

LAPORAN KASUS
ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT KRITIS PADA Tn E DENGAN
DYSPNEU DISERTAI CHF DAN Ny H DENGAN DYSPNEU DISERTAI
AKI DI RUANG ICU RSUD CENGKARENG TAHUN 2023



Disusun Oleh :
SRI WULANDARI, S.Kep
22.156.03.11.098

PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MEDISTRA INDONESIA
BEKASI 2023

**LAPORAN KASUS ASUHAN KEPERAWATAN
PADA Tn E DENAGN DYSPNEU DISERTAI CHF DAN Ny H DENGAN
DYSPNEU DISERTAI AKI DI RUANG ICU RSUD CENKARENG
TAHUN 2023**

***KARYA ILMIAH AKHIR
DIAJUKAN SEBAGAI SALAH SATU SYARAT UNTUK MEMPEROLEH GELAR
Profesi Ners***



**Disusun Oleh :
SRI WULANDARI, S.Kep
22.156.03.11.098**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MEDISTRA INDONESIA
BEKASI 2023**

LEMBAR PERNYATAAN

Yang bertandatangan dibawah ini:

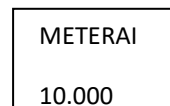
Nama : Sri Wulandari, S.Kep
NPM : 22.156.03.11.098
Program Studi : Profesi Ners

Dengan ini menyatakan bahwa Karya Ilmiah Akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Gadar Kritis Pada Tn E Dengan Dyspneu Disertai Chf Dan Ny H Dengan Dyspneu Disertai Aki di Ruang ICU RSUD Cengkareng”, adalah benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan jiplakan maupun mengcopy sebagian dari hasil karya orang lain.

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

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya di Bekasi pada tanggal 31 Juli 2023

Yang menyatakan,



Sri Wulandari, S.Kep

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Ilmiah Akhir ini Telah Diperiksa Oleh Preseptor satu dan Preseptor dua
Dan Disetujui Untuk Melaksanakan Seminar Akhir

Bekasi,

Menyetujui

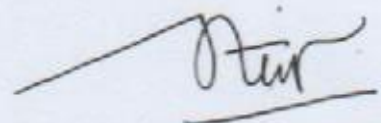
Penguji I



Lina Indrawati, S.Kep.,Ners.,M.Kep

NIDN. 0321108001

Penguji II

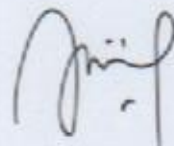


Arabta M. Peraten Pelawi, S.Kep.,Ners.,M.Kep

NIDN. 0301096505

Mengetahui

Kepala Program Studi Keperawatan
(S1 & Profesi Ners)



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

NIDN.0316028302

LEMBAR PENGESAHAN

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Sri Wulandari, S.Kep

NPM : 22.156.03.11.098

Program Studi : Profesi Ners

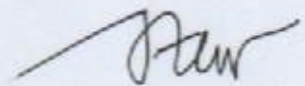
Judul Tugas Akhir : Asuhan Keperawatan Gadar Kritis Pada Tn. E Dengan Dyspneu Disertai CHF Dan Ny. H Dengan Dyspneu Disertai AKI Di Ruang ICU RSUD Cengkareng Tahun 2023. Telah diperiksa, dikaji dan diujikan dalam seminar hasil pada Tanggal.....

Penguji I

Penguji II



Lina Indrawati, S.Kep., Ns., M.Kep
NIDN. 0321108001

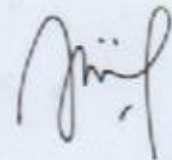


Arabta M. Peraten Pelawi, S.Kep., Ns., M.Kep
NIDN. 0301096505

Mengetahui

Wakil Ketua I Bidang
Akademik Keperawatan
STIKes Medistra Indonesia

Kepala Program Studi Ilmu(S1) dan
Pendidikan Profesi Ners



Puri Kresnawati, SST., M.KM
NIDN. 0315078302

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

Disahkan

Ketua STIKes Medistra Indonesia

Dr. Lenny Irmawati Sirait, SST., M.Kes
NIDN. 30202800

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan puji dan syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas berkah dan rahmat-Nya peneliti dapat menyelesaikan KIAN dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Tn E dengan Dyspneu disertai CHF dan Ny H Dengan Dyspneu disertai AKI Di Ruang ICU RSUD Cengkareng Jakarta Barat Tahun 2022.” sesuai dengan harapan. Penulisan KIAN yang merupakan salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar profesi keperawatan (Ners) pada Program Studi Profesi Ners STIKes Medistra Indonesia. Penulis menyadari bahwa KIAN ini masih jauh dari kata kesempurnaan, oleh sebab itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak. Selesaiannya KIAN ini tidak terlepas dari bantuan berbagai pihak, sehingga pada kesempatan ini penulis dengan segala kerendahan hati dan penuh rasa hormat mengucapkan terima kasih sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah memberikan bantuan moral maupun materil secara langsung maupun tidak langsung kepada penulis dalam penyusunan KIAN ini hingga selesai, terutama kepada yang saya hormati:

1. Usman Ompusunggu, S.E., selaku Pembina Yayasan Medistra Indonesia
2. Saver Mangadar Ompusunggu SE 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. Farida Banjarnahor, 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 STIKes Medistra Indonesia
8. Nurti Y.K.Gea S.Kep.,Ns.,M.Kep SP.An ,selaku Koordinator KIAN
9. Ns. Arabta M. Peraten Pelawi, S. Kep., M. Kep, Pembimbing Karya Ilmiah Akhir yang telah memberikan masukan dan arahan selama proses penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini
10. Ns. Lina Indrawati, S. Kep., M. Kep, selaku Dosen Penguji Kian Profesi Ners.
11. Bapak/Ibu Dosen dan Staff STIKes Medistra Indonesia

12. Ibu/Bapak Clinical Instruksional (CI) dan kakak-kakak dari RSUD Cengkareng yang dengan sangat baik membimbing dan mengarahkan selama berlangsungnya praktik
13. Kedua Orang tua tercinta yang telah banyak membantu dan memberikan dorongan serta doa dan semangat yang selalu menyertai penulis dalam penyusunan KIAN.
14. 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 studi hingga Karya Ilmiah Akhir.
15. Sahabat-sahabatku yang selalu hadir menghibur dan memberikan semangat disaat rasa malas dan jenuh menghampiri

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 dalam penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners ini, penulis mohon kesediannya untuk memberikan kritik dan saran yang konstruktif, serta motivasi-motivasi yang membangun.

Bekasi, 31 Juli 2023

Sri Wulandari, S.Kep

DAFTAR ISI

LEMBAR PERNYATAAN	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI.....	vi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. LATAR BELAKANG MASALAH.....	1
B. TUJUAN UMUM	5
C. TUJUAN KHUSUS	5
BAB II TINJAUAN TEORI	6
A. DYSPSNEA	6
1. Pengertian.....	6
2. Penyebab	6
3. Patofisiologi	7
4. Penatalaksanaan	8
B. CONGESTIVE HEART FAILURE (CHF)	9
1. Pengertian.....	9
2. Etiologi.....	10
3. Patofisiologi	12
4. Pathway	15
5. Klasifikasi	16
6. Manifestasi klinis	17
7. Pemeriksaan penunjang.....	20

8.	Penatalaksanaan	22
KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN		27
A.	Pengkajian	27
B.	Diagnosa keperawatan.....	34
C.	Intervensi keperawatan.....	35
D.	Implementasi keperawatan	42
E.	Evaluasi	43
C.	Acute Kidney Injury (AKI).....	44
1.	Pengertian.....	44
2.	Etiologi.....	44
3.	Patofisiologi	46
4.	Pathway	48
5.	Klasifikasi.....	49
6.	Manifestasi klinis	50
7.	Pemeriksaan Penunjang.....	50
8.	Penatalaksanaan	51
KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN		53
A.	Pengkajian	53
B.	Diganosa Keperawatan.....	55
C.	Intervensi Keperawatan.....	56
D.	Implementasi keperawatan	61
E.	Evaluasi	61
BAB III TINJAUAN KASUS.....		62
A.	Pengkajian	62

