasi. Selain untuk mengurangi gejala akibat gagal jantung, terapi farmakologis juga digunakan untuk memperlambat perburukan kondisi jantung dan mengatasi terjadinya kejadian akut akibat respon kompensasi jantung.

c. Prosedur pembedahan

1) Penggantian atau perbaikan katup jantung

Valvuloplasti (perbaikan katup) ataupun penggantian katup dengan katup prostetik apabila valvuloplasti tidak memungkinkan untuk dilakukan. Tindakan bedah ini dapat meningkatkan kualitas hidup penderita.

2) Transplantasi jantung

3) Myectomy

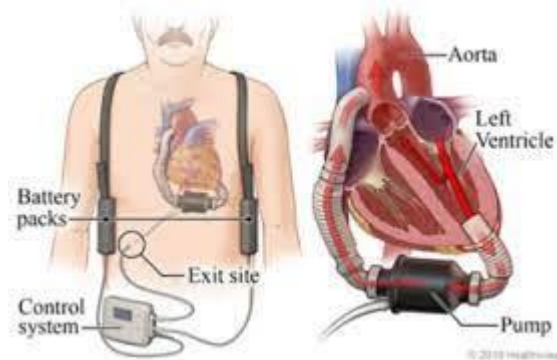
Ahli bedah akan mengeluarkan otot septal yang berkembang dengan cepat di jantung untuk menurunkan sumbatan yang terjadi karena gagal jantung akibat dari hipertrofikardiomiopati

d. Pemasangan alat medis

1) VAD (*Ventricular Assisting Devices*)

Digunakan sebagai pompa yang dapat digunakan untuk memompa darah. Pasien yang menggunakan alat ini biasanya adalah pasien yang sedang menunggu untuk transplantasi

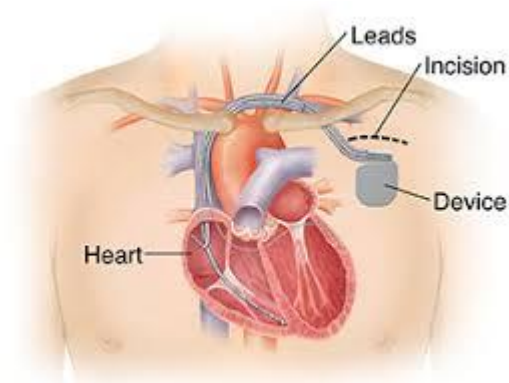
jantung atau untuk terapi permanen bagi orang yang tidak ingin transplantasi jantung.



Gambar 2. 3 VAD (Ventricular Assisting Devices)

2) CRT (*Cardiac Resynchronization Therapy*)

Alat ini berguna untuk mengirimkan impuls listrik ke ruang jantung. CRT cocok digunakan oleh orang yang menderita gagal jantung kongestif dan konduksi kelistrikan jantung yang abnormal.



Gambar 2. 4 CRT (Cardiac Resynchronization Therapy)

7. **Komplikasi Congestive Heart Failure (CHF)**

Komplikasi *Congestive Heart Failure* (CHF) menurut Kasron (2016)

- a. Syok kardiogenik
- b. Episode tromboemboli karena pembentukan bekuan vena karena statis darah
- c. Efusi dan tamponade jantung
- d. Toksisitas digitalis akibat pemakaian obat – obatan digitalis.

8. **Pemeriksaan Penunjang *Congestive Heart Failure* (CHF)**

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada pasien dengan kasus gagal jantung kongestive diantaranya:

a. Elektrokardiogram

Pada pemeriksaan EKG untuk klien dengan gagal jantung dapat ditemukan kelainan EKG seperti berikut ini.

- 1) Left bundle branch block, kelainan segmen ST/T menunjukkan disfungsi ventrikel kiri kronis.
- 2) Gelombang Q menunjukkan infark sebelumnya dan kelainan segmen ST menunjukkan penyakit jantung iskemik.
- 3) Hipertrofi ventrikel kiri dan gelombang terbalik, menunjukkan stenosis aorta dan penyakit jantung hipertensi. Aritmia
- 4) Deviasi aksis ke kanan, right bundle branch block, dan hipertrofi ventrikel kanan menunjukkan disfungsi ventrikel kanan.

b. Pemeriksaan Laboratorium: meliputi pemeriksaan elektrolit serum yang mengungkapkan kadar natrium yang rendah.

c. Ekokardiografi

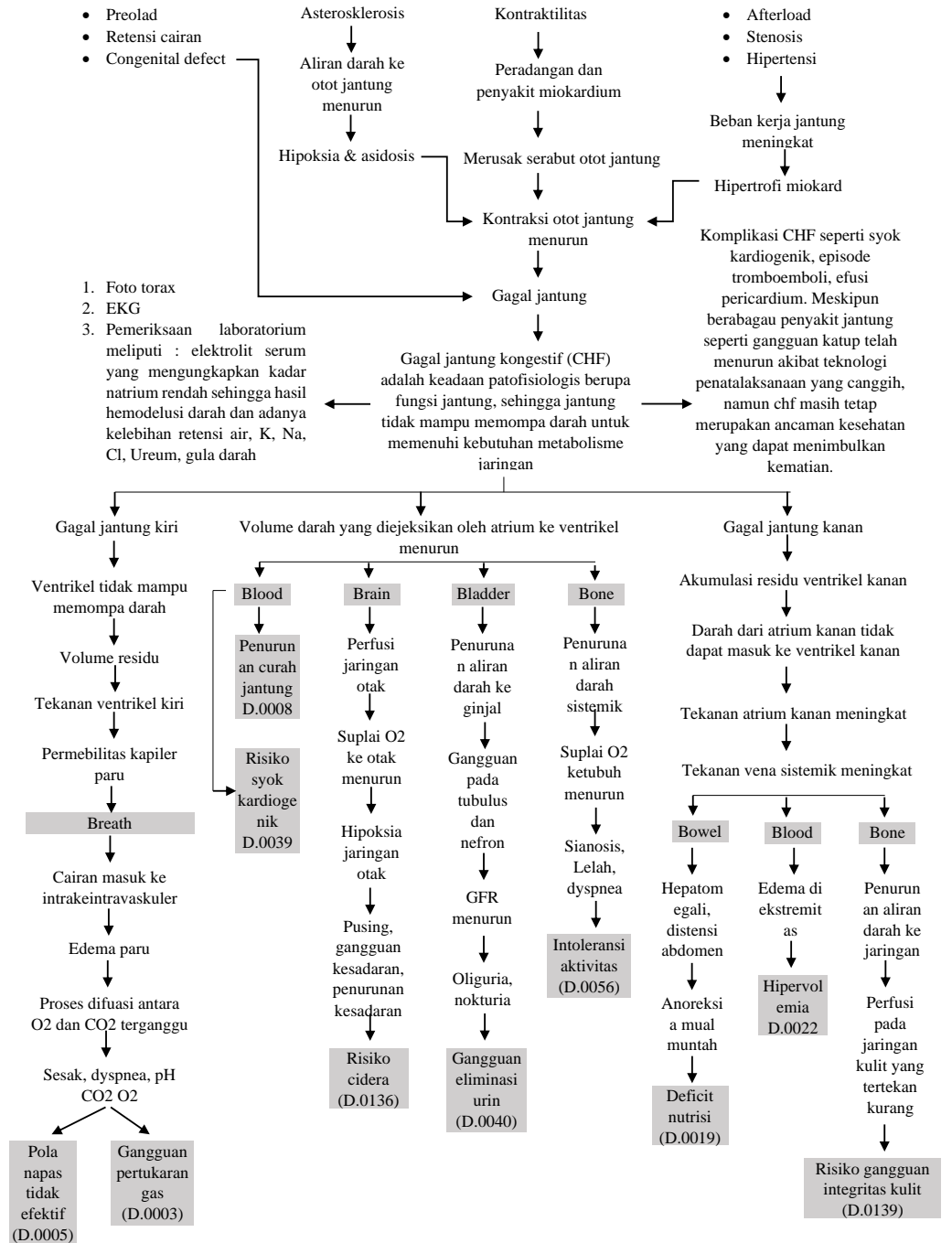
Gambaran yang paling sering ditemukan pada gagal jantung akibat penyakit jantung iskemik, kardiomiopati dilatasi, dan beberapa kelainan katup adalah dilatasi ventrikel kiri yang disertai hipokinesis seluruh dinding ventrikel.

d. Analisa gas darah: Gagal ventrikel kiri ditandai dengan alkalosis respiratory ringan (dini) atau hipoksemia dengan peningkatan PCO₂ (akhir).

e. Blood ureum nitrogen (BUN) dan kreatinin: Peningkatan BUN menunjukkan penurunan fungsi ginjal.

f. Pemeriksaan tiroid: Peningkatan aktifitas tiroid menunjukkan hiperaktifitas tiroid sebagai pencetus gagal jantung (Rahmadhani, 2020).

9. Pathway



B. Konsep Asuhan Keperawatan *Congestive Heart Failure* (CHF)

1. Pengkajian Keperawatan

a. Primary Survey

1) Airway

Penderita CHF, terkadang mengalami sumbatan atau terjadi penumpukan secret. Pasien juga biasanya batuk dengan atau tanpa sputum (Carvalho, 2019).

2) Breathing

Biasanya pada pasien CHF ditemukan sesak nafas dengan aktivitas ringan atau istirahat, respirasi meningkat (lebih dari 24 x/menit), irama ireguler dangkal, terdapat suara napas tambahan: ronchi & krekles, ekspansi dada tidak penuh dan terdapat penggunaan otot bantu nafas (Minartin, 2018).

3) Circulation

Biasanya pada pasien CHF ditemukan nadi lemah, tidak teratur, takikardi, tekanan darah meningkat/menurun, adanya edema, pitting edema, CRT > 3 detik, akral dingin, kulit pucat, bunyi jantung S3, gallop, sianosis dan output urine menurun (Minartin, 2018).

4) Disability

Biasanya pasien CHF pusing, disorientasi dan penurunan kesadaran apabila mengalami gangguan perfusi yang berat (Sari, 2018).

5) Exposure

Seluruh pakaian harus dibuka untuk memudahkan pengkajian menyeluruh (Sari, 2018).

b. Sekundari Survey

1) Data umum

Berdasarkan penelitian Maulidta (2015), menunjukkan penderita jantung paling banyak berada pada usia 55-65 tahun.

2) Keluhan utama

Keluhan klien dengan CHF adalah sesak napas.

3) Riwayat penyakit sekarang

Menggambarkan kejadian sampai terjadi penyakit saat ini, dengan mengajukan serangkaian pertanyaan mengenai kelemahan fisik secara PQRST. Tanyakan juga gejala-gejala lain yang mengganggu pasien seperti munculnya dispnea/sesak saat bekerja, ortopnea, batuk, nyeri dada, lelah, pusing, edema pulmonal akut, edema ekstremitas bawah, nafsu makan menurun, nausea, distensi abdomen, dan urine menurun (Rahmadhani, 2020).

4) Riwayat penyakit dahulu

Pengkajian RPD yang mendukung dengan mengkaji apakah sebelumnya klien pernah menderita nyeri dada, hipertensi, anemia, iskemia miokardium, diabetes mellitus, dan hiperlipidemia.

5) Riwayat penyakit keluarga

Tanyakan tentang penyakit yang pernah dialami oleh keluarga, anggota keluarga yang meninggal terutama pada usia produktif, dan penyebab kematiannya.

6) Pemeriksaan fisik

a) Breath (B1)

Biasanya muncul gejala-gejala kongesti vascular pulmonal seperti dispnea, takipnea, ortopnea, dispnea nokturnal paroksimal, batuk, dan edema pulmonal akut.

b) Blood (B2)

- Inspeksi: tampak pucat, sianosis, ada jaringan parut pada dada, keluhan kelemahan fisik
- Palpasi: Denyut nadi perifer melemah
- Perkusi: Batas jantung mengalami pergeseran
- Auskultasi: Tekanan darah biasanya menurun

c) Brain (B3)

Pasien dengan CHF, bisa mengalami pusing, disorientasi, penurunan kesadaran

d) Bladder (B4)

Penderita CHF umumnya akan terjadi penurunan volume urine, urine berwarna pekat, dan nokturia.

e) Bowel (B5)

Penderita CHF biasanya mengalami kehilangan nafsu makan, mual, muntah, penambahan berat badan signifikan.

f) Bone (B6)

Penderita CHF, biasanya mengalami kelemahan serta penurunan aktivitas (Sari, 2018).