B.	Diagnosa keperawatan.....	71
C.	Intervensi Keperawatan.....	72
D.	Implementasi	74
E.	Evaluasi	78
BAB IV	PEMBAHASAN.....	102
A.	Pengkajian	102
B.	Diagnosa.....	104
C.	Intervensi	106
D.	Implementasi	107
E.	Evaluasi	109
BAB V	PENUTUP.....	111
A.	Kesimpulan.....	111
B.	Saran.....	113
Daftar Pustaka	115
Lampiran 1	119
Lampiran 2	121

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG MASALAH

Jantung adalah organ tubuh manusia yang sangat berperan untuk kehidupan manusia. Jantung merupakan bagian dari sistem kardiovaskuler yang bertugas untuk memompa darah hingga bagian terkecilnya yang membawa makanan serta oksigen dalam darah ke seluruh tubuh (Pramestiyani et al., 2022). Penyakit pada sistem kardiovaskuler diantaranya adalah jantung koroner, stroke, dan ada juga yang disebut kegagalan pada sistem kardiovaskuler (Alfiani & Maesaroh, 2021). Kegagalan pada sistem kardiovaskuler atau biasa disebut dengan gagal jantung adalah keadaan dimana jantung tidak melakukan fungsinya dengan baik dengan kata lain jantung tidak memompa darah yang dialirkan ke seluruh tubuh akhirnya menyebabkan kurangnya oksigen dan nutrisi pada tubuh (Fikriana, 2018).

Data dari World Health Organization (WHO) tahun 2016 menunjukkan pada tahun 2015 terdapat 23 juta atau sekitar 54% kematian yang disebabkan gagal jantung atau Congestive Heart Failure (CHF). Di Indonesia data dari Riskesdas tahun 2018 menunjukkan prevalensi gagal jantung sebanyak 1,5%. Berdasarkan hasil penelitian usia terbanyak penderita gagal jantung adalah para lanjut usia pada kelompok umur 60-70 tahun (50 %). Kemudian disusul oleh kelompok umur 50-59 tahun (37%),

kelompok umur 40-49 tahun (13%), dan yang paling sedikit adalah kelompok umur 30-39 tahun (Pangestu & Nusadewiarti, 2020).

Gagal jantung adalah suatu kondisi serius, penyebab gagal jantung dibagi berdasarkan kegagalan sisi dari dominan jantung. Pada sisi kiri yaitu disebabkan oleh penyakit jantung iskemik, penyakit jantung hipertensif, amiloidosis jantung, dan keadaan curah jantung yang tinggi (Lukitasari et al., 2021). Pada sisi kanan penyebabnya adalah gagal jantung sebelah kiri, stenosis katup pulmonal, hipertensi pulmonal, penyakit jantung kongenital, dan emboli pulmonal masif (Fiska et al., 2021).

Tanda dan gejala pada penyakit gagal jantung adalah sesak nafas, batuk, mudah lelah serta kegelisahan yang disebabkan oleh gangguan oksigenasi dan disfungsi ventrikel (Melani et al., 2022). Pada pasien gagal jantung sesak nafas disebabkan oleh ventrikel kiri yang tidak mampu memompa darah dari paru-paru yang akhirnya mengakibatkan peningkatan tekanan darah pada sirkulasi paru hingga cairan terdorong ke jaringan paru dan menyebabkan cairan menumpuk di paru-paru dan menurunkan pertukaran oksigen serta karbondioksida (Hidayatullah & Feriani, 2019). Jantung dan paru-paru merupakan bagian tubuh yang sangat berperan bagi manusia dalam kegiatan pertukaran oksigen dan karbondioksida dalam darah, sehingga apabila terjadi masalah pada kedua organ tersebut maka akan terdapat masalah pada sistem pernafasan yaitu sesak nafas atau biasa disebut dipsnea (Handayani, 2021).

Ginjal adalah organ tubuh yang berfungsi untuk melakukan pertahanan agar lingkungan dalam tubuh tetap stabil, dan karena fungsi sel dan kelangsungan hidup yang normal bergantung pada konsentrasi garam, asam, dan elektrolit lain di lingkungan cairan internal dipelihara dengan baik (Kurniasih, 2018). Kerusakan pada ginjal dapat menyebabkan gagal ginjal yang kronik. Gagal ginjal adalah kondisi dimana ginjal mengalami kegagalan fungsinya dalam rangka mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit akibat terjadinya destruksi pada struktur ginjal akibat penumpukan sisa metabolit dalam darah (Lilia & Supadmi, 2020).

Perhimpunan Nefrologi Indonesia (Pernefri) pada tahun 2018 menyebutkan penderita ginjal yang harus cuci darah meningkat 10% setiap tahunnya yang sebagian besar penyebabnya akibat rendahnya tingkat kesadaran masyarakat dalam menjaga kesehatan ginjalnya. Hal ini menunjukkan peningkatan angka pasien yang menjalani hemodialisa tahun 2017 berjumlah 77892 orang dan tahun 2018 berjumlah 132142 orang serta tahun 2019 sekitar 499 orang per satu juta penduduk (Varwati 2020).

Penyakit gagal ginjal disebabkan oleh penyakit lain seperti diabetes melitus, hipertensi tak terkontrol, glomerulonefritis kronis, obstruksi saluran kemih, pielonefritis, gangguan vaskuler, dan penyakit ginjal polikistik (Nasution et al., 2020). Penyakit gagal ginjal dapat menimbulkan beberapa komplikasi seperti penyakit kardiovaskuler yang salah satunya

adalah kegagalan pada sistem kardiovaskuler atau gagal jantung. Komplikasi ini tentunya sangat mempengaruhi angka mortalitas dan morbiditas yang berpengaruh pada kualitas hidup pasien (Blesinki et al., 2022).

Keluhan utama yang biasa dirasakan oleh pasien gagal ginjal kronik adalah sesak nafas, nafas tampak lebih cepat dan melebihi batas normal. Hal ini disebabkan oleh penumpukan cairan dalam jaringan paru dan menyebabkan kadar albumin dalam darah menurun (Triska Putranto, 2022). Sesak nafas atau dipsnea pada penderita gagal jantung dan gagal ginjal apabila tidak ditangani dengan cepat dapat menyebabkan masalah pernafasan yang lain seperti gagal nafas. Maka dari itu alangkah baiknya sesak nafas pada pasien gagal ginjal dan gagal jantung segera ditanganani (Albar et al., 2021). Intervensi keperawatan untuk memenuhi kebutuhan oksigenasi pasien bisa dilakukan dengan pemberian oksigen, memposisikan semi fowler, mempertahankan kepatenan jalan nafas, dan memonitor bunyi nafas (PPNI,2018) .

Pada kasus di lapangan, perawat bisa untuk berkolaborasi dengan keluarga pasien dalam memenuhi kebutuhan oksigenasi pada pasien CHF, AKI, dengan dipsnea dengan cara melakukan edukasi agar pasien tetap dalam posisi semi fowler, serta mengawasi kepatenan jalan nafas pasien. Hal ini dapat menambah keefektifan pada pemberian asuhan keperawatan pada pasien. Berdasarkan kasus diatas, penulis tertarik untuk mengangkat kasus tersebut dalam sebuah karya tulis ilmiah yang berjudul “ Asuhan

Keperawatan Gawat Darurat Kritis pada Ny. H dengan Dyspneu disertai CHF dan Tn. E dengan Dyspneu disertai AKI di ruang ICU RSUD Cengkareng tahun 2023”.

B. TUJUAN UMUM

Mendokumentasikan pelaksanaan asuhan keperawatan gawat darurat kritis pada pasien dengan diagnosa medis CHF, AKI, disertai dengan *dyspneu*.

C. TUJUAN KHUSUS

1. Melakukan pengkajian pada pasiendengan diagnosa medis CHF, AKI, disertai dengan *dyspneu*.
2. Menetapkan diagnosa keperawatan pada pasien diagnosa medis CHF, AKI, disertai dengan *dyspneu*.
3. Menentukan rencana keperawatan untuk pasien diagnosa medis CHF, AKI, disertai dengan *dyspneu*.
4. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien diagnosa medis CHF, AKI, disertai dengan *dyspneu*.
5. Melakukan evaluasi pada pasien diagnosa medis CHF, AKI, disertai dengan *dyspneu*

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. DYSPNEA

1. Pengertian

Dispnea adalah gejala pertama yang dirasakan pasien akibat terganggunya pertukaran oksigen dan karbon dioksida dalam alveoli yang berisi cairan. Dispnea akan semakin parah apabila melakukan aktivitas yang berat seperti naik tangga dan mengangkat beban yang berat (Puspasari, 2018)

Sedangkan pengertian dispnea menurut dispnea adalah gejala subjektif berupa keinginan penderita untuk meningkatkan upaya untuk mendapatkan udara pernapasan. Karena dispnea sifatnya subjektif sehingga dispnea tidak dapat diukur (Dewi, 2018)

Dispnea atau sesak napas adalah perasaan sulit bernapas ditandai dengan napas yang pendek dan penggunaan otot bantu pernapasan. Dispnea dapat ditemukan pada penyakit kardiovaskular, emboli paru, penyakit paru interstitial atau alveolar, gangguan dinding dada, penyakit obstruktif paru (emfisema, bronkitis, asma), kecemasan (Alpino Virgiawan & Septiawan, 2020).

2. Penyebab

Penyebab dispnea menurut (Kasron, 2019) adalah :

- a. Sistem kardiovaskuler : gagal jantung.

- b. Sistem pernapasan : PPOK, Penyakit parenkim paru, hipertensi pulmonal, faktor mekanik di luar paru (asites, obesitas, efusi pleura)
- c. Psikologis (kecemasan)
- d. Hematologi (anemia kronik)
- e. Otot pernafasan yang abnormal (penyakit otot, kelumpuhan otot).

3. Patofisiologi

Sesak napas merupakan keluhan subjektif dari seorang yang menderita penyakit paru. Keluhan ini mempunyai jangkauan yang luas, sesuai dengan interpretasi seseorang mengenai arti sesak napas tadi. Pada dasarnya, sesak napas baru akan timbul bila kebutuhan ventilasi dapat meningkat pada beberapa keadaan seperti aktivitas jasmani yang bertambah atau panas badan yang meningkat.

Patofisiologi sesak napas terbagi menjadi Oksigenasi jaringan menurun- Kebutuhan oksigenasi meningkat- Kerja Pernapasan Meningkat. Kejadian sesak napas tergantung dari tingkat keparahan dan sebabnya. Perasaan itu sendiri merupakan hasil dari kombinasi impuls ke otak dari saraf yang berakhir di paru – paru, tulang iga, otot dada atau diafragma, ditambah dengan persepsi dan interpretasi pasien. Pada beberapa kasus, sesak napas diperhebat karena kegelisahan memikirkan penyebabnya. Pasien mendeskripsikan dyspnea dengan berbagai cara, sesak napas yang tidak menyenangkan, merasa sulit untuk menggerakkan otot dada, merasa tercekik, atau rasa kejang di otot dada (Shianata et al., 2021)

4. Penatalaksanaan

- a. Penanganan Umum Dispnea menurut (Suharto, 2021) :
 - 1) Memposisikan pasien pada posisi setengah duduk atau berbaring dengan bantal yang tinggi.
 - 2) Diberikan oksigen sebanyak 2-4 liter per menit tergantung derajat sesaknya.
 - 3) Pengobatan selanjutnya diberikan sesuai dengan penyakit yang diderita.
- b. Terapi Non Farmako
 - 1) Olahraga teratur
 - 2) Menghindari alergen
 - 3) Terapi emosi
- c. Farmakologi
 - 1) Quick relief medicine
 - 2) Pengobatan yang digunakan untuk merelaksasi otot-otot saluran pernapasan, memudahkan pasien bernapas dan digunakan saat serangan datang. Contoh : bronkodilator
 - 3) Long relief medicine
 - 4) Pengobatan yang digunakan untuk menobati inflamasi pada sesak nafas, mengurangi odem dan mukus berlebih, memberikan kontrol untuk jangka waktu yang lama. Contoh : Kortikosteroid bentuk inhalasi

B. CONGESTIVE HEART FAILURE (CHF)

1. Pengertian

Congestive Heart Failure atau yang biasa disebut Gagal jantung adalah suatu keadaan fisiologis dimana ketika jantung tidak dapat memompa darah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik darah (Aritonang, 2019). Gagal jantung dapat diartikan sebagai kelainan pada struktur atau fungsi jantung yang menyebabkan kegagalan jantung dalam mendistribusikan oksigen ke seluruh tubuh (Fathoni & Hudiawati, 2022).

Gagal jantung merupakan ketidakmampuan jantung dalam memompa darah dalam jumlah yang cukup dalam memenuhi kebutuhan oksigen dalam jaringan sehingga menyebabkan penurunan metabolisme (Mugihartadi, 2020).

Gagal jantung adalah sindrome klinis (sekumpulan tanda dan gejala), ditandai oleh sesak napas dan fatigue (saat istirahat atau saat aktivitas) yang disebabkan oleh kelainan struktur atau fungsi jantung. Gagal jantung disebabkan oleh gangguan yang menghabiskan terjadinya pengurangan pengisian ventrikel (disfungsi diastolik) dan atau kontraktilitas miokardial (disfungsi sistolik)(Rahmatiana & Clara, 2019)

Dari beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa gagal jantung adalah ketidakadekuatan kinerja fungsional jantung memompa darah dalam proses penyaluran oksigen ke seluruh tubuh.

2. Etiologi

Secara umum menurut (D. P. T. Astuti et al., 2017) penyebab gagal jantung dikelompokkan sebagai berikut :

- a. Disfungsi miokard
- b. Beban tekanan berlebihan-pembebanan sistolik (sistolic overload).
 - 1) Volume : defek septum atrial, defek septum ventrikel, duktus arteriosus paten
 - 2) Tekanan : stenosis aorta, stenosis pulmonal, koarktasi aorta
 - 3) Disaritmia
- c. Beban volume berlebihan-pembebanan diastolik (diastolic overload)
- d. Peningkatan kebutuhan metabolik (demand overload)

Menurut eka putri dalam Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah, gagal jantung disebabkan dengan berbagai keadaan seperti :

- a. Kelainan otot jantung

Gagal jantung sering terjadi pada penderita kelainan otot jantung, disebabkan menurunnya kontraktilitas jantung. Kondisi yang mendasari penyebab kelainan fungsi otot jantung mencakup aterosklerosis koroner, hipertensi arterial dan penyakit degeneratif atau inflamasi misalnya kardiomiopati. Peradangan dan penyakit miocardium degeneratif, berhubungan dengan gagal jantung karena kondisi ini secara langsung merusak serabut jantung, menyebabkan kontraktilitas menurun .