2. Diagnose Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan (SDKI, 2019). Diagnosa berdasarkan SDKI adalah :

Gangguan Pertukaran Gas (D.0003)	
Definisi : kelebihan atau kekurangan oksigenasi dan/atau eliminasi karbondioksida pada membrane alveolus-kapiler	
Penyebab :	
1) Ketidakseimbangan ventilasi-perfusi 2) Perubahan membrane alveolus-kapiler	
Gejala dan Tanda Mayor	
Subjektif	Objektif
1) Dispnea	1) PCO ₂ meningkat/menurun 2) PO ₂ menurun 3) Takikardi 4) pH arteri meningkat/menurun 5) bunyi napas tambahan
Gejala dan Tanda Minor	
Subjektif	Objektif
1) Pusing 2) Penglihatan kabur	1) Sianosis 2) Diaphoresis 3) Gelisah 4) Napas cuping hidung 5) Pola napas abnormal

	6) Warna kulit abnormal 7) Kesadaran menurun
Pola nafas tidak efektif (D.0005)	
Definisi : Inspirasi dan/atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat	
Penyebab	
<ol style="list-style-type: none"> 1) Depresi pusat pernafasan 2) Hambatan upaya nafas 3) Posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru 4) Kecemasan 	
Gejala dan Tanda Mayor	
Subjektif	Objektif :
<ol style="list-style-type: none"> 1) Dispnea 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Penggunaan otot bantu pernapasan 2) fase ekspansi memanjang 3) pola nafas abnormal
Gejala dan Tanda Minor	
Subjektif :	Objektif :
<ol style="list-style-type: none"> 1) Ortopnea 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Pernapasan pursed-lip 2) pernapasan cuping hidung 3) diameter thoraks anteriorposterior meningka 4) ventilasi semenit menurun 5) kapasitas vital menurun 6) tekanan ekspirasi menurun 7) tekanan inspirasi menurun 8) ekskursi dada berubah
Penurunan Curah Jantung (D.0008)	
Definisi : ketidakadekuatan jantung memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh	
Penyebab	
<ol style="list-style-type: none"> 1) perubahan irama jantung 2) perubahan frekuensi jantung 3) perubahan kontraktilitas 4) perubahan preload 5) perubahan afterload 	
Gejala dan Tanda Mayor	
Subjektif	Objektif

<p>1) perubahan irama jantung a) palpitasi</p> <p>2) perubahan preload a) Lelah</p> <p>3) perubahan afterload a) dispnea</p> <p>4) perubahan kontraktilitas a) paroxysmal nocturnal dyspnea (PND) b) ortopnea c) batuk</p>	<p>1) perubahan irama jantung a) bradikardia/takikardia b) gambaran EKG aritmian atau gangguan konduksi</p> <p>2) perubahan preload a) edema b) distensi vena jugularis c) central venous jugularis (CVP) meningkat/menurun d) hepatomegaly</p> <p>3) perubahan afterload a) tekanan darah meningkat/menurun b) nadi perifer teraba lemah c) capillary refill time > 3 detik d) oliguria e) sianosis</p> <p>4) perubahan kontraktilitas a) terdengar suara jantung S3 dan/atau S4 b) ejection Fraction (EF) menurun</p>
Gejala dan Tanda Minor	
<p>Subjektif</p> <p>1) perubahan preload (tidak tersedia)</p> <p>2) perubahan afterload (tidak tersedia)</p> <p>3) perubahan kontraktilitas (tidak tersedia)</p>	<p>Objektif</p> <p>1) perubahan preload a) murmur jantung b) berat badan bertambah c) pulmonary artery wedge pressure (PAPW) menurun</p> <p>2) perubahan afterload a) pulmonary vascular resistance (PVR) menurun/meningkat b) systemic vascular resistance (SVR) menurun/meningkat</p> <p>3) perubahan kontraktilitas a) cardiac index (CI) menurun b) left ventricular stroke work index (LVSWI) menurun</p>

4) perilaku/emosional a) cemas b) gelisah	c) stroke volume index (SVI) menurun 4) perilaku/emosional (tidak tersedia)
Hypervolemia (D.0022)	
Definisi : peningkatan volume cairan intravaskuler, interstisial, dan/atau intraseluler	
Penyebab :	
1) gangguan mekanisme regulasi 2) kelebihan asupan cairan 3) kelebihan asupan natrium 4) gangguan aliran balik vena 5) efek agen farmakologis	
Gejala dan Tanda Mayor	
Subjektif 1) ortopnea 2) dyspnea 3) paroxysmal nocturnal dyspnea (PND)	Objektif 1) edema anasarca dan/atau edema perifer 2) berat badan meningkat dalam waktu singkat 3) jugular venous pressure (JVP) dan/atau centra venous pressure (CVP) meningkat 4) reflex hepatojugular positif
Gejala dan Tanda Minor	
Subjektif (tidak tersedia)	Objektif 1) distensi vena jugularis 2) terdengar suara napas tambahan 3) hepatomegaly 4) kadar Hb/Ht menurun 5) oliguria 6) intake lebih banyak dari output 7) kongesti paru
Intoleransi aktifitas (D.0056)	
Definisi : Ketidacukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari	
Penyebab	
1) Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen 2) Kelemahan	

Gejala dan Tanda Mayor	
Subjektif : 1) Mengeluh Lelah	Objektif : 1) Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat
Gejala dan Tanda Minor	
Subjektif 1) Dyspnea saat/setelah aktivitas 2) Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas 3) Merasa lemah	Objektif 1) Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat 2) Gambaran EKG menunjukkan aritmia 3) Gambaran EKG menunjukkan iskemia 4) Sianosi

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan segala bentuk terapi yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan dan pemulihan kesehatan klien individu, keluarga dan komunitas (PPNI, 2018). Adapun intervensi yang sesuai dengan penyakit bronkopneumonia adalah sebagai berikut:

Diagnosis Keperawatan	Luaran	Intervensi
Gangguan pertukaran gas b.d perubahan membran alveolus – kapiler (D. 0003)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pertukaran gas meningkat dengan kriteria hasil: Pertukaran gas (L.01003) 1. Disnea menurun 2. Bunyi napas tambahan menurun 3. PCO2 membaik 4. PO2 membaik	Terapi Oksigen (SIKI 1.01026) Observasi 1. Monitor kecepatan aliran oksigen 2. Monitor posisi alat terapi oksigen 3. Monitor aliran oksigen secara periodic dan pastikan fraksi yang diberikan cukup

	<p>5. Takikardi membaik</p>	<p>4. Monitor efektifitas terapi oksigen (mis. oksimetri, analisa gas darah), jika perlu</p> <p>5. Monitor tingkat kecemasan akibat terapi oksigen</p> <p>6. Monitor integritas mukosa hidung akibat pemasangan oksigen</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bersihkan secret pada mulut, hidung dan trachea, jika perlu 2. Pertahankan kepatenan jalan nafas 3. Berikan oksigen tambahan, jika perlu 4. Tetap berikan oksigen saat pasien ditransportasi 5. Gunakan perangkat oksigen yang sesuai dengan tingkat mobilisasi pasien <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan pasien dan keluarga cara menggunakan oksigen di rumah Kolaborasi 2. Kolaborasi penentuan dosis oksigen 3. Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas dan/atau tidur
<p>Pola napas tidak efektif b.d kelemahan otot napas (D. 0005)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pola nafas membaik.</p> <p>Kriteria hasil :</p> <p>Pola Napas L.01004</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi nafas dalam rentang normal 	<p>Manajemen jalan nafas (L.01011)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas)

	<p>2. Tidak ada penggunaan otot bantu pernafasan</p> <p>3. Pasien tidak menunjukkan tanda dipsnea</p>	<p>2. Monitor bunyi nafas tambahan (mis: gagling, mengi, Wheezing, ronkhi)</p> <p>3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Posisikan semi fowler atau fowler 2. Berikan minuman hangat 3. Lakukan fisioterapi dada, jika perlu 4. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik 5. Berikan oksigenasi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan teknik batuk efektif 2. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak ada kontraindikasi <p>Kolaborasi</p> <p>Kolaborasi pemberian bronkodilato, ekspetoran, mukolitik, jika perlu</p>
<p>Penurunan curah jantung b.d perubahan kontraktilitas (D. 0008)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan curah jantung meningkat. Kriteria hasil :</p> <p>Curah Jantung L.02008</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tanda vital dalam rentang normal 2. Kekuatan nadi perifer meningkat 3. Tidak ada edema 	<p>Perawatan Jantung (I.020077)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tekanan darah 2. Monitor intake dan output cairan 3. Monitor saturasi oksigen 4. Monitor keluhan dada <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Posisikan pasien semifowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman 2. Berikan terpai relaksasi untuk mengurangi stress, jika perlu

		<p>3. Berikan dukungan emosional dan spiritual</p> <p>4. Berikan O₂ untuk mempertahankan saturasi O₂ >94%</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan berhenti merokok 2. Ajarkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan harian Kolaborasi 11. Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu
Hipervolemi b.d Kelebihan asupan cairan (D.0022)	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3 x 24 jam, maka keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Edema menurun 2. Haluaran urin meningkat 3. Tekanan darah membaik 4. Denyut nadi membaik 5. Berat badan membaik 	<p>Perawatan Jantung (I.020077)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tekanan darah 2. Monitor intake dan output cairan 3. Monitor saturasi oksigen 4. Monitor keluhan dada <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Posisikan pasien semifowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman 2. Berikan terpai relaksasi untuk mengurangi stress, jika perlu 3. Berikan dukungan emosional dan spiritual 4. Berikan O₂ untuk mempertahankan saturasi O₂ >94% <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan berhenti merokok 2. Ajarkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan harian Kolaborasi <p>Kolaborasi</p>

		1. pemberian antiaritmia, jika perlu
Intoleransi Aktivitas b.d kelemahan	Setelah dilakukan intervensi selama 3 x 24 jam, maka toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil 1. keluhan Lelah menurun 2. dyspnea saat aktivitas menurun 3. dyspnea setelah aktivitas menurun 4. perasaan lemah menurun	Manajemen Energi (I.05178) Observasi 1. monitor kelelahan fisik dan emosional 2. monitor pola dan jam tidur Terapeutik 3. berikan aktivitas distraksi yang menenangkan Edukasi 4. anjurkan tirak baring 5. anjurkan melakukan aktivitas bertahap

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Ukuran implementasi keperawatan yang diberikan kepada klien terkait dengan dukungan, pengobatan, tindakan untuk memperbaiki kondisi, pendidikan untuk klien-keluarga, atau tindakan untuk mencegah masalah kesehatan yang muncul dikemudian hari (Paramitha, 2020).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan

tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan klien. Penilaian adalah tahap yang menentukan apakah tujuan tercapai. Evaluasi selalu berkaitan dengan tujuan yaitu pada komponen kognitif, afektif, psikomotor, perubahan fungsi dan tanda gejala yang spesifik (Paramitha, 2020).

BAB III

LAPORAN KASUS

A. Laporan Kasus 1

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. D DENGAN *CONGESTIVE HEART FAILURE (CHF)* DISERTAI DM DI RUANG PERAWATAN ICU 2
RSUD CENGKARENG**

Nama Mahasiswa : Tina Dwi Hapsari

NPM : 22.156.03.11.104

PENGAJIAN GAWAT DARURAT

1. Identitas Pasien dan Penanggung Jawab

Nama pasien	: Tn. D
Tanggal lahir	: 28 November 1962
Usia	: 60 tahun
Jenis kelamin	: Laki-laki
Agama	: Islam
Pendidikan	: SMP
Tanggal Masuk	: 28 April 2023
Tanggal Pengkajian	: 02 Mei 2023
Diagnosa Medis	: CHF
Nama PJ	: Ny. S
Usia PJ	: 53 tahun
Suku	: Betawi

Alamat : Kalideres RT/RW 006/010 No. 11

2. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan Utama

Pasien datang ke IGD dengan keluhan nyeri dada tengah disertai sesak sejak 1 hari terutama jika berjalan, nyeri menjalar ke punggung, tidur biasa menggunakan 4 bantal, mengeluarkan banyak keringat dingin.

b. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pasien dirawat diruang ICU 2, saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan sesak napas seperti ngos-ngosan, tubuh terasa lemah. Pasien mengatakan napas lebih sesak ketika berbaring. Pasien terpasang kateter urine, NRM 10 lpm kemudian diganti dengan nasal kanul 4 lpm. Saat dilakukan pemeriksaan didapatkan hasil TD : 91/68 mmHg, N : 110x/mnt. S : 36,8⁰C, RR : 28x/mnt, SPO2 : 95%

c. Riwayat Kesehatan Dahulu

Pasien mengatakan bahwa mempunyai riwayat penyakit dahulu yaitu CHF tahun 2011 + DM sejak tahun 2020. Pasien pernah dirawat tahun 2020 karena kateterisasi jantung.

d. Riwayat Keluarga

Pasien mengatakan keluarganya ada yang memiliki penyakit yang sama yaitu jantung.

3. Pengkajian Primer

a. Airway

Tidak ada sumbatan jalan napas

b. Breathing

Pasien tampak sesak dan ngos-ngosan, kepatenan jalan napas : bebas, dyspnea (+), batuk (+) tidak ada dahak, terpasang alat bantu napas O₂ nasal kanul 4lpm, bentuk dada: normochest, pergerakan: simetris, irama napas: regular, pola napas: takpinea, suara napas: vesikuler, RR: 28x/mnt, SPO₂: 95% , ada otot bantu pernapasan, ada pernapasan abdomen, suara napas tambahan: ronkhi, posisi tidur pasien semi fowler, pasien mengatakan napas terasa berat apabila posisi bed turun.

c. Circulation

Akral teraba dingin, kering, merah, ictus cordis: normal, CRT > 3 detik, TD : 91/68 mmHg, tidak ada perdarahan, tidak ada sianosis, edema anasarca, perfusi kaki dingin, kering, pasien tampak pucat, N: 110x/mnt.

d. Disability

Didapatkan hasil nilai GCS E: 4 V:5 M: 6, kesadaran: composmentis, tidak ada jejas, mata kiri dan kanan dapat melihat dengan baik, pergerakan pupil simetris, dapat membuka mulut dan mengunyah, dapat menggunakan mata kearah lateral, dapat mengerutkan dahi, senyum simetris, mendekatkan suara, dapat

menelan, ada reflek muntah, mampu menolehkan leher tanpa menggerakkan bahu, bicara normal, reflek cahaya +/+, ukuran pupil 3mm/3mm.

e. Exposure

Tidak ada fraktur, tidak ada perdarahan, namun terdapat edema

f. Folley Cateter

Pasien terpasang kateter urine

g. Gastic Tube

Pasien tidak menggunakan NGT

h. Heart Monitor

Pasien terpasang heart monitor

i. Imaging

Pasien dilakukan foto thorax

4. Pengkajian Sekunder

a. TTV

Suhu : 36.8⁰C

Nadi : 110x/mnt

RR : 28x/mnt

TD : 91/68 mmHg

b. Keadaan Umum

- Tanda-tanda dari distress: pasien tidak mengalami distress
- Penampilan dihubungkan dengan usia: penampilan pasien tampak terlihat sesuai dengan usianya