- b. Aterosklerosis koroner

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

Sistemik atau pulmonal (peningkatan after load) Meningkatkan beban kerja jantung dan pada gilirannya mengakibatkan hipertrofi serabut otot jantung. Hipertensi dapat menyebabkan gagal jantung melalui beberapa mekanisme, termasuk hipertrofi ventrikel kiri. Hipertensi ventrikel kiri dikaitkan dengan disfungsi ventrikel kiri sistolik dan diastolik dan meningkatkan risiko terjadinya infark miokard, serta memudahkan untuk terjadinya aritmia baik itu aritmia atrial maupun aritmia ventrikel.

c. Penyakit jantung lain

Terjadi sebagai akibat penyakit jantung yang sebenarnya, yang secara langsung mempengaruhi jantung. Mekanisme biasanya terlibat mencakup gangguan aliran darah yang masuk jantung (stenosis katub semiluner), ketidakmampuan jantung untuk mengisi darah (tamponade, pericardium, perikarditis restriktif atau stenosis AV), peningkatan mendadak after load. Regurgitasi mitral dan aorta menyebabkan kelebihan beban volume (peningkatan preload) sedangkan stenosis aorta menyebabkan beban tekanan (after load)

d. Faktor sistemik

Terdapat sejumlah besar faktor yang berperan dalam perkembangan dan beratnya gagal jantung. Meningkatnya laju metabolisme (misal : demam, tirotoksikosis). Hipoksia dan anemia juga dapat menurunkan

suplai oksigen ke jantung. Asidosis respiratorik atau metabolik dan abnormalitas elektronik dapat menurunkan kontraktilitas jantung

3. Patofisiologi

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

Sebagai respon terhadap gagal jantung ada tiga mekanisme respon primer yaitu meningkatnya aktivitas adrenergik simpatis, meningkatnya beban awal akibat aktifitas neurohormon, dan hipertrofi ventrikel. Ketiga respon ini mencerminkan usaha untuk mempertahankan curah jantung. Mekanisme-mekanisme ini mungkin memadai untuk mempertahankan curah jantung pada tingkat normal atau hampir normal pada gagal jantung dini pada keadaan normal.

Mekanisme dasar dari gagal jantung adalah gangguan kontraktilitas jantung yang menyebabkan curah jantung lebih rendah dari curah jantung normal. Bila curah jantung berkurang, sistem saraf simpatis akan mempercepat frekuensi jantung untuk mempertahankan curah jantung. Bila mekanisme ini gagal, maka volume sekuncup yang harus menyesuaikan.

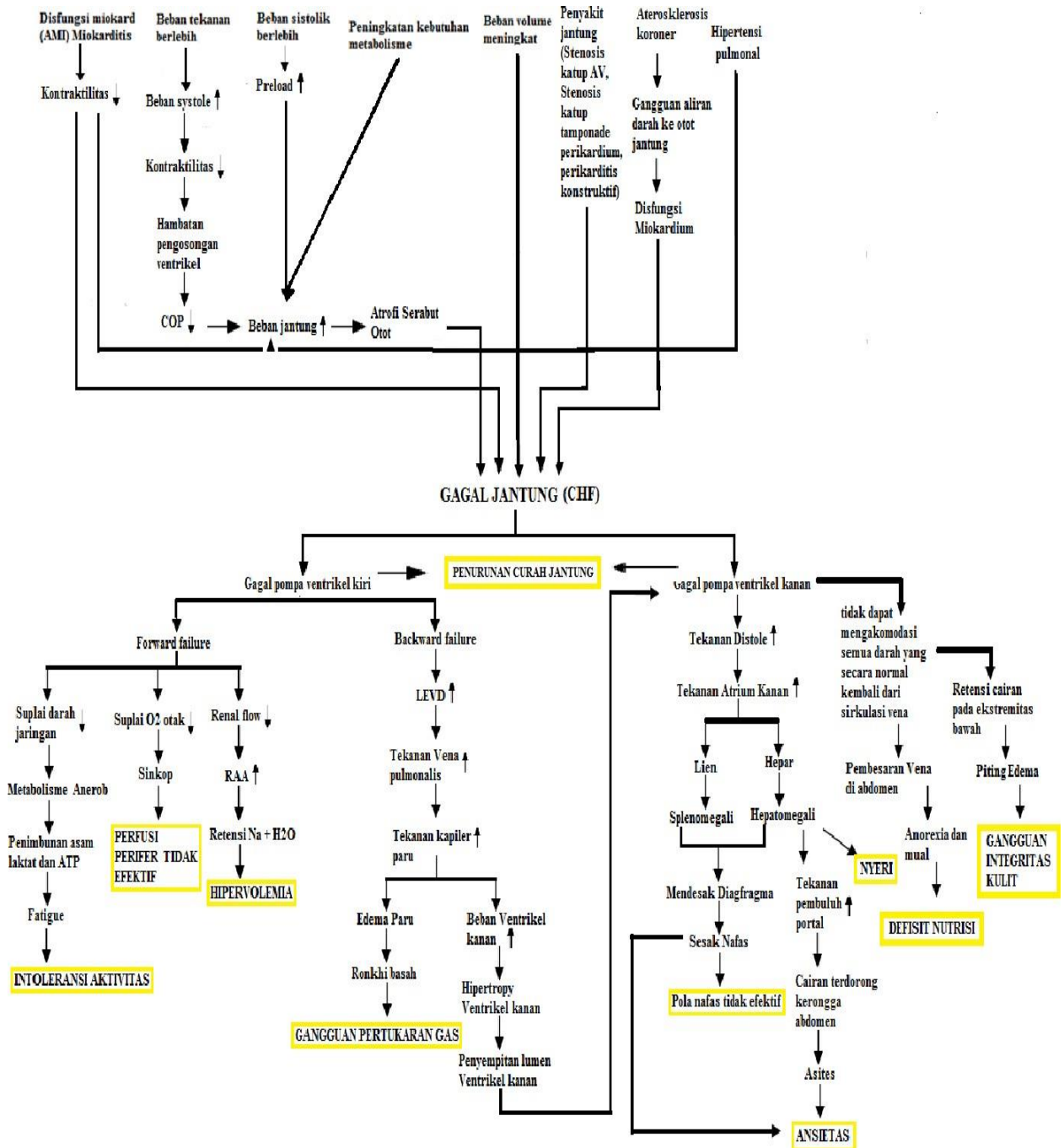
Volume sekuncup adalah jumlah darah yang dipompa pada setiap kontraksi, yang dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu preload (jumlah darah yang mengisi jantung), kontraktilitas (perubahan kekuatan kontraksi yang terjadi pada tingkat sel yang berhubungan dengan perubahan panjang serabut jantung dan kadar kalsium), dan afterload (besarnya tekanan ventrikel yang harus dihasilkan untuk memompa darah melawan perbedaan tekanan yang ditimbulkan oleh tekanan arteriol). Apabila salah satu komponen itu terganggu maka curah jantung akan menurun.

Kelainan fungsi otot jantung disebabkan karena aterosklerosis koroner, hipertensi arterial dan penyakit otot degeneratif atau inflamasi. Aterosklerosis koroner mengakibatkan disfungsi miokardium karena terganggu alirannya darah ke otot jantung. Terjadi hipoksia dan asidosis (akibat penumpukan asam laktat). Infark miokardium biasanya mendahului terjadinya gagal jantung. Hipertensi sistemik atau pulmonal (peningkatan afterload) meningkatkan beban kerja jantung pada gilirannya mengakibatkan hipertrofi serabut otot jantung. Efek (hipertrofi miokard) dapat dianggap sebagai mekanisme kompensasi karena akan meningkatkan kontraktilitas jantung.

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

sinonim dengan edema paru akut. Karena curah ventrikel berpasangan atau sinkron, maka kegagalan salah satu ventrikel dapat mengakibatkan penurunan perfusi jaringan (Susanti, 2021).

4. Pathway



5. Klasifikasi

Berdasarkan dua kategori klasifikasi gagal jantung dapat dijabarkan yaitu berdasarkan kelainan struktural jantung dan berdasarkan gejala yang berkaitan dengan kapasitas fungsional dari New York Heart Association (NYHA)

a. Berdasarkan kelainan struktural jantung (AHA)

- 1) Stadium A Memiliki risiko tinggi untuk berkembang menjadi gagal jantung. Tidak terdapat gangguan struktural atau fungsional jantung, dan juga tidak tampak tanda atau gejala.
- 2) Stadium B Telah terbentuk kelainan pada struktur jantung yang berhubungan dengan perkembangan gagal jantung tapi tidak terdapat tanda atau gejala.
- 3) Stadium C Gagal jantung yang simtomatik berhubungan dengan penyakit struktural jantung yang mendasari.
- 4) Stadium D Penyakit jantung struktural lanjut serta gejala gagal jantung yang sangat bermakna muncul saat istirahat walaupun sudah mendapat terapi farmakologi maksimal (refrakter) (Nirmalasari, 2017).

b. Berdasarkan kapasitas fungsional (NYHA)

- 1) Kelas I Tidak ada batasan aktivitas fisik. Aktivitas fisik sehari – hari tidak menimbulkan kelelahan, berdebar, atau sesak napas.

- 2) Kelas II Terdapat batasan aktivitas ringan. Tidak terdapat keluhan saat istirahat, namun aktivitas fisik sehari – hari menimbulkan kelelahan, berdebar, atau sesak napas.
- 3) Kelas III Terdapat batasan aktivitas yang bermakna. Tidak terdapat keluhan saat istirahat, namun aktivitas fisik ringan menyebabkan kelelahan, berdebar atau sesak napas.
- 4) Kelas IV Tidak dapat melakukan aktivitas fisik tanpa keluhan. Terdapat gejala saat istirahat. Keluhan meningkat saat melakukan aktivitas (Hasanah, 2019).

6. Manifestasi klinis

a. Gagal jantung kiri

Gejala :

- 1) Mudah kelelahan (non-spesifik)
- 2) Dispnea saat aktivitas
- 3) Paroxysmal Nocturnal Dyspnea (PND)
- 4) Orthopnea
- 5) Batuk
- 6) Nokturia
- 7) Kebingungan

Tanda – tanda :

- 1) S3 gallop (temuan yang paling penting)
- 2) Takikardi, takipnea
- 3) Tarif paru

4) Peningkatan tekanan vena jugularis

5) Desah

6) Efusi pleura

b. Gagal jantung kanan

Gejala :

1) Gampang kelelahan

2) Pembengkakan ekstremitas rendah

3) Cepat kenyang

4) Ketidaknyamanan kuadran kanan atas (karena pembesaran hati)

Tanda – tanda :

1) Peningkatan tekanan vena jugularis

2) Pembesaran hati

3) Asites

4) Edema ekstremitas bawah (Nurkhalis & Adista, 2020).

Sedangkan manifestasi klinis gagal jantung menurut (fathoni) sebagai berikut.

Gejala :

a. Tipikal

1) Sesak napas

2) Orthopnea

3) Paroxysmal Nocturnal Dyspnea (PND)

4) Toleransi aktivitas yang berkurang

5) Cepat lelah

6) Bengkak pada pergelangan kaki

b. Kurang tipikal

- 1) Batuk di malam hari atau dini hari
- 2) Mengi
- 3) Berat badan bertambah >2 kg/ minggu
- 4) Berat badan turun (gagal jantung stadium lanjut)
- 5) Kembung atau begah
- 6) Nafsu makan menurun
- 7) Perasaan bingung (terutama pasien usia lanjut)
- 8) Depresi
- 9) Berdebar
- 10) Pingsan

Tanda :

a. Spesifik

- 1) Peningkatan JVP
- 2) Refluks hepatojugular
- 3) Suara jantung S3 (gallop)
- 4) Apex jantung bergeser ke lateral
- 5) Murmur jantung

b. Kurang tipikal

- 1) Edema perifer
- 2) Krepitasi pulmonal
- 3) Suara perkak di basal paru pada saat perkusi

- 4) Takikardia
- 5) Nadi ireguler
- 6) Napas cepat
- 7) Hepatomegaly
- 8) Asites
- 9) Kaheksia

7. Pemeriksaan penunjang

- a. EKG (Elektrokardiogram) Pemeriksaan EKG harus dikerjakan pada semua pasien diduga gagal jantung. Pemeriksaan EKG dilakukan untuk dapat mengetahui apakah sudah ada tanda – tandanya. Dapat berupa serangan jantung terdahulu, penyempitan, atau serangan jantung yang baru terjadi, yang masing – masing memberikan gambaran yang berbeda. Dapat pula memberikan petunjuk tentang penyebab gagal jantung, misalnya gelombang Q pada infark miokard dan LVH pada stenosis aorta.
- b. Foto Rontgen Dada

Hal ini merupakan komponen penting dalam diagnosis gagal jantung. Dari foto rontgen, dokter dapat mengetahui ukuran jantung, ada atau tidaknya pembesaran. Dapat juga mendeteksi kardiomegali, kongesti paru, efusi pleura, dan dapat mendeteksi penyakit atau infeksi paru yang menyebabkan atau memperberat sesak napas.
- c. Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium rutin pada pasien diduga gagal jantung adalah darah perifer lengkap (hemoglobin, leukosit, trombosit), elektrolit, kreatinin, estimasi laju filtrasi glomerulus (Egfr), glukosa, tes fungsi hepar, dan urinalisa. Pemeriksaan tambahan lain dipertimbangkan sesuai gambaran klinis.

- Elektrolit : Mungkin berubah karena perpindahan cairan/penurunan fungsi ginjal terapi diuretik
- Oksimetriadi : Saturasi oksigen mungkin rendah terutama jika gagal jantung kongestif akut menjadi kronis.
- Analisa gas darah : Gagal ventrikel kiri ditandai dengan alkalosis respiratory ringan (dini) atau hipoksemia dengan peningkatan PCO₂ (akhir)
- Blood ureum nitrogen (BUN) dan kreatinin : Peningkatan BUN menunjukkan penurunan fungsi ginjal. Kenaikan baik BUN dan kreatinin merupakan indikasi
- Pemeriksaan tiroid : Peningkatan aktifitas tiroid menunjukkan hiperaktifitas tiroid sebagai pencetus gagal jantung

d. Treadmill

Alat ini berupa ban berjalan serupa dengan alat olahraga umumnya, namun dihubungkan dengan monitor dan alat rekam EKG. Prinsipnya adalah merekam aktifitas fisik jantung saat latihan. Dari hasil treadmill tidak menjamin 100 % karena sensitifitas alat ini hanya sekitar 84 %

pada pria dan 72 % pada wanita. Biasanya perlu pemeriksaan lanjut dengan melakukan kateterisasi jantung.

e. Kateterisasi Jantung

Pemeriksaan ini dilakukan dengan memasukkan kateter semacam selang sukuran ujung lidi. Selang dimasukkan langsung ke pembuluh nadi (arteri). Bisa melalui pangkal paha, lipatan lengan atau melalui pembuluh darah di lengan bawah. Pemeriksaan ini dilakukan untuk memeriksa adanya penyempitan atau penyumbatan pembuluh darah. Atas dasar hasil kateterisasi jantung ini akan dapat ditentukan penanganan lebih lanjut (Aritonang et al., 2020).

f. Ekokardiografi

Ekokardiografi mempunyai peran penting dalam mendiagnosis gagal jantung dengan fraksi ejeksi normal. Diagnosis harus memenuhi 3 kriteria :

- Terdapat tanda dan/ atau gejala gagal jantung
- Fungsi sistolik ventrikel kiri normal atau sedikit terganggu (fraksi ejeksi $> 45 - 50 \%$)
- Terdapat bukti disfungsi diastolic (relaksasi ventrikel kiri abnormal atau kekakuan diastolic).
- Peningkatan kadar peptide natriuterik (Y. E. Astuti et al., 2018).