- Ekspresi wajah, bicara, mood: ekspresi wajah pasien tampak mengikuti perasaan pasien, bicara pasien jelas.
- Berpakaian dan kebersihan umum: pasien tampak bersih mengenakan pakaian yang disediakan oleh rumah sakit
- Tinggi badan : 168 Berat badan: 76 kg IMT : 26.9

c. Pemeriksaan Fisik Head to Toe

1) Kepala:

- Bentuk kepala : bentuk kepala normal (mesocephal)
- Kondisi kulit kepala : kulit kepala bersih tidak ada ketombe, tidak ada benjolan dan lesi
- Kebersihan : bersih
- Warna Rambut : rambut merata, sebagian memutih/beruban

2) System Pernapasan

- Hidung: simetris kiri dan kanan, tidak ada pernapasan cuping, tidak ada kotoran, tidak ada pembengkakan dan polip.
- Leher: tidak ada pembengkakan kelenjar getah bening
- Dada
 - Bentuk dada : normal
 - Gerakan dada : simetris kiri dan kanan sama
 - Keadaan proxsesus xipodeus : fremitus kiri dan kanan sama

- Suara napas : terdengar sonor
- Suara napas tambahan : bronkovesikuler
- Clubbing finger : tidak terdapat clubbing finger

3) System Kardiovaskuler

- Bibir : tampak pucat
- Arteri : teraba lemah
- Tekanan vena jugularis : meningkat
- Ictus cordis/apex : teraba di ICS 5
- Suara jantung : gallop
- Capillary retilling time : > 3 detik

4) System Pencernaan

- Bibir : mukosa bibir pasien tampak kering
- Mulut : keadaan mulut cukup bersih, tidak terdapat stomatitis, kemampuan menelan baik
- Gaster : peristaltic 21x/mnt
- Abdomen : tidak ada distensi abdomen
- Anus : tidak ada hemoroid

5) System Indra

- Mata
 - Kelopak mata, bulu mata, alis :kelopak mata simetris, tidak terdapat kerontokan pada bulu mata dan alis
 - Congjuntiva : tidak anemis
 - Sklera : tidak ikterik

- Visus : tidak ada gangguan
 - Ukuran pupil : ka : 3 mm / ki : 3 mm
 - Reaksi terhadap cahaya : +/+
 - Hidung
 - Penciuman, perih dihidung, trauma, mimisan : tidak ada perih, trauma dan mimisan di hidung, penciuman baik
 - Secret yang menghalangi penciuman : tidak terdapat secret
 - Telinga
 - Keadaan daun telinga : keadaan daun telinga simetris dan bersih
 - Fungsi pendengaran : fungsi pendengaran baik
- 6) System saraf
- Fungsi cerebral
 - Status mental : baik
 - Kesadaran : kesadaran composmentis E4V5M6
 - Bicara : kemampuan bicara baik
 - Fungsi kranial : tidak dilakukan pengkajian
 - Fungsi motoric : terdapat penurunan kekuatan otot
 - Fungsi cerebellum : tidak dilakukan pengkajian
 - Reflex : reflex pasien baik
 - Iritasi meningen : tidak dilakukan pengkajian

7) System Muskuloskeletal

Dalam batas normal, kekuatan otot menurun, terdapat edema derajat II dengan kedalaman pitting 3 mm

8) System Integument

Turgor kulit tidak elastis

9) System Endokrin

- Gejala kreatinisme atau gigantisme :
- Ekskresi urine berlebihan :
- Suhu tubuh yang tidak seimbang, keringat berlebihan, leher kaku :
- Riwayat bekas air seni dikelilingi semut :

10) System Perkemihan

- Edema palpebra : tidak terdapat edema palpebra
- Edema anasarca : pasien terdapat edema anasarca
- Keadaan kandung kemih : keadaan kandung kemih baik, tidak ada nyeri tekan
- Nocturia, dysuria, kencing batu : tidak ada nocturia, dysuria, dan kencing batu.
- Penyakit hubungan seksual : tidak dikaji

11) System Reproduksi : tidak dikaji

12) System Imun

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi dan riwayat tranfusi.

5. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan Thorax :

Pemeriksaan Radiologi tanggal 29/04/2023

FOTO THORAX :

Sinus dan diafragma normal.

Jantung membesar,

Dan aorta: konfigurasi elongation

Paru-paru: tak tampak infiltrate/coin lesion

Coracan bronkhovaskuler tak prominen.

Hilus dan pleura normal. Tulang-tulang dan jaringan lunak normal.

Kesan :

*Cardiomegaly

b. Pemeriksaan EKG : Aritmia

c. Pemeriksaan ECHO : EF (Fraksi Ejeksi) 27%

d. Pemeriksaan Laboratorium

Tanggal pemeriksaan : 02 Mei 2023

Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Nilai Saat Ini	Interpretasi
Hema I			
Hemoglobin	11.7-15.5 g/dl	14.2	Normal
Hematokrit	35-47 %	41	Normal
Leukosit	3.6-11 $10^3/\mu\text{L}$	24.8	Tinggi
Trombosit	150-440 $10^3/\mu\text{L}$	163	Normal
Elektrolit			
Natrium	136-146 mmol/L	137	Normal
Kalium	3.5-5.0 mmol/L	4.2	Normal

Clorida	98-106 mmol/L	105	Normal
Gas darah			
Ph	7.35-7.45	7.45	Normal
PCO2	35-48	20	Rendah
PO2	83-108	182	Tinggi
HCO3	21-28	14	Rendah
SBC	22.5-26.9	18.5	Rendah
SBE	-1.5-(+)3.0	-10.8	Rendah
ABE	(-2)-(3)	-7.4	Rendah
sO2	95-99	98	Normal
tCO2	Vol	14	
Imunologi			
HbA1C1	10.6	Normal:<5.7, Prediabetes:5.7- 6.4 Diabetes:>=6.5	

6. Terapi yang Diberikan

Nama Obat	Dosis	Indikasi	Kontraindikasi	Efek samping
Vascon	0.15mcg/kgBB/m nt	Untuk meningkatkan tekanan darah	Hipersensitif terhadap norephineprin, riwayat penyakit hipertensi, dan thrombosis vaskular	Lambatnya denyut jantung, kesulitan dalam bernapas, sakit kepala, kekuaranga n suplai darah ke jaringan atau organ tubuh,

				tekanan darah tinggi, kecemasan
Cefoperazone sulbactam	2x2 gr	Antibiotic untuk menangani beragam penyakit yang disebabkan oleh infeksi bakteri	Penyakit liver, penyumbatan saluran empedu, penyakit ginjal, atau sindrom malabsorpsi	Diare, sakit kepala, demam atau menggigil, mual muntah.
Metronidazole	3x500 mg	Antibiotic untuk mengobati infeksi bakteri di berbagai organ tubuh	Penyakit liver, penyakit crohn, neuropati perifer, kelainan saraf optic, meningitis, ensefalopati, kejang, atau kelainan darah	Mual dan muntah, sakit perut, sembelit, hilang nafsu makan, pusing.
Omeprazole	1x1	Mengatasi asam lambung berlebih dan keluhan yang mengikutinya	Penyakit hati, ginjal. Lupus, osteoporosis, kejang, kekurangan B12 atau hipomagnesium	Sakit kepala, sakit perut atau perut kembung, mual dan muntah, diare, sembelit, gejala flu.
Ketorolac	3x1	Untuk meredakan	Tekanan darah tinggi, lupus, gangguan	Kantuk, sakit perut, pusing,

		nyeri sedang hingga berat	perdarahan, gangguan fungsi ginjal, radang usus.	sakit kepala, mual muntah, perut kembung, diare.
Ondancetron	3x1	Untuk mencegah serta mengobati mual dan muntah	Penyakit liver, gangguan pencernaan, diare dan muntah berat, hipokalemia, kekuarangan magnesium	Sakit kepala, rasa seperti melayang, konstipasi, kelelahan, rasa menggigil, kantuk.
Atorvastatin	1x20 mg	Untuk menurunkan kolesterol jahat (LDL) dan trigliserida serta meningkatkan kolesterol baik (HDL) di dalam darah	Penyakit hati, ginjal, gangguan tiroid, gangguan otot	Nyeri sendi, sakit kepala, hidung tersumbat, diare, mual, konstipasi, kembung, mimisan.
Miniaspi	1x80 mg	Untuk mencegah terjadinya pembekuan darah	Hipersensiti, riwayat asma, tukak lambung, perdarahan, kehamilan trimester ketiga	Mual, muntah, iritasi, perdarahan pada saluran pencernaan, nyeri pada tukak

				lambung, ruam kulit, penurunan trombosit
Metformin	2x500 mg	Untuk mengendalik an kadar gula darah pada penderita diabetes tipe 2	Penyakit liver, ginjal, gangguan pernapasan yang berat dan menahun, gangguan hormonal, anemia.	Mual muntah, sakit maag, diare, lelah atau lemas.
V-bloc	1x3.25 mg	Untuk terapi pengobatan gagal jantung kongestif	Hipersensitif, penderita asma bronkial, PPOK, disfungsi hati, bradikardi berat, usia <18 tahun.	Bengkak, pusing, bradikardi, hipotensi, mual, diare, penglihatan kabur.
Simarc	1x1	Untuk mencegah dan mengobati thrombosis vena, serta digunakan sebagai terapi tambahan dalam pengobatan okluasi coroner.	Berpotensi mengalami hemoragik, pembedahan, anestesi lumbal, preeklamsia, terancam keguguran, kehamilan.	Perdarahan , ileus paralitik, nekrosis kulit dan jaringan lain.

7. Kebutuhan Sehari-hari

a. Diet : Makanan lunak, rendah lemak, diet jantung, 1700 KKAL

b. Cairan : Infus Nacl 0.9% 500cc/12 jam

Balance cairan :

Intake

Oral : 800 cc/24 jam

Infus : 1000cc/24 jam

Output

Urine : 800cc/24jam

IWL : $10 \times 76 = 760 \text{cc}/24 \text{ jam}$

BC : $1.800 - 1560 = -240 \text{ cc}/24 \text{ jam}$

c. Eliminasi

BAB: 1xsehari dengan konsistensi lunak, frekuensi 120cc, berwarna kuning dengan bau khas feses

BAK: 680cc/24jam, berwarna kuning pekat, bau khas urine dan pasien terpasang kateter

d. Kenyamanan

Pasien tampak gelisah

e. Oksigenasi : nasal kanul 4 lpm

8. Analisa Data

No	Data Fokus	Masalah	Etiologic
1	<p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan sesak</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terdapat edema anasarca • Hasil foto thorax : cardiomegaly • Ronkhi +/- • Balance cairan : <p>Intake</p> <p>Oral : 800 cc/24 jam</p> <p>Infus : 1000cc/24 jam</p> <p>Output</p> <p>Urine : 800cc/24jam</p> <p>IWL : $10 \times 76 = 760 \text{cc/24 jam}$</p> <p>BC : $1.800 - 1500 = -240$ cc/24jam</p>	Hipervolemia (D.0022)	Kelebihan asupan cairan
2	<p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan badan terasa lemas</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • HbA1C1 : 10.6 • GDP : 110 mg/dL 	Ketidakstabilan kadar glukosa darah (D.0027)	Disfungsi pancreas
3	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan badan terasa lemas • Pasien mengatakan mudah Lelah <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak lemah • Pasien tampak pucat • Akral dingin • Hasil EKG : Aritmia • Edema 	Penurunan Curah Jantung (D.0008)	Perubahan afterload

	<ul style="list-style-type: none"> • N : 110x/mnt • Kesimpulan ECHO : dilatasi LA-LV-RA. LVH (+). Akinetic inferior, apeks. Lainnya hipokinetik MR TR Moderate Kontraksi RV menurun (Tapse 1.1 cm) LVEDP tinggi • EF (Teich) : 27% • Terdapat suara napas tambahan ronkhi 		
4	<p>DS :</p> <p>Pasien mengeluh sesak ngos-ngosan dan bertambah ketika posisi bad turun</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak sesak • Suara napas tambahan ronkhi • Suara paru bronkhovesikuler • Akral dingin • RR : 28x/mnt • Terpasang nasal kanul 4 lpm • Hasil laboratorium pH : 7.45 pCO₂ : 20 pO₂ : 182 HCO₃ : 14 SPO₂ : 95% 	Gangguan pertukaran gas (D.0003)	Perubahan membrane alveolus-kapiler
5	<p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan badan terasa lemas</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak pucat • Pasien bed rest 	Intoleransi aktivitas (D.0056)	Kelemahan

	<ul style="list-style-type: none"> • Pasien terpasang kateter urine • Gambaran EKG : aritmia • Pasien tampak dyspnea saat bad turun 		
--	--	--	--

9. Diagnose Keperawatan

No	Diagnose Keperawatan	Kode
1	Gangguan pertukaran gas b.d perubahan alveolus-kapiler	(D.0003)
2	Penurunan curah jantung b.d perubahan afterload	(D.0008)
3	Hypervolemia b.d kelebihan asupan cairan	(D.0022)
4	Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d disfungsi pankreas	(D.0027)
5	Intoleransi aktivitas b.d kelemahan	(D.0056)

10. Rencana Keperawatan

Rencana Keperawatan

Nama mahasiswa : Tina Dwi Hapsari

Nama Klien : Tn.D

Tgl pengkajian : 02 Mei 2023

Jenis Kelamin: L

Ruang Praktek : ICU 2

Diagnosa : CHF

No	Diagnose Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1	Gangguan pertukaran gas b.d perubahan alveolus-kapiler (D.0003)	<p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan</p> <p>Pertukaran gas (L.01003) meningkat dengan</p> <p>Kriteria hasil :</p>	<p>Pemantauan Respirasi (I.01014)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas 2. monitor pola napas 3. monitor saturasi oksigen 4. monitor nilai agd