8. Penatalaksanaan

a. Secara non farmakologis (tanpa obat)

1) Terapi oksigenasi

Meningkatkan oksigenasi dengan pemberian oksigen dan menurunkan konsumsi oksigen melalui istirahat dan pembatasan aktivitas. Sistem pemberian terapi oksigen dibagi menjadi dua yaitu sistem aliran rendah (low flow) dan sistem aliran tinggi (high flow).

a) Sistem aliran rendah

- Kateter nasal Kateter nasal mampu memberikan oksigen dengan aliran 1 – 3 liter/ menit dengan konsentrasi 24 – 32 %. Kedalaman kateter dari hidung sampai faring diukur dengan mengukur jarak antara telinga ke hidung.
- Kanul nasal Kanul nasal mampu memberikan aliran oksigen 1 – 6 liter/ menit dengan konsentrasi 22 – 44 %. Alat ini relatif nyaman digunakan karena memudahkan pasien untuk melakukan aktivitas seperti makan dan minum, serta konsentrasi oksigen tidak dipengaruhi oleh udara napas yang keluar dari mulut.
- Simple face mask Simple mask dapat mengalirkan oksigen dengan kecepatan 5 – 9 liter/ menit dan konsentrasi 40 – 60 %. Jenis ini dapat menghantarkan aliran oksigen dengan konsentrasi yang lebih tinggi dibandingkan kanul nasal.
- Sungkup muka dengan kantong rebreathing Aliran yang diberikan adalah 8 – 12 liter/ menit dengan konsentrasi 60 – 80 %. Udara inspirasi sebagian bercampur dengan udara ekspirasi 1/3 bagian volume ekspirasi masuk kantong, 2/3

bagian volume ekspirasi melewati lubang pada bagian samping.

- Sungkup muka dengan kantong non rebreathing Aliran yang diberikan adalah 8 – 12 liter/ menit dengan konsentrasi 80 – 100 %. Udara inspirasi tidak bercampur dengan udara ekspirasi dan tidak dipengaruhi oleh udara luar.

b) Sistem aliran tinggi

- Ventury mask Aliran oksigen yang diberikan adalah 3 – 8 liter/ menit sehingga menghasilkan konsentrasi 24 – 50 %. Jenis masker ini di desain untuk mengalirkan oksigen dengan konsentrasi yang akurat.
- Oxygen hood Alat ini mampu mengalirkan oksigen 10 – 12 liter/ menit. Alat ini lebih cocok digunakan pada bayi dengan cara menutupkannya pada kepala. Namun, alat ini mulai ditinggalkan penggunaannya .

2) Manajemen perawatan mandiri

Didefinisikan sebagai tindakan – tindakan yang bertujuan untuk menjaga stabilitas fisik, menghindari perilaku atau faktor yang memperburuk kondisi dan mendeteksi gejala awal perburukan gagal jantung. Manajemen perawatan mandiri dalam meningkatkan dan mempertahankan oksigenasi yaitu dapat berupa perilaku peningkatan kesehatan dan upaya pencegahan, pengaturan posisi fowler atau semi fowler, dan teknik batuk efektif .

3) Pemantauan berat badan mandiri

Pasien harus memantau berat badan rutin setiap hari, jika terdapat kenaikan berat badan > 2 kg dalam 3 hari, pasien harus menaikkan dosis diuretic atas pertimbangan dokter.

4) Asupan cairan

Restriksi cairan 900 ml – 1,2 liter/ hari (sesuai berat badan) dipertimbangkan terutama pada pasien gejala berat yang disertai hiponatremia.

5) Pengurangan berat badan

Pada pasien gagal jantung dengan obesitas perlu dipertimbangkan untuk melakukan pengurangan berat badan guna mencegah perburukan gagal jantung, mengurangi gejala, dan meningkatkan kualitas hidup.

6) Latihan fisik

Penelitian Hasanah (2019) menunjukkan bahwa pembatasan aktivitas fisik yang berlebihan akan menurunkan fungsi kardiovaskular. Latihan fisik yang sesuai akan memperbaiki kapasitas fungsional dan kualitas hidup pasien gagal jantung.

7) Manajemen diet Mengurangi jumlah garam (< 4 gr/ hari untuk menurunkan edema), rendah kolesterol, rendah lemak, dan asupan kalori adekuat

b. Secara farmakologis (dengan obat)

- 1) First line drugs (diuretic) Tujuan pemberian diuretic adalah untuk mengurangi afterload pada disfungsi sistolik dan mengurangi kongesti pulmonal pada disfungsi diastolic. Beberapa obat diuretic adalah thiazide diuretics 24 untuk CHF sedang, loop diuretic, metolazon (kombinasi dari loop diuretic untuk meningkatkan pengeluaran cairan), dan kaliumsparing diuretic.
- 2) Second line drugs (ACE inhibitor) Tujuan pemberian obat ini adalah untuk meningkatkan COP dan menurunkan kerja jantung. Beberapa obat nya adalah:
 - a) Digoxin Untuk meningkatkan kontraktilitas jantung. Obat ini tidak digunakan untuk kegagalan diastolic yang masanya dibutuhkan pengembangan ventrikel untuk relaksasi.
 - b) Hidralazin Untuk menurunkan afterload pada disfungsi sistolik
 - c) Isobarbide dinitrat Untuk mengurangi preload dan afterload, disfungsi sistolik, hindari vasodilator pada disfungsi sistolik.
 - d) Calsium channel blocker** Untuk kegagalan diastolic, meningkatkan relaksasi dan pengisian ventrikel tetapi tidak dianjurkan untuk CHF kronik (5) Beta blocker Obat ini sering dikontraindikasikan karena menekan respon miokard. Digunakan pada disfungsi diastolic untuk mengurangi HR, mencegah iskemi miokard, menurunkan TD, hipertrofi ventrikel kiri (Saroinsong et al., 2021)

KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN

A. Pengkajian

1. Identitas klien

Identitas klien yang perlu dikaji meliputi nama, jenis kelamin, tanggal lahir, nomor register, usia, agama, alamat, status perkawinan, pekerjaan, dan tanggal masuk rumah sakit (Hariyono, 2020).

2. Identitas penanggung jawab

Identitas penanggung jawab yang perlu dikaji meliputi nama, jenis kelamin, usia, pekerjaan, alamat, dan hubungan dengan klien.

3. Riwayat kesehatan

a) Keluhan Utama

Gejala yang menjadi keluhan utama pada pasien CHF adalah sesak napas. Ini bisa menyebabkan kelelahan, sesak napas (terutama malam hari saat berbaring) (Kusuma et al., 2021). Kaji adanya batuk, sputum, sesak napas, intoleransi aktivitas, dan perubahan pola napas.

b) Riwayat kesehatan sekarang

Keluhan yang muncul pada pasien CHF dengan masalah gangguan kebutuhan oksigen pada saat dikaji adalah adanya sesak napas yang akan mengganggu proses tidur, kesulitan makan karena sesak napas, sesak napas saat beraktivitas serta munculnya rasa cemas karena sesak napas.

c) Riwayat kesehatan dahulu

Pengkajian riwayat penyakit dahulu yang mendukung dengan mengkaji apakah ada riwayat penyakit jantung. Tanyakan mengenai obat – obat yang biasa diminum oleh klien pada masa lalu yang masih relevan.

d) Riwayat kesehatan keluarga

Perlu dikaji adanya riwayat keluarga yang memiliki penyakit keturunan seperti adanya riwayat jantung, hipertensi, DM, dan gagal ginjal, karena penyakit CHF ini merupakan salah satu penyakit keturunan (Hariyono, 2020).

Pengkajian data Menurut Fina et al. (2018), pengkajian dalam pemenuhan kebutuhan oksigenasi ada dua yaitu pengkajian primer dan pengkajian sekunder.