		<ol style="list-style-type: none"> 1. dyspnea menurun 2. pola napas membaik 3. pCO₂ dan pO₂ membaik 	<ol style="list-style-type: none"> 5. auskultasi bunyi napas <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. dokumentasi hasil pemantauan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. jelaskan dan tujuan prosedur pemantauan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas dan/atau tidur
2	<p>Penurunan curah jantung b.d perubahan kontraktilitas (D.0008)</p>	<p>Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Curah Jantung (L.02008) meningkat dengan</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. EF meningkat 2. Kekuatan nadi perifer membaik 3. Lelah menurun 4. Edema menurun 5. Sianosis menurun 6. Batuk menurun 7. Tekanan darah membaik 	<p>Perawatan jantung (I.02075)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung 2. Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung 3. Monitor tekanan darah 4. Monitor intake dan output cairan 5. Monitor saturasi oksigen 6. Monitor keluhan nyeri dada <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Pertahankan tirah baring minimal 12 jam 8. Posisikan semifowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman 9. Berikan diet jantung yang sesuai 10. Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress, jika perlu <p>Edukasi</p>

			<p>11. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi</p> <p>12. Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap</p> <p>Kolaborasi</p> <p>13. Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu</p>
3	Hypervolemia b.d kelebihan asupan cairan (D.0022)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan</p> <p>Keseimbangan Cairan (L.03020) dengan</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. terbebas dari edema 2. haluaran urin meningkat 3. mampu mengontrol asupan cairan 	<p>Manajemen hypervolemia (I.03114)</p> <p>Obsrevasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. periksa tanda dan gejala hypervolemia 2. identifikasi penyebab hypervolemia 3. monitor status hemodinamik 4. monitor intake dan output cairan 5. monitor efek samping diuretic <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. batasi asupan cairan dan garam <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. anjurkan melapor haluaran urin <0.5ml/kgBB/jam dalam 6 jam 8. ajarkan cara membatasi cairan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. kolaborasi pemberian diuretic
4	Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d disfungsi	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan</p> <p>Kestabilan Glukosa</p>	<p>Manajemen hiperglikemia (I.03115)</p> <p>Obsrevasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia

	pancreas (D.0027)	<p>Darah (L.05022) meningkat dengan</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lelah menurun 2. Kadar glukosa darah membaik 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Monitor kadar glukosa darah 3. Monitor intake dan output <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri 5. Ajarkan pengelolaan diabetes <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Kolaborasi pemberian insulin
5	Intoleransi aktivitas b.d kelemahan (D.0056)	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3 x 24 jam, maka toleransi aktivitas (L.05047) meningkat dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. keluhan Lelah menurun 2. dyspnea saat aktivitas menurun 3. dyspnea setelah aktivitas menurun 4. perasaan lemah menurun 	<p>Manajemen Energi (I.05178)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. monitor kelelahan fisik dan emosional 2. monitor pola dan jam tidur <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. berikan aktivitas distraksi yang menenangkan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. anjurkan tirak baring anjurkan melakukan aktivitas bertahap

11. Catatan dan Perkembangan Keperawatan

Catatan dan Perkembangan Keperawatan

(Hari Ke-1)

Nama mahasiswa : Tina Dwi Hapsari

Nama Klien : Tn.D

Tgl pengkajian : 02 Mei 2023

Jenis Kelamin: L

Ruang Praktek : ICU 2

Diagnosa : CHF

Dx Keperawatan	Hari	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	Paraf
Gangguan pertukaran gas b.d perubahan alveolus-kapiler (D.0003)	Selasa, 02 Mei 2023	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas 2. Memonitor pola napas 3. Memonitor saturasi oksigen 4. Memonitor nilai agd 5. Mengauskultasi bunyi napas 6. Mendokumentasi hasil pemantauan 7. Menjelaskan dan tujuan prosedur pemantauan 8. Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas dan/atau tidur 	<p>S :</p> <p>Pasien mengatakan masih merasa sesak</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak sesak • Terdapat otot bantu napas • Bunyi paru bronkhovesikuler • Suara napas tambahan ronkhi +/+ • RR 28x/mnt terpasang nasal kanul 4 lpm • Hasil laboratorium (02/05/23) pH : 7.45 pCO₂ : 20 pO₂ : 182 HCO₃ : 14 <p>A :</p>	

			Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan	
Penurunan curah jantung b.d perubahan kontraktilitas (D.0008)	Selasa, 02 Mei 2023	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung 2. Mengidentifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung 3. Memonitor tekanan darah 4. Memonitor intake dan output cairan 5. Memonitor saturasi oksigen 6. Memonitor keluhan nyeri dada 7. Mempertahankan tirah baring minimal 12 jam 8. Memposisikan semifowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman 9. Memberikan diet jantung yang sesuai 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan badan masih lemas • Pasien mengatakan masih terasa sesak <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak lemah • Pasien tampak sesak • Pasien tampak pucat • Pola napas dyspnea • Batuk • Terdapat edema • Balance cairan : Intake Oral : 800 cc/24 jam Infus : 1000cc/24 jam Output Urine : 800cc/24jam IWL : 10x76 = 760cc/24 jam 	

		<p>10. Memberikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress, jika perlu</p> <p>11. Menganjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi</p> <p>12. Menganjurkan beraktivitas fisik secara bertahap</p> <p>13. Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu</p>	<p>BC : 1.800-1560 = -240 cc/24jam</p> <ul style="list-style-type: none"> • Akral masih teraba dingin • Pemberian v-bloc 1x3.25 mg simarc 1x1 vascon 0.15mcg /kgBB/mnt cefoperazone 2x2gr metronidazole 3x500 ketorolac 3x1 atorvastatin 1x20mg miniaspi 1x80 mg kalitake 3x1 • TTV TD : 91/68 mmHg N : 110x/mnt R : 28x/mnt S : 36.5 SPO2 : 95% • Nasal Kanul 4 lpm <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	
Hypervolemia b.d kelebihan	Selasa, 02	1. Memeriksa tanda dan gejala hypervolemia	S : Pasien mengatakan tidak ada keluhan	

asupan cairan (D.0022)	Mei 2023	<p>2. Mengidentifikasi penyebab hypervolemia</p> <p>3. Memonitor status hemodinamik</p> <p>4. Memonitor intake dan output cairan</p> <p>5. Memonitor efek samping diuretic</p> <p>6. Membatasi asupan cairan dan garam</p> <p>7. Mengajukan melapor haluaran urin <math><0.5\text{ml/kgBB/jam}</math> dalam 6 jam</p> <p>8. Mengajarkan cara membatasi cairan</p> <p>9. kolaborasi pemberian diuretic</p>	<p>yang dirasakan terkait obat</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • masih terdapat edema • Balance cairan : Intake Oral : 800 cc/24 jam Infus : 1000cc/24 jam Output Urine : 800cc/24jam IWL : $10 \times 76 = 760\text{cc}/24\text{jam}$ BC : $1.800 - 1560 = -240\text{cc}/24\text{jam}$ • pasien diberikan diit DJ II 1700 kkal • pasien membatasi asupan minuman sesuai anjuran <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	
Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d disfungsi	Selasa, 02 Mei 2023	<p>1. Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia</p>	<p>S :</p> <p>Pasien mengatakan lemas</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • hbA1C1 : 10.6 	

pancreas (D.0027)		<ol style="list-style-type: none"> 2. Memonitor kadar glukosa darah 3. Memonitor intake dan output 4. Menganjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri 5. Mengajarkan pengelolaan diabetes 6. Kolaborasi pemberian insulin 	<ul style="list-style-type: none"> • GDS : 196 mmHg <p>A : masalah teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p>	
Intoleransi aktivitas (D.0056)	Selasa, 02 Mei 2023	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor kelelahan fisik dan emosional 2. Memonitor pola dan jam tidur 3. Memberikan aktivitas distraksi yang menenangkan 4. Menganjurkan tirak baring 5. Menganjurkan melakukan aktivitas bertahap 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan badan masih terasa lemas • Pasien mengatakan sesak jika bad diturunkan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien terpasang kateter urine • Pasien bed rest • Pasien tampak dyspnea ketika posisi bed turun • Pasien tampak tenang • Pasien tampak sering melakukan napas dalam <p>A : masalah belum teratsi</p>	

			P : intervensi dilanjutkan	
--	--	--	-------------------------------	--

Catatan dan Perkembangan Keperawatan

(Hari Ke-2)

Nama mahasiswa : Tina Dwi Hapsari

Nama Klien : Tn.D

Tgl pengkajian : 02 Mei 2023

Jenis Kelamin: L

Ruang Praktek : ICU 2

Diagnosa : CHF

Dx Keperawatan	Hari	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	Paraf
Gangguan pertukaran gas b.d perubahan alveolus-kapiler (D.0003)	Rabu, 03 Mei 2023	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas 2. Memonitor pola napas 3. Memonitor saturasi oksigen 4. Memonitor nilai agd 5. Mengauskultasi bunyi napas 6. Mendokumentasi hasil pemantauan 7. Menjelaskan dan tujuan prosedur pemantauan 8. Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas dan/atau tidur 	<p>S :</p> <p>Pasien mengatakan masih merasa sesak tetapi tidak seperti kemarin</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak sesak • Terdapat otot bantu napas • Bunyi paru bronkhovesikuler • Suara napas tambahan ronkhi +/+ • RR 25x/mnt terpasang nasal kanul 4 lpm • Hasil laboratorium (02/05/23) pH : 7.45 pCO₂ : 20 pO₂ : 182 HCO₃ : 14 <p>A :</p>	

			Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan	
Penurunan curah jantung b.d perubahan kontraktilitas (D.0008)	Rabu, 03 Mei 2023	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung 2. Mengidentifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung 3. Memonitor tekanan darah 4. Memonitor intake dan output cairan 5. Memonitor saturasi oksigen 6. Memonitor keluhan nyeri dada 7. Mempertahankan tirah baring minimal 12 jam 8. Memposisikan semifowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman 9. Memberikan diet jantung yang sesuai 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan badan masih lemas • Pasien mengatakan masih terasa sesak namun tidak sesesak kemarin <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak lemah • Pasien tampak sesak • Pasien tampak pucat • Pola napas dyspnea • Batuk • Terdapat edema • Balance cairan : Intake Oral : 650 cc/24 jam Infus : 1000cc/24 jam Output Urine : 1000cc/24jam 	

		<p>10. Memberikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress, jika perlu</p> <p>11. Menganjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi</p> <p>12. Menganjurkan beraktivitas fisik secara bertahap</p> <p>13. Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu</p>	<p>IWL : $10 \times 76 = 760 \text{cc}/24 \text{ jam}$</p> <p>BC : $1.650 - 1760 = -110 \text{ cc}/24 \text{ jam}$</p> <ul style="list-style-type: none"> • Akral masih teraba dingin • Pemberian v-bloc $1 \times 3.25 \text{ mg}$ simarc 1×1 vascon $0.15 \text{ mcg}/\text{kgBB}/\text{mnt}$ cefoperazone $2 \times 2 \text{ gr}$ metronidazole 3×500 ketorolac 3×1 atorvastatin $1 \times 20 \text{ mg}$ miniaspi $1 \times 80 \text{ mg}$ kalitake 3×1 • TTV TD : $100/71 \text{ mmHg}$ N : $97 \times /\text{mnt}$ R : $25 \times /\text{mnt}$ S : 36.7 SPO2 : 98% • Nasal Kanul 4 lpm <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	
--	--	---	---	--

<p>Hypervolemia b.d kelebihan asupan cairan (D.0022)</p>	<p>Rabu, 03 Mei 2023</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memeriksa tanda dan gejala hypervolemia 2. Mengidentifikasi penyebab hypervolemia 3. Memonitor status hemodinamik 4. Memonitor intake dan output cairan 5. Memonitor efek samping diuretic 6. Membatasi asupan cairan dan garam 7. Menganjurkan melapor haluaran urin <math><0.5\text{ml/kgBB/jam}</math> dalam 6 jam 8. Mengajarkan cara membatasi cairan 9. kolaborasi pemberian diuretic 	<p>S :</p> <p>Pasien mengatakan tidak ada keluhan yang dirasakan terkait obat</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • masih terdapat edema • balance cairan <p>Intake</p> <p>Oral : 650 cc/24 jam</p> <p>Infus : 1000cc/24 jam</p> <p>Output</p> <p>Urine : 1000cc/24jam</p> <p>IWL : $10 \times 76 = 760\text{cc/24 jam}$</p> <p>BC : $1.650 - 1760 = -110\text{ cc/24jam}$</p> <ul style="list-style-type: none"> • pasien diberikan diit DJ II 1700 kkal • pasien membatasi asupan minuman sesuai anjuran <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>	
<p>Ketidakstabilan kadar glukosa</p>	<p>Rabu, 03</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi kemungkinan 	<p>S :</p>	

darah b.d disfungsi pancreas (D.0027)	Mei 2023	penyebab hiperglikemia 2. Memonitor kadar glukosa darah 3. Memonitor intake dan output 4. Mengajukan monitor kadar glukosa darah secara mandiri 5. Mengajarkan pengelolaan diabetes 6. Kolaborasi pemberian insulin	Pasien mengatakan lemas O : • hbA1C1 : 10.6 • GDS : 154 mmHg A : masalah teratasi P : intervensi dilanjutkan	
Intoleransi aktivitas b.d kelemahan	Rabu, 03 Mei 2023	1. Memonitor kelelahan fisik dan emosional 2. Memonitor pola dan jam tidur 3. Memberikan aktivitas distraksi yang menenangkan 4. Mengajukan tirah baring 5. Mengajukan melakukan aktivitas bertahap	S : • Pasien mengatakan badan masih terasa lemas • Pasien mengatakan sesak jika bad diturunkan O : • Pasien terpasang kateter urine • Pasien bed rest • Pasien dapat miki dengan bantuan • Pasien tampak dyspnea ketika posisi bed turun • Pasien tampak tenang	

			<ul style="list-style-type: none">• Pasien tampak sering melakukan napas dalam <p>A : masalah belum teratsi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p>	
--	--	--	---	--

Catatan dan Perkembangan Keperawatan

(Hari Ke-3)