1. Pengkajian primer

Pada pengkajian primer yang dinilai adalah airway, breathing, circulation, disability, dan exposure (ABCDE).

a) Airway (A)

Airway atau jalan napas : gejala yang biasanya muncul pada pasien CHF yaitu batuk dengan atau tanpa sputum, pernapasan cuping hidung, penggunaan otot bantu pernapasan dan lain-lain. Yang perlu diperhatikan dalam pengkajian airway yaitu kaji kepatenan jalan napas pasien, terdapat suara tambahan ronkhi.

b) Breathing (B)

Pengkajian breathing pada pasien CHF yaitu dispnea saat aktivitas, tidur sambil duduk atau beberapa bantal, batuk produktif, suara napas crackles, wheezing, ronkhi maupun vesikuler.

c) Circulation (C)

Pengkajian circulation pada pasien CHF di dapatkan gejala yang mungkin muncul yaitu anemia, syok septic, bengkak pada kaki, asites. Di tandai dengan:

- TD : mungkin rendah (gagal pemompaan)
- Irama Jantung : Disritmia.
- Frekuensi jantung : Takikardia.
- Nadi apical : PMI (point maksimum impuls) mungkin menyebar dan merubah posisi secara inferior ke kiri.
- Bunyi jantung : S3 (gallop) adalah diagnostik, S4 dapat terjadi, S1 dan S2 mungkin melemah.
- Murmur sistolik dan diastolik.
- Warna : kebiruan, pucat abu-abu, sianotik.
- Punggung kuku pucat atau sianotik dengan pengisian kapiler lambat.
- Hepar : pembesaran atau dapat teraba.
- Bunyi napas : krekel, ronkhi.
- Edema : mungkin dependen, umum atau pitting khususnya pada ekstremitas.

d) Disability (D)

Yang perlu dikaji yaitu tingkat kesadaran, gerakan ekstremitas dan reaksi pupil. Penilaian tingkat kesadaran dapat dilakukan dengan skoring GCS (Glasgow Coma Scale) maupun dengan pengkajian AVPU. AVPU yaitu:

- A (alert) : kesadaran respon terhadap suara dan berorientasi pada ruang, waktu dan tempat.
- V (vocal) : pernyataan verbal pasien terhadap respon suara tetapi tidak berorientasi penuh pada orang, waktu dan tempat.
- P (pain) : pernyataan respon nyeri pada pasien yang tidak berespon terhadap suara tetapi pasien berespon dengan rangsang nyeri seperti tekanan pada tangan.
- U (unresponsive) : jika pasien tidak memberikan respon baik dengan rangsang suara maupun rangsang nyeri. 44

e) Exposure (E)

Pengkajian exposure dilakukan dengan membuka pakaian klien untuk mengetahui adanya jejas ataupun paparan bahan berbahaya pada tubuh klien.

Pengkajian Sekunder Tujuan dari pengkajian sekunder adalah untuk mengidentifikasi semua penyakit atau masalah yang berkaitan dengan keluhan pasien. Riwayat keperawatan SAMPLE :

1. S (Symptomp) yaitu gejala yang timbul seperti dispnea, orthopnea, batuk, PND, kelelahan, anoreksia, peningkatan JVP dan edema.

2. A (Allergies) yaitu menilai adanya alergi terhadap obat-obatan maupun makanan dan reaksi alergi yang muncul.
3. M (Medication) yaitu obat-obatan yang diminum seperti sedang menjalani pengobatan hipertensi, kencing manis, jantung, dosis, atau penyalahgunaan obat.
4. P (Past Medical History) yaitu pengkajian mengenai riwayat apakah pasien pernah mengalami gejala sesak napas yang sama.
5. L (Last Meal) yaitu mengkaji mengenai obat dan makanan yang baru saja dikonsumsi.
6. E (Event) yaitu mengkaji riwayat kegiatan yang menyebabkan gejala muncul

e) Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan umum

Kesadaran dan keadaan emosi, kenyamanan, distress, sikap dan tingkah laku pasien.

2) Tanda – tanda vital

- Tekanan darah Nilai normal : Nilai rata – rata sistolik : 110 – 140 mmHg Nilai rata – rata diastolik : 80 – 90 mmHg
- Nadi Nilai normal : Frekuensi = 60 - 100 x/menit Kaji adakah abnormalitas seperti bradikardi atau takikardi.
- Pernapasan Nilai normal : Frekuensi = 16 – 20 x/menit Pada pasien bisa ditemukan respirasi meningkat, dyspnea pada saat istirahat atau saat beraktivitas.

- Suhu Nilai normal : 36,5 – 37,5 °C Metabolisme menurun, suhu menurun.
- 3) Head To Toe Menurut Fina et al. (2018), pemeriksaan head to toe yang dilakukan pada pasien dengan CHF adalah
- Wajah dan leher : konjungtiva anemis, membran mukosa bibir sianosis, adanya pernapasan cuping hidung, adanya distensi/ bendungan pada leher.
 - Dada : retraksi otot bantu pernapasan (karena peningkatan aktivitas pernapasan, dispnea, atau obstruksi jalan napas), kaji kesimetrisan pergerakan dada kanan dan kiri, auskultasi suara napas, palpasi krepitasi tulang dan emfisema subcutan.
 - Abdomen : periksa kesimetrisan perut, adanya lesi atau tidak, periksa adanya massa, periksa adanya distensi abdomen, auskultasi bising usus.
 - Ekstremitas : kekuatan otot, adanya lesi, warna kulit, dan denyut nadi.
- 4) Pemeriksaan khusus jantung :
- Inspeksi : vena leher dengan JVP meningkat, letak ictus cordis (normal : ICS ke5)
 - Palpasi : PMI bergeser kekiri, inferior karena dilatasi atau hipertrofi ventrikel

- Perkusi : batas jantung normal pada orang dewasa Kanan atas : SIC II Linea Para Sternalis Dextra Kanan bawah : SIC IV Linea Para Sternalis Dextra Kiri atas : SIC II Linea Para Sternalis sinistra Kiri bawah : SIC IV Linea Medio Clavicularis Sinistra
 - Auskulatsi : bunyi jantung I dan II BJ I : terjadi karena getaran menutupnya katup atrioventrikular, yang terjadi pada saat kontraksi isimetris dari bilik pada permulaan systole BJ II : terjadi akibat getaran menutupnya katup aorta dan arteri pulmonalis pada dinding toraks. Ini terjadi kira-kira pada permulaan diastole. (BJ II normal selalu lebih lemah daripada BJ I)
- f) Pemeriksaan Penunjang Menurut Triyani (2018), pemeriksaan penunjang yang diperlukan untuk pasien CHF meliputi :
- 1) EKG (Elektrokardiogram) Pada klien dengan CHF dapat ditemukan kelainan seperti kelainan ST - T menunjukkan disfungsi ventrikel kiri, hipertrofi ventrikel kiri dan gelombang T menunjukkan penyakit jantung hipertensi.
 - 2) Oksimetri Pengukuran saturasi oksigen kapiler dapat dilakukan dengan menggunakan oksimetri. Saturasi oksigen adalah presentase hemoglobin yang disaturasi oksigen.

- 3) Pemeriksaan darah lengkap Hitung darah lengkap menentukan jumlah dan tipe sel darah merah dan sel darah putih per mm³ darah.
- 4) X-Ray thoraks Foto sinar-X dada dapat menunjukkan adanya kardiomegali yang menegaskan diagnosis CHF (Hariyono, 2020).