Nama mahasiswa : Tina Dwi Hapsari

Nama Klien : Tn.D

Tgl pengkajian : 02 Mei 2023

Jenis Kelamin: L

Ruang Praktek : ICU 2

Diagnosa : CHF

Dx Keperawatan	Hari	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	Paraf
Gangguan pertukaran gas b.d perubahan alveolus-kapiler (D.0003)	Kamis, 04 Mei 2023	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas 2. Memonitor pola napas 3. Memonitor saturasi oksigen 4. Memonitor nilai agd 5. Mengauskultasi bunyi napas 6. Mendokumentasi hasil pemantauan 7. Menjelaskan dan tujuan prosedur pemantauan 8. Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas dan/atau tidur 	<p>S :</p> <p>Pasien mengatakan masih merasa sesak</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak sesak • Terdapat otot bantu napas • Bunyi paru bronkhovesikuler • Suara napas tambahan ronkhi +/+ • RR 22x/mnt terpasang nasal kanul 4 lpm • Hasil laboratorium (02/05/23) pH : 7.45 pCO₂ : 20 pO₂ : 182 HCO₃ : 14 <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p>	

			P : Intervensi dilanjutkan	
Penurunan curah jantung b.d perubahan kontraktilitas (D.0008)	Kamis, 04 Mei 2023	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung 2. Mengidentifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung 3. Memonitor tekanan darah 4. Memonitor intake dan output cairan 5. Memonitor saturasi oksigen 6. Memonitor keluhan nyeri dada 7. Mempertahankan tirah baring minimal 12 jam 8. Memosisikan semifowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman 9. Memberikan diet jantung yang sesuai 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan badan masih lemas • Pasien mengatakan masih terasa sesak <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak lemah • Pasien tampak sesak • Pasien tampak pucat • Pola napas dyspnea • Batuk • Terdapat edema • Balance cairan Intake Oral : 700 cc/24 jam Infus : 1000cc/24 jam Output Urine : 800cc/24jam IWL : 10x76 = 760cc/24 jam BC : 1.700-1.560 = -140 cc/24jam 	

		<p>10. Memberikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress, jika perlu</p> <p>11. Menganjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi</p> <p>12. Menganjurkan beraktivitas fisik secara bertahap</p> <p>13. Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Akral masih teraba dingin • Pemberian v-bloc 1x3.25 mg simarc 1x1 vascon 0.15mcg /kgBB/mnt cefoperazone 2x2gr metronidazole 3x500 ketorolac 3x1 atorvastatin 1x20mg miniaspi 1x80 mg kalitake 3x1 • TTV TD : 110/78 mmHg N : 98x/mnt R : 22x/mnt S : 36.4 SPO2 : 98% • Nasal Kanul 4 lpm <p>A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan</p>	
Hypervolemia b.d kelebihan asupan cairan (D.0022)	Kamis, 04 Mei 2023	<p>1. Memeriksa tanda dan gejala hypervolemia</p> <p>2. Mengidentifikasi penyebab hypervolemia</p>	<p>S : Pasien mengatakan tidak ada keluhan yang dirasakan terkait obat</p> <p>O :</p>	

		<ol style="list-style-type: none"> 3. Memonitor status hemodinamik 4. Memonitor intake dan output cairan 5. Memonitor efek samping diuretic 6. Membatasi asupan cairan dan garam 7. Menganjurkan melapor haluaran urin <0.5ml/kgBB/jam dalam 6 jam 8. Mengajarkan cara membatasi cairan 9. kolaborasi pemberian diuretic 	<ul style="list-style-type: none"> • masih terdapat edema • balance cairan Intake Oral : 700 cc/24 jam Infus : 1000cc/24 jam Output Urine : 800cc/24jam IWL : $10 \times 76 = 760$cc/24 jam BC : $1.700 - 1.560 = -140$ cc/24jam • pasien diberikan diit DJ II 1700 kkal • pasien membatasi asupan minuman sesuai anjuran <p>A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan</p>	
Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d disfungsi pancreas (D.0027)	Kamis, 04 Mei 2023	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. Memonitor kadar glukosa darah 3. Memonitor intake dan output 	<p>S : Pasien mengatakan lemas</p> <p>O : <ul style="list-style-type: none"> • hbA1C1 : 10.6 • GDS : 168 mmHg </p> <p>A : masalah teratasi</p>	

		<ol style="list-style-type: none"> 4. Menganjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri 5. Mengajarkan pengelolaan diabetes 6. Kolaborasi pemberian insulin 	P : intervensi dihentikan	
Intoleransi aktivitas b.d kelemahan (D.0056)	Kamis, 04 2023	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor kelelahan fisik dan emosional 2. Memonitor pola dan jam tidur 3. Memberikan aktivitas distraksi yang menenangkan 4. Menganjurkan tirak baring 5. Menganjurkan melakukan aktivitas bertahap 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan badan masih terasa lemas • Pasien mengatakan sesak jika bad diturunkan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien terpasang kateter urine • Pasien bed rest • Pasien dapat miki miki mandiri tetapi membutuhkan waktu lama • Pasien tampak dyspnea ketika posisi bed turun • Pasien tampak tenang • Pasien tampak sering melakukan napas dalam 	

			A : masalah belum teratsi P : intervensi dilanjutkan	
--	--	--	---	--

B. Laporan Kasus 2**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. M DENGAN *CONGESTIVE HEART FAILURE (CHF)* DISERTAI HIPERTENSI DI RUANG PERAWATAN *ICU 2* RSUD CENGKARENG**

Nama Mahasiswa : Tina Dwi Hapsari

NPM : 22.156.03.11.104

PENGKAJIAN GAWAT DARURAT**1. Identitas Pasien dan Penanggung Jawab**

Nama pasien : Tn. M
Tanggal lahir : 01 Juli 1972
Usia : 51 tahun
Jenis kelamin : Laki-laki
Agama : Islam
Pendidikan : SMU
Tanggal Masuk : 30 April 2023
Tanggal Pengkajian : 02 Mei 2023
Diagnosa Medis : CHF
Nama PJ : Ny. S
Usia PJ : 47 tahun
Suku : Betawi
Alamat : Rawa Buaya RT/RW 005/008

2. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan Utama

Pasien datang ke IGD dengan keluhan utama sesak napas. Saat dilakukan pengkajian didapatkan hasil sesak napas dirasakan sejak 3 hari SMRS, semakin sesak saat beraktivitas, nyeri pada dada sebelah kiri, durasi 20 menit, skala nyeri 6, tubuh terasa lemah, edema pada ekstremitas bawah. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital yaitu TD : 140/70 mmHg, RR : 28x/mnt , N : 92x/mnt, Suhu : 36.5⁰C

b. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pasien dirawat diruang ICU 2, saat dilakukan pengkajian pada tanggal 02 Mei 2023 didapatkan hasil pasien mengeluh sesak napas, sesak dirasakan meningkat saat beraktivitas, tubuh terasa lemah. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital yaitu, TD : 90/80 mmHg, N : 58x/mnt, RR : 25x/mnt, Suhu : 36.5⁰C, SPO2 : 97%.

c. Riwayat Kesehatan Dahulu

Pasien mengatakan bahwa mempunyai riwayat hipertensi sejak 13 tahun yang lalu, pasien mengatakan memiliki kebiasaan merokok sejak SMU.

d. Riwayat Keluarga

Pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit yang sama dengan pasien. Tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit keturunan seperti jantung, hipertensi, DM maupun asma.

3. Pengkajian Primer

a. Airway

Tidak ada sumbatan jalan napas

b. Breathing

Pasien tampak batuk tidak berdahak dan sesak, terdapat otot bantu napas dan abdomen, pergerakan dada simetris, irama napas regular, pola napas takipnea, pasien mengatakan suka terbangun karena sesak, tidak terdapat suara napas tambahan, posisi tidur semi fowler, pasien mengatakan sesak bertambah ketika melakukan aktivitas, RR : 25x/mnt, SPO2 : 97%, terpasang nasal kanul 3 lpm.

c. Circulation

Akral: teraba dingin, kering, merah, ictus cordis: normal, CRT > 2 detik, TD : 90/80 mmHg, tidak ada perdarahan, tidak ada sianosis, edema pada ekstremitas bawah, perfusi kaki dingin sampai batas paha, kering, pucat, N: 58x/mnt.

d. Disability

Didapatkan hasil nilai GCS E: 4 V:5 M: 6, kesadaran: composmentis, tidak ada jejas, mata kiri dan kanan dapat melihat dengan baik, pergerakan pupil simetris, dapat membuka mulut dan mengunyah, dapat menggunakan mata kearah lateral, dapat mengerutkan dahi, senyum simetris, mendekatkan suara, dapat menelan, ada reflek muntah, mampu menolehkan leher tanpa

menggerakkan bahu, bicara normal, reflek cahaya +/+, ukuran pupil 3mm/3mm.

e. Exposure

Tidak ada fraktur, tidak ada perdarahan, namun terdapat edema

f. Foley Cateter

Pasien terpasang kateter urine

g. Gastic Tube

Pasien tidak menggunakan NGT

h. Heart Monitor

Pasien terpasang heart monitor

i. Imaging

Pasien dilakukan foto thorax

4. Pengkajian Sekunder

a. TTV

Suhu : 36.5⁰C

Nadi : 58x/mnt

RR : 25x/mnt

TD : 90/80 mmHg

b. Keadaan Umum

- Tanda-tanda dari distress: pasien tidak mengalami distress
- Penampilan dihubungkan dengan usia: penampilan pasien tampak terlihat sesuai dengan usianya

- Ekspresi wajah, bicara, mood: ekspresi wajah pasien tampak mengikuti perasaan pasien, bicara pasien jelas.
- Berpakaian dan kebersihan umum: pasien tampak bersih mengenakan pakaian yang disediakan oleh rumah sakit
- Tinggi badan : 170 cm Berat badan: 72 kg IMT : 24.9

c. Pemeriksaan Fisik Head to Toe

1) Kepala:

- Bentuk kepala : bentuk kepala normal (mesocephal)
- Kondisi kulit kepala : kulit kepala bersih tidak ada ketombe, tidak ada benjolan dan lesi
- Kebersihan : bersih
- Warna Rambut : rambut merata, sebagian memutih/beruban

2) System Pernapasan

- Hidung: simetris kiri dan kanan, tidak ada pernapasan cuping, tidak ada kotoran, tidak ada pembengkakan dan polip.
- Leher: tidak ada pembengkakan kelenjar getah bening
- Dada
 - Bentuk dada : normal
 - Gerakan dada : simetris kiri dan kanan sama
 - Keadaan proxsesus xipodeus : fremitus kiri dan kanan sama

- Suara napas : terdengar sonor
- Suara napas tambahan : bronkovesikuler
- Clubbing finger : tidak terdapat clubbing finger

3) System Kardiovaskuler

- Bibir : tampak pucat
- Arteri : teraba lemah
- Tekanan vena jugularis : meningkat
- Ictus cordis/apex : teraba di ICS 5
- Suara jantung : gallop
- Capillary retilling time : > 2 detik

4) System Pencernaan

- Bibir : mukosa bibir pasien tampak kering
- Mulut : keadaan mulut cukup bersih, tidak terdapat stomatitis, kemampuan menelan baik
- Gaster : peristaltic 10x/mnt
- Abdomen : tidak ada distensi abdomen
- Anus : tidak ada hemoroid

5) System Indra

- Mata
 - Kelopak mata, bulu mata, alis :kelopak mata simetris, tidak terdapat kerontokan pada bulu mata dan alis
 - Congjuntiva : tidak anemis
 - Sklera : tidak ikterik

- Visus : tidak ada gangguan
 - Ukuran pupil : ka : 3 mm / ki : 3 mm
 - Reaksi terhadap cahaya : +/+
 - Hidung
 - Penciuman, perih dihidung, trauma, mimisan : tidak ada perih, trauma dan mimisan di hidung, penciuman baik
 - Secret yang menghalangi penciuman : tidak terdapat secret
 - Telinga
 - Keadaan daun telinga : keadaan daun telinga simetris dan bersih
 - Fungsi pendengaran : fungsi pendengaran baik
- 6) System saraf
- Fungsi cerebral
 - Status mental : baik
 - Kesadaran : kesadaran composmentis E4V5M6
 - Bicara : kemampuan bicara baik
 - Fungsi kranial : tidak dilakukan pengkajian
 - Fungsi motoric : terdapat penurunan kekuatan otot
 - Fungsi cerebellum : tidak dilakukan pengkajian
 - Reflex : reflex pasien baik
 - Iritasi meningen : tidak dilakukan pengkajian

7) System Muskuloskeletal

Dalam batas normal, kekuatan otot menurun, terdapat edema pada ekstremitas bawah dengan kedalaman pitting 2 mm dengan edema derajat 1

8) System Integument

Turgor kulit elastis pada ekstremitas atas

9) System Endokrin

- Gejala kreatinisme atau gigantisme :
- Ekskresi urine berlebihan :
- Suhu tubuh yang tidak seimbang, keringat berlebihan, leher kaku :
- Riwayat bekas air seni dikelilingi semut :

10) System Perkemihan

- Edema palpebra : tidak terdapat edema palpebra
- Edema anasarca : terdapat edema anasarca
- Keadaan kandung kemih : keadaan kandung kemih baik, tidak ada nyeri tekan
- Nocturia, dysuria, kencing batu : tidak ada nocturia, dysuria, dan kencing batu.
- Penyakit hubungan sexual : tidak dikaji

11) System Reproduksi : tidak dikaji

12) System Imun

Pasien mengatakan tidak memiliki alergi dan riwayat transfuse.

5. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan Thorax :

Pemeriksaan Radiologi tanggal 01/05/2023

FOTO THORAX :

*Cardiomegaly

b. Pemeriksaan EKG : Aritmia

c. Pemeriksaan ECHO : EF (Fraksi Ejeksi) 68%

d. Pemeriksaan Laboratorium

Tanggal pemeriksaan : 03 Mei 2023

Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Nilai Saat Ini	Interpretasi
Hema I			
Haemoglobin	11.7-15.5 g/dl	11.9	Normal
Hematokrit	35-47 %	36	Normal
Leukosit	3.6-11 $10^3/\mu\text{L}$	16.3	Tinggi
Trombosit	150-440 $10^3/\mu\text{L}$	90	Rendah
Elektrolit			
Natrium	136-146 mmol/L	142	Normal
Kalium	3.5-5.0 mmol/L	3.8	Normal
Clorida	98-106 mmol/L	102	Normal
Gas darah			
Ph	7.35-7.45	7.43	Normal
PCO ₂	35-48	30	Rendah
PO ₂	83-108	140	Tinggi
HCO ₃	21-28	19.9	Rendah
SBC	22.5-26.9	20.1	Rendah
SBE	-1.5-(+)3.0	-9.8	Rendah
ABE	(-2)-(3)	-5.4	Rendah
sO ₂	95-99	96	Normal
tCO ₂	Vol	14	

6. Terapi yang Diberikan

Nama Obat	Dosis	Indikasi	Kontraindikasi	Efek samping
Ceftriaxone	1x2 gr	Antibiotic untuk mengatasi penyakit akibat infeksi bakteri	Penyakit liver, ginjal, diabetes, gangguan perdarahan, penyakit kantong empedu, anemia, diare, pankreatitis, malnutrisi, atau gangguan pencernaan	Bengkak, kemerahan diarea suntik, sakit kepala, pusing, mual muntah, diare, ruam kulit, kantuk, sakit perut, keringat berlebihan
Lasix	2x1	Untuk pengobatan edema yang disebabkan oleh gagal jantung kongestif	Gagal ginjal akut, hipokalemia, hiperurikemia	Mual muntah, anoreksia, iritasi mulut dan lambung, diare, gangguan pendengaran, pusing, sakit kepala, penglihatan kabur
Bicnat	3x1 mg	Untuk mengatasi asidosis metabolik	Gangguan ginjal, penyakit hati, buang air besar berdarah, hipertensi, gangguan keseimbangan elektrolit	Mual, cepat merasa haus, perut kembung, kram perut.
As. Folat	1x5 mg	Untuk mengatasi defisiensi asam	Anemia pernisiiosa,	Sesak napas, ruam kulit, sesak didada,

		folat dalam tubuh	defisiensi cobalamin.	mengi, gangguan system pencernaan, hipersensitif, anoreksia
Candesartan	1x16 mg	Untuk menurunkan tekanan darah pada hipertensi	Hiperkalemia, penyakit hati, dehidrasi, penyakit ginjal, kelainan katup jantung, kardiomiopati, atau angioedema	Sakit kepala, nyeri punggung, pusing, batuk, bersin, hidung tersumbat, ruam kulit.
Clopidogrel	1x75 mg	Untuk mencegah penyumbatan pembuluh darah dan membantu melancarkan peredaran darah	Tukak lambung, perdarahan dimata, otak, atau saluran cerna, penyakit liver, penyakit ginjal, atau ggangguan perdarahan.	Diare, mudah memar, perdarahan sulit berhenti, sembelit, rasa terbakar didada, nyeri perut

7. Kebutuhan Sehari-hari

- a. Diit : Makanan lunak, rendah lemak, diet DJ 1800 KKAL
- b. Cairan : Infus Nacl 0.9 500cc/12 jam

Intake

Oral : 750 cc/24 jam

Infus : 1000cc/24 jam

Output

Urine : 800cc/24jam

IWL : $10 \times 72 = 720 \text{cc}/24 \text{ jam}$

BC : $1.750 - 1.520 = -230 \text{ cc}/24 \text{ jam}$

c. Eliminasi

BAB: 1xsehari dengan konsistensi cair, frekuensi 120cc, berwarna kuning dengan bau khas feses

BAK: 400cc/24jam, berwarna kuning pekat, bau khas urine dan pasien terpasang kateter

d. Kenyamanan : pasien tampak gelisah

e. Oksigenasi : nasal kanul 3 lpm

8. Analisa Data

No	Data Fokus	Masalah	Etiologic
1	DS : Pasien mengatakan kakinya bengkak DO : <ul style="list-style-type: none"> • Terdapat edema pada ekstremitas bawah • Hasil foto thorax : cardiomegaly • Ronkhi -/- • Balance cairan : Intake Oral : 750 cc/24 jam Infus : 1000cc/24 jam Output Urine : 800cc/24jam IWL : $10 \times 78 = 780 \text{cc}/24 \text{ jam}$ 	Hipervolemia (D.0022)	Kelebihan asupan cairan

	BC : 1.750-1.580 = -170 cc/24jam		
2	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan badan terasa lemas dan lemah • Pasien mengatakan mudah lelah <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak lemah • Pasien tampak pucat • Akral dingin • Hasil EKG : Aritmia • Edema • N : 58x/mnt • EF (Teich) : 68% 	Penurunan Curah Jantung (D.0008)	Perubahan afterload
3	<p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan napas terasa sesak dan bertambah ketika beraktivitas</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak sesak • Ortopnea • Suara paru bronkhovesikuler • Akral dingin • RR : 25x/mnt • Terpasang nasal kanul 3 lpm • Hasil laboratorium pH : 7.43 pCO₂ : 30 pO₂ : 140 SPO₂ : 98% 	Gangguan pertukaran gas (D.0003)	Perubahan membrane alveolus-kapiler
4	<p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan badan terasa lemas dan sesak bertambah ketika sehabis melakukan aktivitas</p>	Intoleransi aktivitas (D.0056)	Kelemahan

	DO : <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak pucat • Pasien bed rest • Pasien terpasang kateter urine • Gambaran EKG : aritmia • Pasien tampak dyspnea setelah beraktivitas 		
--	---	--	--

9. Diagnose Keperawatan

No	Diagnose Keperawatan	Kode
1	Gangguan pertukaran gas b.d perubahan alveolus-kapiler	(D.0003)
2	Penurunan curah jantung b.d perubahan afterload	(D.0008)
3	Hypervolemia b.d kelebihan asupan cairan	(D.0022)
4	Intoleransi aktivitas b.d kelemahan	(D.0056)

10. Rencana Keperawatan

Rencana Keperawatan

Nama mahasiswa : Tina Dwi Hapsari Nama Klien : Tn.M

Tgl pengkajian : 03 Mei 2023 Jenis Kelamin: L

Ruang Praktek : ICU 2 Diagnosa : CHF

No	Diagnose Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1	Gangguan pertukaran gas b.d perubahan alveolus-kapiler (D.0003)	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Pertukaran gas	Pemantauan Respirasi (I.01014) Observasi 9. monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas 10. monitor pola napas

		<p>(L.01003) meningkat dengan</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. dyspnea menurun 5. pola napas membaik 6. pCO₂ dan pO₂ membaik 	<ol style="list-style-type: none"> 11. monitor saturasi oksigen 12. monitor nilai agd 13. auskultasi bunyi napas <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 14. dokumentasi hasil pemantauan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 15. jelaskan dan tujuan prosedur pemantauan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 16. kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas dan/atau tidur
2	<p>Penurunan curah jantung b.d perubahan kontraktilitas (D.0008)</p>	<p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Curah Jantung (L.02008) meningkat dengan</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. EF meningkat 9. Kekuatan nadi perifer membaik 10. Lelah menurun 11. Edema menurun 12. Sianosis menurun 13. Batuk menurun 14. Tekanan darah membaik 	<p>Perawatan jantung (I.02075)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 14. Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung 15. Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung 16. Monitor tekanan darah 17. Monitor intake dan output cairan 18. Monitor saturasi oksigen 19. Monitor keluhan nyeri dada <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 20. Pertahankan tirah baring minimal 12 jam 21. Posisikan semifowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman 22. Berikan diet jantung yang sesuai

			<p>23. Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress, jika perlu</p> <p>Edukasi</p> <p>24. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi</p> <p>25. Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap</p> <p>Kolaborasi</p> <p>26. Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu</p>
3	Hypervolemia b.d kelebihan asupan cairan (D.0022)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan</p> <p>Keseimbangan Cairan (L.03020)</p> <p>dengan</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <p>4. terbebas dari edema</p> <p>5. haluaran urin meningkat</p> <p>6. mampu mengontrol asupan cairan</p>	<p>Manajemen hypervolemia (I.03114)</p> <p>Obsrevasi</p> <p>10. periksa tanda dan gejala hypervolemia</p> <p>11. identifikasi penyebab hypervolemia</p> <p>12. monitor status hemodinamik</p> <p>13. monitor intake dan output cairan</p> <p>14. monitor efek samping diuretic</p> <p>Terapeutik</p> <p>15. batasi asupan cairan dan garam</p> <p>Edukasi</p> <p>16. anjurkan melapor haluaran urin <0.5ml/kgBB/jam dalam 6 jam</p> <p>17. ajarkan cara membatasi cairan</p> <p>Kolaborasi</p> <p>18. kolaborasi pemberian diuretic</p>

4	Intoleransi aktivitas b.d kelemahan (D.0056)	Setelah dilakukan intervensi selama 3 x 24 jam, maka toleransi aktivitas (L.05047) meningkat dengan kriteria hasil 1. keluhan Lelah menurun 2. dyspnea saat aktivitas menurun 3. dyspnea setelah aktivitas menurun 4. perasaan lemah menurun	Manajemen Energi (I.05178) Observasi 1. monitor kelelahan fisik dan emosional 2. monitor pola dan jam tidur Terapeutik 3. berikan aktivitas distraksi yang menenangkan Edukasi 4. anjurkan tirah baring 5. anjurkan melakukan aktivitas bertahap
---	--	---	--

11. Catatan dan Perkembangan Keperawatan

Catatan dan Perkembangan Keperawatan

(Hari Ke-1)

Nama mahasiswa : Tina Dwi Hapsari

Nama Klien : Tn.M

Tgl pengkajian : 03 Mei 2023

Jenis Kelamin: L

Ruang Praktek : ICU 2

Diagnosa : CHF

Dx Keperawatan	Hari	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	Paraf
Gangguan pertukaran gas b.d perubahan alveolus-kapiler (D.0003)	Rabu, 03 Mei 2023	9. Memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas 10.Memonitor pola napas 11.Memonitor saturasi oksigen	S : Pasien mengatakan masih merasa sesak O : • Pasien tampak sesak • Bunyi paru bronkhovesikuler	

		<p>12.Memonitor nilai agd</p> <p>13.Mengauskultasi bunyi napas</p> <p>14.Mendokumentasi hasil pemantauan</p> <p>15.Menjelaskan dan tujuan prosedur pemantauan</p> <p>16.Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas dan/atau tidur</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Suara napas tambahan ronkhi +/+ • RR 24x/mnt terpasang nasal kanul 3 lpm • Hasil laboratorium (03/05/23) pH : 7.43 pCO₂ : 30 pO₂ : 140 SPO₂ : 98% <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	
<p>Penurunan curah jantung b.d perubahan kontraktilitas (D.0008)</p>	<p>Rabu, 03 Mei 2023</p>	<p>14. Mengidentifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung</p> <p>15. Mengidentifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung</p> <p>16. Memonitor tekanan darah</p> <p>17. Memonitor intake dan output cairan</p> <p>18. Memonitor saturasi oksigen</p> <p>19. Memonitor keluhan nyeri dada</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan badan masih lemas • Pasien mengatakan masih terasa sesak <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak lemah • Pasien tampak sesak • Pasien tampak pucat • Pola napas dyspnea • Batuk • Terdapat edema 	

		<p>20. Mempertahankan tirah baring minimal 12 jam</p> <p>21. Memposisikan semifowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman</p> <p>22. Memberikan diet jantung yang sesuai</p> <p>23. Memberikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress, jika perlu</p> <p>24. Menganjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi</p> <p>25. Menganjurkan beraktivitas fisik secara bertahap</p> <p>26. Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Balance cairan Intake Oral : 750 cc/24 jam Infus : 1000cc/24 jam Output Urine : 800cc/24jam IWL : $10 \times 72 = 720$cc/24 jam BC : $1.750 - 1.520 = -230$ cc/24jam • Akral masih teraba dingin • Pemberian Ceftriaxone Lasix Bicnat As. Folat Candesartan Clopidogrel • TTV TD : 100/70 mmHg N : 60x/mnt R : 24x/mnt S : 36.5 SPO2 : 98% • Nasal Kanul 3 lpm <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	
--	--	---	--	--

<p>Hypervolemia b.d kelebihan asupan cairan (D.0022)</p>	<p>Rabu, 03 Mei 2023</p>	<p>10. Memeriksa tanda dan gejala hypervolemia 11. Mengidentifikasi penyebab hypervolemia 12. Memonitor status hemodinamik 13. Memonitor intake dan output cairan 14. Memonitor efek samping diuretic 15. Membatasi asupan cairan dan garam 16. Mengajukan laporan haluaran urin <0.5ml/kgBB/jam dalam 6 jam 17. Mengajarkan cara membatasi cairan 18. kolaborasi pemberian diuretic</p>	<p>S : Pasien mengatakan tidak ada keluhan yang dirasakan terkait obat O : <ul style="list-style-type: none"> • masih terdapat edema pada ekstremitas bagian bawah • balance cairan Intake Oral : 750 cc/24 jam Infus : 1000cc/24 jam Output Urine : 800cc/24jam IWL : $10 \times 72 = 720 \text{cc/24 jam}$ BC : $1.700 - 1.520 = -230 \text{ cc/24jam}$ • pasien diberikan diit DJ II 1800 kkal • pasien membatasi asupan minuman sesuai anjuran A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan</p>	
--	--------------------------------------	---	---	--

Intoleransi aktivitas b.d kelemahan	Rabu, 03 Mei 2023	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor kelelahan fisik dan emosional 2. Memonitor pola dan jam tidur 3. Memberikan aktivitas distraksi yang menenangkan 4. Menganjurkan tirak baring 5. Menganjurkan melakukan aktivitas bertahap 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan badan masih terasa lemas • Pasien mengatakan sesak jika setelah aktivitas <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien terpasang kateter urine • Pasien bed rest • Pasien tampak melakukan mika miki perlahan • Pasien tampak dyspnea ketika posisi bed turun • Pasien tampak tenang <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p>	
-------------------------------------	-------------------	---	---	--

Catatan dan Perkembangan Keperawatan

(Hari Ke-2)

Nama mahasiswa : Tina Dwi Hapsari

Nama Klien : Tn.M

Tgl pengkajian : 03 Mei 2023

Jenis Kelamin: L

Ruang Praktek : ICU 2

Diagnosa : CHF

Dx Keperawatan	Hari	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	Paraf
Gangguan pertukaran gas b.d perubahan alveolus-kapiler (D.0003)	Kamis, 03 Mei 2023	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas 2. Memonitor pola napas 3. Memonitor saturasi oksigen 4. Memonitor nilai agd 5. Mengauskultasi bunyi napas 6. Mendokumentasi hasil pemantauan 7. Menjelaskan dan tujuan prosedur pemantauan 8. Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas dan/atau tidur 	<p>S :</p> <p>Pasien mengatakan masih merasa sesak</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak sesak • Bunyi paru bronkhovesikuler • Suara napas tambahan ronkhi +/+ • RR 22x/mnt terpasang nasal kanul 3 lpm • Hasil laboratorium (03/05/23) pH : 7.43 pCO₂ : 30 pO₂ : 140 SPO₂ : 98% <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P :</p>	

			Intervensi dilanjutkan	
Penurunan curah jantung b.d perubahan kontraktilitas (D.0008)	Kamis, 04 Mei 2023	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung 2. Mengidentifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung 3. Memonitor tekanan darah 4. Memonitor intake dan output cairan 5. Memonitor saturasi oksigen 6. Memonitor keluhan nyeri dada 7. Mempertahankan tirah baring minimal 12 jam 8. Memposisikan semifowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman 9. Memberikan diet jantung yang sesuai 10. Memberikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress, jika perlu 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan badan masih lemas • Pasien mengatakan masih terasa sesak <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak lemah • Pasien tampak sesak • Pasien tampak pucat • Pola napas dyspnea • Batuk • Terdapat edema • Balance cairan <p>Intake</p> <p>Oral : 550 cc/24 jam</p> <p>Infus : 1000cc/24 jam</p> <p>Output</p> <p>Urine : 700cc/24jam</p> <p>IWL : $10 \times 72 = 720$cc/24 jam</p> <p>BC : 1.550-1420 = -130 cc/24jam</p> <ul style="list-style-type: none"> • Akral masih teraba dingin 	

		<p>11. Menganjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi</p> <p>12. Menganjurkan beraktivitas fisik secara bertahap</p> <p>13. Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pemberian Ceftriaxone Lasix Bicnat As. Folat Candesartan Clopidogrel • TTV TD : 100/80 mmHg N : 78x/mnt R : 22x/mnt S : 36.5 SPO2 : 98% • Nasal Kanul 3 lpm <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	
Hypervolemia b.d kelebihan asupan cairan (D.0022)	Kamis, 04 Mei 2023	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memeriksa tanda dan gejala hypervolemia 2. Mengidentifikasi penyebab hypervolemia 3. Memonitor status hemodinamik 4. Memonitor intake dan output cairan 5. Memonitor efek samping diuretic 6. Membatasi asupan cairan dan garam 	<p>S : Pasien mengatakan tidak ada keluhan yang dirasakan terkait obat</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • masih terdapat edema pada ekstremitas bagian bawah • balance cairan intake <p>Oral : 550 cc/24 jam</p>	

		<p>7. Mengajarkan melapor haluaran urin <0.5ml/kgBB/jam dalam 6 jam</p> <p>8. Mengajarkan cara membatasi cairan</p> <p>9. kolaborasi pemberian diuretic</p>	<p>Infus : 1000cc/24 jam</p> <p>Output</p> <p>Urine : 700cc/24jam</p> <p>IWL : $10 \times 72 = 720\text{cc}/24 \text{ jam}$</p> <p>BC : $1.550 - 1420 = -130 \text{ cc}/24\text{jam}$</p> <ul style="list-style-type: none"> • pasien diberikan diit DJ II 1800 kkal • pasien membatasi asupan minuman sesuai anjuran <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	
Intoleransi aktivitas b.d kelemahan	Kamis, 04 Mei 2023	<p>1. Memonitor kelelahan fisik dan emosional</p> <p>2. Memonitor pola dan jam tidur</p> <p>3. Memberikan aktivitas distraksi yang menenangkan</p> <p>4. Mengajarkan tirak baring</p> <p>5. Mengajarkan melakukan aktivitas bertahap</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan badan masih terasa lemas • Pasien mengatakan sesak jika setelah aktivitas <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien terpasang kateter urine • Pasien bed rest 	

			<ul style="list-style-type: none">• Pasien tampak melakukan mika miki perlahan• Pasien tampak dyspnea ketika posisi bed turun• Pasien tampak tenang <p>A : masalah belum teratasi P : intervensi dilanjutkan</p>	
--	--	--	--	--

Catatan dan Perkembangan Keperawatan

(Hari Ke-3)

Nama mahasiswa : Tina Dwi Hapsari

Nama Klien : Tn.M

Tgl pengkajian : 03 Mei 2023

Jenis Kelamin: L

Ruang Praktek : ICU 2

Diagnosa : CHF

Dx Keperawatan	Hari	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	Paraf
Gangguan pertukaran gas b.d perubahan alveolus-kapiler (D.0003)	Jumat, 05 Mei 2023	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas 2. Memonitor pola napas 3. Memonitor saturasi oksigen 4. Memonitor nilai agd 5. Mengauskultasi bunyi napas 6. Mendokumentasi hasil pemantauan 7. Menjelaskan dan tujuan prosedur pemantauan 8. Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas dan/atau tidur 	<p>S :</p> <p>Pasien mengatakan masih merasa sesak</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak sesak • Bunyi paru bronkhovesikuler • Suara napas tambahan ronkhi +/+ • RR 22x/mnt terpasang nasal kanul 3 lpm • Hasil laboratorium (03/05/23) pH : 7.43 pCO₂ : 30 pO₂ : 140 SPO₂ : 98% <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>	

<p>Penurunan curah jantung b.d perubahan kontraktilitas (D.0008)</p>	<p>Jumat, 05 Mei 2023</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung 2. Mengidentifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung 3. Memonitor tekanan darah 4. Memonitor intake dan output cairan 5. Memonitor saturasi oksigen 6. Memonitor keluhan nyeri dada 7. Mempertahankan tirah baring minimal 12 jam 8. Memposisikan semifowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman 9. Memberikan diet jantung yang sesuai 10. Memberikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress, jika perlu 11. Menganjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan badan masih lemas • Pasien mengatakan masih terasa sesak <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak lemah • Pasien tampak sesak • Pasien tampak pucat • Pola napas dyspnea • Batuk • Terdapat edema • Balance cairan Intake Oral : 650 cc/24 jam Infus : 1000cc/24 jam Output Urine : 1000cc/24jam IWL : $10 \times 72 = 720$ cc/24 jam BC : $1.650 - 1720 = -70$ cc/24jam • Akral masih teraba dingin • Pemberian Ceftriaxone Lasix 	
--	---------------------------	---	--	--

		<p>12. Menganjurkan beraktivitas fisik secara bertahap</p> <p>13. Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu</p>	<p>Bicnat</p> <p>As. Folat</p> <p>Candesartan</p> <p>Clopidogrel</p> <ul style="list-style-type: none"> • TTV <p>TD : 100/80 mmHg</p> <p>N : 68x/mnt</p> <p>R : 22x/mnt</p> <p>S : 36.5</p> <p>SPO2 : 98%</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nasal Kanul 3 lpm <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	
<p>Hypervolemia b.d kelebihan asupan cairan (D.0022)</p>	<p>Jumat, 05 Mei 2023</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memeriksa tanda dan gejala hypervolemia 2. Mengidentifikasi penyebab hypervolemia 3. Memonitor status hemodinamik 4. Memonitor intake dan output cairan 5. Memonitor efek samping diuretic 6. Membatasi asupan cairan dan garam 7. Menganjurkan melapor haluaran urin <0.5ml/kgBB/jam dalam 6 jam 	<p>S : Pasien mengatakan tidak ada keluhan yang dirasakan terkait obat</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • masih terdapat edema pada ekstremitas bagian bawah • balance cairan <p>Intake Oral : 650 cc/24 jam Infus : 1000cc/24 jam</p> <p>Output Urine : 1000cc/24jam</p>	

		8. Mengajarkan cara membatasi cairan 9. kolaborasi pemberian diuretic	IWL : $10 \times 72 = 720 \text{cc}/24 \text{ jam}$ BC : $1.650 - 1720 = -70 \text{ cc}/24 \text{ jam}$ • pasien diberikan diit DJ II 1800 kkal • pasien membatasi asupan minuman sesuai anjuran A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan	
Intoleransi aktivitas b.d kelemahan (D.0056)	Jumat, 05 Mei 2023	1. Memonitor kelelahan fisik dan emosional 2. Memonitor pola dan jam tidur 3. Memberikan aktivitas distraksi yang menenangkan 4. Mengajarkan tirak baring 5. Mengajarkan melakukan aktivitas bertahap	S : • Pasien mengatakan badan masih terasa lemas • Pasien mengatakan sesak jika setelah aktivitas O : • Pasien terpasang kateter urine • Pasien bed rest • Pasien tampak melakukan mika miki • Pasien tampak dyspnea ketika posisi bed turun • Pasien tampak tenang	

			A : masalah belum teratasi P : intervensi dilanjutkan	
--	--	--	--	--

BAB IV

HASIL PEMBAHASAN

Pada bab ini, penulis membandingkan antara teori dari BAB II dengan kasus 1 dan 2 di BAB III yang dilaksanakan selama 3 hari implementasi. Asuhan keperawatan tersebut meliputi: pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, melakukan implementasi dan melakukan evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian

1. Menurut Teori

Pengkajian keperawatan merupakan catatan tentang hasil pengkajian yang dilaksanakan untuk mengumpulkan informasi dari pasien, membuat data dasar tentang pasien, dan membuat catatan tentang respon kesehatan pasien. Pengkajian yang komprehensif atau menyeluruh, sistematis yang logis akan mengarah dan mendukung pada identifikasi masalah-masalah pasien. Sumber data dari hasil observasi, pemeriksaan fisik, hasil pemeriksaan penunjang dan hasil laboratorium. Data yang lengkap mampu mengidentifikasi semua masalah keperawatan pada pasien.

Penderita CHF, terkadang mengalami sumbatan atau terjadi penumpukan secret. Pasien juga biasanya batuk dengan atau tanpa sputum (Carvalho, 2019). Biasanya pada pasien CHF ditemukan sesak nafas dengan aktivitas ringan atau istirahat, respirasi meningkat (lebih dari 24 x/menit), irama ireguler dangkal, terdapat suara napas tambahan: ronchi & krekles, ekspansi dada tidak penuh dan terdapat penggunaan

otot bantu nafas (Minartin, 2018). Biasanya pada pasien CHF ditemukan nadi lemah, tidak teratur, takikardi, tekanan darah meningkat/menurun, adanya edema, pitting edema, CRT > 3 detik, akral dingin, kulit pucat, bunyi jantung S3, gallop, sianosis dan output urine menurun (Minartin, 2018). Biasanya pasien CHF pusing, disorientasi dan penurunan kesadaran apabila mengalami gangguan perfusi yang berat (Sari, 2018).

Faktor penyebab terjadinya gagal jantung yang sering terjadi pada pasien gagal jantung diantaranya seperti cedera iskemik, hipertensi, sindrom metabolik (diabetes mellitus, obesitas, hiperlipidemia).

2. Menurut Kasus

Penulis melakukan pengkajian klien pertama Tn. D (60 tahun) pada tanggal 02 Mei 2023 hasil pengkajian yang didapatkan adalah pasien tampak sesak dan ngos-ngosan, kepatenan jalan napas : bebas, dyspnea (+), batuk (+) tidak ada dahak, terpasang alat bantu napas O2 nasal kanul 4lpm, bentuk dada: normochest, pergerakan: simetris, irama napas: regular, pola napas: takipnea, suara napas: vesikuler, RR: 28x/mnt, SPO2: 95% , ada otot bantu pernapasan, ada pernapasan abdomen, suara napas tambahan: ronkhi, posisi tidur pasien semi fowler, pasien mengatakan napas terasa berat apabila posisi bed turun.

Hasil pengkajian selanjutnya pada Tn. M (51 tahun) tanggal 03 Mei 2023 hasil pengkajian yang didapatkan adalah pasien tampak batuk tidak berdahak dan sesak, terdapat otot bantu napas dan abdomen, pergerakan dada simetris, irama napas regular, pola napas takipnea,

pasien mengatakan suka terbangun karena sesak, tidak terdapat suara napas tambahan, posisi tidur semi fowler, pasien mengatakan sesak bertambah ketika melakukan aktivitas, RR : 25x/mnt, SPO2 : 97%, terpasang nasal kanul 3 lpm.

3. Analisa Peneliti

Pada kedua klien tersebut terjadi beberapa hal yang sama, yaitu kedua klien mengalami batuk tidak berdahak, sesak, tubuh terasa lemah, dan respirasi meningkat. Data yang ditemukan pada kedua klien sudah sesuai dengan tinjauan teori yang ada, tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus di lapangan. Pada pasien Tn. M memiliki riwayat DM tipe II resisten insulin merupakan factor risiko yang penting dalam perkembangan CHF. Resistensi insulin dan hiperglikemia kronik dapat mencetuskan inflamasi, stress oksidatif dan gangguan terdapatnya nitrit oksida endotel vascular yang menyebabkan cedera vascular sehingga terbentuknya lesi aterosklerosis. maka kemungkinan pasien Tn. M mengalami CHF kembali setelah 2011 karena adanya DM tipe II yang muncul pada tahun 2020 yang menyebabkan CHF pada Tn. M timbul kembali.

Sedangkan pada kasus Tn. M memiliki riwayat hipertensi sejak 13 tahun hal tersebut mengakibatkan beban kerja jantung meningkat kemudian hipertrofi miokard (peningkatan masa miokard) yang menyebabkan kontraksi otot jantung menurun yang mengakibatkan gagal jantung.

B. Diagnosis Keperawatan

1. Menurut Teori

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2017).

Berdasarkan SDKI terdapat beberapa diagnose yang muncul pada penderita CHF adalah gangguan pertukaran gas, hypervolemia, penurunan curah jantung, intoleransi aktivitas, pola napas tidak efektif. Risiko syok kardiogenik, risiko cedera, gangguan eliminasi urin, deficit nutrisi, risiko gangguan integritas kulit.

2. Menurut Kasus

Diagnose utama yang diangkat oleh penulis pada kedua kasus diatas sama yaitu gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan alveolus-kapiler. Begitupun pada diagnose kedua dan ketiga penulis mengangkat diagnose yang sama yaitu Hypervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan dan penurunan curah jantung berhubungan dengan afterload. Pada kasus Tn.D memiliki diagnose keempat yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan disfungsi pancreas dikarenakan pasien memiliki riwayat diabetes

mellitus dan dibuktikan oleh hasil laboratorium yang tinggi dan hasil pemeriksaan kadar glukosa darah yang sama tinggi.

3. Analisa Peneliti

Pada kedua kasus memiliki empat diagnose prioritas yang sama yaitu gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan alveolus-kapiler, Hypervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan, penurunan curah jantung berhubungan dengan afterload dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Hal ini dikarenakan CHF terjadi ketika jantung tidak dapat memompakan darah secara adekuat untuk mendukung oksigenasi organ-organ dalam tubuh. Oleh karena itu manifestasi utama dari CHF yaitu sesak napas dan rasa lemah, dimana dapat membatasi toleransi aktivitas, dan retensi cairan, yang dapat memicu terjadinya kongesti riwayat penyakit. Pada kasus satu memiliki diagnose tambahan yaitu ketidakstabilan kadar gula darah berhubungan dengan disfungsi pancreas dikarenakan pasien memiliki riwayat diabetes mellitus dan dibuktikan oleh hasil laboratorium yang tinggi dan hasil pemeriksaan kadar glukosa darah yang sama tinggi.

C. Intervensi Keperawatan

1. Menurut Teori

Intervensi keperawatan adalah segala bentuk treatment yang dikerjakan oleh perawat didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai tujuan luaran yang diharapkan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Diagnosa berdasarkan SIKI adalah :

- a. Penurunan curah jantung b.d perubahan preload/perubahan afterload/perubahan kontraktilitas (Terlampir di bab 2)
- b. Gangguan pertukaran gas b.d perubahan membrane alveolus-kapiler (Terlampir di bab 2)
- c. Hypervolemia b.d kelebihan asupan cairan (Terlampir di bab 2)
- d. Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d disfungsi pancreas (Terlampir di bab 2)

2. Menurut Kasus

- a. Penurunan curah jantung b.d perubahan preload/perubahan afterload/perubahan kontraktilitas intervensi pada kasus ini sama dengan teori (Terlampir di bab 2)
- b. Gangguan pertukaran gas b.d perubahan membrane alveolus-kapiler intervensi pada kasus ini sama dengan teori (Terlampir di bab 2)
- c. Hypervolemia b.d kelebihan asupan cairan intervensi pada kasus ini sama dengan teori (Terlampir di bab 2)
- d. Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d disfungsi pancreas intervensi pada kasus ini sama dengan teori (Terlampir di bab 2)

3. Analisa Penulis

Perbandingan antara intervensi yang ada di teori dengan intervensi pada kasus hanya terdapat sedikit perbedaan. Namun tidak semua intervensi dilakukan pada Tn. M karena mempertimbangan kondisi pasien yang dirasakan pada waktu tersebut seperti pemberian regulasi cepat insulin.

D. Implementasi Keperawatan

1. Menurut Teori

Implementasi keperawatan merupakan tahap ke empat dalam tahap proses keperawatan dalam melaksanakan tindakan perawatan sesuai dengan rencana keperawatan. Berdasarkan tahap implementasi keperawatan, upaya untuk merealisasikan rencana tindakan keperawatan yang telah ditetapkan yaitu membina hubungan saling percaya adalah hal yang sangat penting dalam tahap pelaksanaan ini, sehingga upaya pelaksanaan atau tindakan yang dilaksanakan dapat diterima sebagai upaya untuk memecahkan masalah.

2. Menurut Kasus

Implementasi dilakukan penulis selama 3 hari pada kedua kasus. Implementasi pada Tn. D dimulai pada tanggal 02 Mei 2023 sampai 04 Mei 2023 dan Tn. M dimulai pada tanggal 03 Mei 2023 sampai 05 Mei 2023. Pada studi kasus ini penulis melakukan implementasi dan mengevaluasi keadaan klien setiap hari sesuai dengan intervensi atau rencana keperawatan.

3. Analisa Penulis

Tindakan keperawatan yang ada di teroi dengan yang dilakukan di kasus sama pelaksanaannya, dengan berkolaborasi tentang kesehatan yang ada di rumah sakit dan bantuan dari keluarga yang selalu memberikan support untuk mempercepat proses penyembuhan.

Penting perawatan mandiri yang dilakukan oleh pasien merupakan faktor pendukung dalam proses pengobatan, lingkungan sosial seperti keluarga dan masyarakat juga memiliki peran penting untuk meningkatkan motivasi bagi pasien selain informasi yang didapatkan dari pelayanan kesehatan.

Perawatan diri yang dapat dilakukan pada pasien CHF antara lain, teratur dalam minum obat, olahraga secara rutin, menurunkan konsumsi garam dalam diet, pembatasan cairan, menimbang berat badan, mengubah pola hidup sehat, aktivitas dan latihan serta perlunya istirahat secara adekuat.

E. Evaluasi Keperawatan

1. Menurut Teori

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi yang digunakan berbentuk S (subyektif), O (obyektif), A (analisa), P (perencanaan terhadap analisis). Evaluasi dilakukan setiap hari pada kedua kasus yaitu menggunakan evaluasi SOAP pada awal jam dinas dan terakhir di evaluasi kembali setelah diberikan intervensi pada jam akhir dinas.

2. Menurut Kasus

Kasus Tn. D dan Tn. M dengan CHF, hasil evaluasi semua masalah belum teratasi dari tujuan pencapaian yang telah dibuat pada tahap

perencanaan, Pada Tn. D untuk diagnose Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah masih tetap di observasi meskipun kadar glukosa terlihat stabil.. Maka dari itu pasien masih dilakukan perawatan klinis pada pasien sehingga pasien harus tetap mendapatkan perawatan lanjutan di ruang rawat inap.

3. Analisa Penulis

Hasil evaluasi keperawatan selama 3 hari pada Tn. D dan Tn. M semua diagnose belum teratasi sehingga intervensi masih harus dilanjutkan, untuk diagnose ketidakstabilan kada glukosa darah pada Tn. D sudah teratasi namun masih harus dalam monitor perawat karena ditakutkan mengalami ketidakstabilan kembali dan intervensi masih tetap dilanjutkan.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Hasil pengkajian yang telah dilakukan pada klien Tn. D dan Tn. M dengan Congestif Heart Failure (CHF) memiliki kesamaan dengan tanda gejala yang ada dalam teori seperti, Dipsneu, kelelahan setelah beraktifitas, dan lemas serta pembengkakan pada ekstremitas bagian bawah.
2. Diagnosa keperawatan yang diangkat memiliki kesamaan dengan diagnose keperawatan yang ada di teori, seperti Penurunan Curah Jantung b.d Perubahan Afterload, Gangguan Pertukaran Gas b.d Perubahan Membran Alveolus-kapiler, Hipervolemia b.d Kelebihan Asupan Cairan.
3. Rencana asuhan keperawatan yang dibuat sesuai dengan teori untuk masing-masing diagnosa, berdasarkan analisa penulis intervensi yang diberikan pada klien disesuaikan dengan keadaan klien saat itu.
4. Hasil evaluasi semua masalah pada klien Tn. M dan Tn.D belum teratasi dari tujuan pencapaian yang telah di buat pada tahap perencanaan. Pada Tn. D untuk diagnose Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah masih tetap di observasi meskipun kadar glukosa terlihat stabil. Maka dari itu pasien masih dilakukan perawatan klinis pada pasien.

B. Saran

1. Perawat yang ditempatkan diruang ICU agar tetap memberikan pelayanan biopsikososial spiritual yang sesuai kepada pasien serta selalu memantau monitor pada setiap pasien, sehingga mutu asuhan keperawatan dan kestabilan dapat dipertahankan serta kerjasama tim yang baik selama ini.
2. Hasil tugas akhir ini diharapkan dapat memberikan tambahan pengetahuan dan masukan dalam pengembangan ilmu keperawatan serta meningkatkan kualitas pendidikan keperawatan khususnya ilmu keperawatan kritis.
3. Pasien dan keluarga pasien diharapkan dapat menambah pengetahuan penyakit Congestif Heart Failure (CHF) dan cara pencegahan, perawatan serta pengobatan penyakit Congestif Heart Failure (CHF) agar dapat menurunkan angka kejadian dan angka kematian akibat penyakit Congestif Heart Failure (CHF). Serta diharapkan keluarga bisa merawat pasien dengan Congestif Heart Failure (CHF) sesuai dengan tindakan yang tepat, dan lebih cepat lagi dalam menilai kondisi penyakit pasien untuk dibawa ke fasilitas kesehatan

DAFTAR PUSTAKA

- Udjianti, Wajan. Juni. (2013). Keperawatan Kardiovaskuler. Jakarta : Salemba Medika
- Nurkhalis, and Rangga Juliar Adista. 2020. “Manifestasi Klinis Dan Tatalaksana Gagal Jantung.” *Jurnal Kedokteran Nanggroe Medika* 3(3): 36–46
- SDKI. 2019. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi Dan Indikator Diagnostik. 1st ed. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- SIKI. 2019. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi Dan Tindakan Keperawatan. 1st ed. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- SLKI. 2019. Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Definisi Dan Kriteria Hasil Keperawatan. 1st ed. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia
- Savarese, G. & Lund, L. H. 2017. Global Public Health Burden of Heart Failure. *73 Cardiac Failure Review*, 3 (1). 7–11.doi: 10.15420 /cfr. 2016:25:2
- Kemendes RI. 2014. “Situasi Kesehatan Jantung.” Pusat data dan informasi kementerian kesehatanRI:3. <http://www.depkes.go.id/download.php?file=download/pusdatin/infodatin/infodatin-jantung.pdf>.
- Kementerian Kesehatan RI. 2018. “Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar.” *Risikesdas*: 614.
- Karson. (2016). Buku Ajar Keperawatan Sistem Kardiovaskuler. Jakarta: TIM
- Black, J dan Hawks, J. 2014. Keperawatan Medikal Bedah: Manajemen Klinis untuk Hasil yang Diharapkan. Dialihbahasakan oleh Nampira R. Jakarta: Salemba Emban Patria









Ramadhana, Aldyla Syahro. 2020. "Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Pada Pasien Dengan Stroke Hemoragik Di Ruang Instalasi Gawat Darurat." Universitas Kusuma Husada Surakarta

Sari, Dewi Ita. 2018. Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Congestive Heart Failure (CHF) di Ruang Flamboyan RSUD Arifin Achmad Pekanbaru. Poltekkes Riau: Laporan Tugas Akhir

LAMPIRAN

KEGIATAN BIMBINGAN

KEGIATAN BIMBINGAN KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Tanggal Bimbingan	Waktu Bimbingan	Kegiatan	Paraf	Keterangan
02 Mei 2023	15.00	Pengajuan judul Karya Ilmiah Akhir Ners via WhatsApp		Penambahan lokasi (RUSD Cengkareng) dan Tahun
02 Mei 2023	16.00	Pengajuan Judul		ACC Judul
11 Mei 2023	12.00	Konsul BAB I via email		tambahkan teori tentang penyakit penyerta pada latar belakang
25 Mei 2023	18.00	Konsul BAB II via email		Tambahkan pathway disertai dengan penyakit penyerta
30 Mei 2023	11.00	Konsul BAB III (bimbingan dikampus)		Tambahkan diagnose, lengkapi riwayat kesehatan dahulu, tambahkan IMT, tentukan diagnose utama
06 Juni 2023	11.00	Konsul BAB IV (bimbingan dikampus)		Tambahkan pada pembahasan pengkajian mengenai perjalanan penyakit penyerta, tambahkan Analisa penulis pada evaluasi
07 Juni 2023	11.00	Konsul BAB III dan BAB IV		ACC Sidang KIAN tanggal 08 Juni 2023
6 Juni 2023	10.00	Konsul Revisi setelah sidang		ACC HC

BIOGRAFI PENULIS



A. Data Pribadi

Nama Lengkap : Tina Dwi Hapsari
TTL : Bekasi, 12 Oktober 1999
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Kewarganegaraan : Indonesia
Alamat : Villa Padurenan Indah 3 Blok J No.19 Padurenan
No. Handphone : 085960145480
Email : tinahapsari860@gmail.com
Motto : *be free, be true, be you.*

B. Riwayat Pendidikan

TK : TK Pertiwi Tahun 2005-2006
SD : SD N Cimuning 1 2006-2012
SMP : SMP N 10 Bekasi 2012-2015
SMA : MAN 3 Banyumas 2015-2018
Perguruan Tinggi : STIKes Medistra Indonesia Tahun 2018-2022 (S1 Ilmu Keperawatan)
STIKes Medistra Indonesia 2022-Sekarang (Profesi Ners)