B. Diagnosa keperawatan

1. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler
2. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas
3. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan preload/afterload/kontraktilitas
4. Nyeri akut berhubungan dengan pencedera fisiologis
5. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi
6. Perfusi ferifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran arteri dan vena
7. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan
8. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi
9. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan
10. Resiko gangguan integritas kulit berhubungan dengan kelebihan volme cairan

C. Intervensi keperawatan

Tabel II-1

Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan kriteria hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
Gangguan pertukaran gas b.d perubahan membran alveolus-kapiler	<p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pertukaran gas meningkat.</p> <p>Kriterian hasil :</p> <p>(Pertukaran gas L.01003)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dipsnea menurun 2. bunyi nafas tambahan menurun 3. pola nafas membaik 4. PCO₂ dan O₂ membaik 	<p>(Pemantauan Respirasi I.01014)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor frekuensi irama, kedalaman dan upaya nafas 2. Monitor polanafas 3. Monitor kemampuan batuk efektif 4. Monitor nilai AGD 5. Monitor saturasi oksigen 6. Auskultasi bunyinafas 7. Dokumentasikan hasil pemantauan 8. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 9. Informasikan hasil pemantauan, <i>jika perlu</i> 10. Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktifitas dan/atautidur

<p>Pola nafas tidak efektif b.d hambatan upaya nafas (mis: nyeri saat bernafas)</p>	<p>Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pola nafas membaik. Kriteria hasil : (pola nafas L.01004)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi nafas dalam rentang normal 2. Tidak ada penggunaan otot bantu pernafasan 3. Pasien tidak menunjukkan tanda dispnea 	<p>(Manajemen jalan nafas I.01011)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas) 2. Monitor bunyi nafas tambahan (mis: gagling, mengi, Wheezing, ronchi) 3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) 4. Posisikan semi fowler atau fowler 5. Ajarkan teknik batuk efektif 6. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu
<p>Penurunan curah jantung b.d perubahan preload / perubahan afterload / perubahan kontraktilitas</p>	<p>Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan curah jantung meningkat. Kriteria hasil : (curah jantung L.02008)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tanda vital dalam rentang normal 2. Kekuatan nadi perifer meningkat 	<p>(Perawatan jantung I.02075)</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 intake dan output cairan

	<p>3. Tidak ada edema</p>	<p>4. Monitor keluhan nyeri dada</p> <p>5. Berikan terapi terapi relaksasi untuk mengurangi stres, jika perlu 3</p> <p>6. Anjurkan beraktifitas fisik sesuai toleransi</p> <p>7. Anjurkan beraktifitas fisik secara bertahap</p> <p>8. Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu</p>
<p>Nyeri akut b.d gen penera fisiologis (Mis: Iskemia)</p>	<p>Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun. Kriteria hasil : Tingkat nyeri (L.08066)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan nyeri berkurang dari skala 7 menjadi 2 2. Pasien menunjukkan ekspresi wajah tenang 3. Pasien dapat beristirahat dengan nyaman 	<p>(Manajemen nyeri I.08238)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik nyeri, durasi, frekuensi, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Berikan terapi non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 5. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)

		<ol style="list-style-type: none"> 6. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 7. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri 8. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi	<p>Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan keseimbangan cairan meningkat.</p> <p>Kriteria hasil : (keseimbangan cairan L. 03020)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tererbebas dari edema 2. Haluaran urin meningkat 3. Mampu mengontrol asupan cairan 	<p>(Manajemen hipervolemia I.03114)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis: ortopnes,dipsnea,edema, JVP/CVP meningkat,suara nafas tambahan) 2. Monitor intake dan output cairan 3. Monitor efek samping diuretik (mis : hipotensi ortostatik, hipovolemia, hipokalemia, hiponatremia) 4. Batasi asupan cairan dan garam 5. Anjurkan melapor haluaran urin

<p>.Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan aliran arteri dan/atau vena</p>	<p>Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perfusi perifer meningkat. Kriteria hasil : perfusi perifer (L.02011)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nadi perifer teraba kuat 2. Akral teraba hangat 3. Warna kulit tidak pucat 	<p>(Perawatan sirkulasi I.02079)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa sirkulasi perifer(mis:nadi perifer,edema,pengisian kapiler, warna,suhu) 2. Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi 3. Lakukan hidrasi 4. Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolestrol, jika perlu 5. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur 6. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan.
<p>Intoleransi aktifitas b.d kelemahan</p>	<p>Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan toleransi aktifitas meningkat. Kriteria hasil : Toleransi aktivitas (L.05047)</p>	<p>(Manajemen energi I.050178)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kelelahan fisik dan emosional 2. Monitor pola dan jam tidur 3. Sediakan lingkungan yang nyaman dan

	<ol style="list-style-type: none"> 1. kemampuan melakukan aktifitas sehari-hari meningkat 2. Pasien Mampu berpindah dengan atau tanpa bantuan 3. Pasien mengatakan dispnea saat dan/atau setelah aktifitas menurun 	<p>rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan)</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Berikan aktifitas distraksi yang menenangkan 5. Anjurkan tirah baring 6. Anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap 7. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
Ansietas b.d kurang terpapar informasi	<p>Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat ansietas menurun.</p> <p>Kriteria hasil : (Tingkat ansietas L.09093)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan telah memahami penyakitnya 2. Pasien tampak tenang 3. Pasien dapat beristirahat dengan nyaman 	<p>Terapi reduksi L.09314)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah 2. Pahami situasi yang membuat ansietas 3. Dengarkan dengan penuh perhatian 4. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 5. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis

		<p>6. Anjurkan keluarga untuk tetap menemani pasien, jika perlu</p> <p>7. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</p>
<p>Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan mencerna makanan, faktor psikologis (mis:stress,keengganan untuk makan)</p>	<p>Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status nutrisi membaik.</p> <p>Kriteria hasil : (status nutrisi L.03030)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat 2. Perasaan cepat kenyang menurun 3. Nafsu makan membaik 	<p>(Manajemen gangguan makan I.03111)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor asupan dan keluarnya makanan dan cairan serta kebutuhan kalori 2. Timbang berat badan secara rutin 3. Anjurkan membuat catatan harian tentang perasaan dan situasi pemicu pengeluaran makanan (mis:pengeluaran yang disengaja, muntah, aktivitas berlebihan) 4. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang target berat badan, kebutuhan kalori dan pilihan makanan
<p>Resiko gangguan</p>	<p>Tujuan :</p>	<p>(Edukasi Edema I.12370)</p>

<p>integritas kulit d.d kelebihan volume cairan</p>	<p>setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat.</p> <p>Kriteria hasil : (integritas kulit dan jaringan L.14125)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Resiko kerusakan jaringan integritas kulit meningkat 2. Tidak ada tanda kemerahan 3. Tidak ada keluhan nyeri pada daerah edema 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kemampuan pasien dan keluarga menerima informasi 2. Persiapkan materi dan media edukasi (mis: formulir balance cairan) 3. Berikan kesempatan pasien dan keluarga bertanya 4. Jelaskan tentang defenisi, tanda, dan gejala edema 5. Jelaskan cara penanganan dan pencegahan edema 6. Intruksikan pasien dan keluarga untuk menjelaskan kembali definisi, penyebab, gejala dan tanda, penanganan dan pencegahan edema.
---	--	---

D. Implementasi keperawatan

Implementasi merupakan tahap ke empat dari proses keperawatan yang dimulai setelah perawat menyusun rencana keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi kestatus kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan pasien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Zalukhu, 2020)

E. Evaluasi

Evaluasi merupakan langkah akhir dari proses keperawatan. Evaluasi adalah kegiatan yang disengaja dan terus menerus dengan melibatkan pasien, perawat dan anggota tim kesehatan lainnya.

Menurut (Pasaribu, 2020) Tahap evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan pasien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan lainnya

C. Acute Kidney Injury (AKI)

1. Pengertian

Gangguan ginjal akut (GGA) atau Acute kidney injury (AKI) yang sebelumnya dikenal dengan ARF adalah penurunan fungsi ginjal yang ditandai dengan peningkatan kadar kreatinin serum dibanding dengan kadar sebelumnya atau penurunan urine output (UO) (Choiroh & Yuniaswan, 2022)

Acute kidney injury (AKI) adalah penurunan cepat (dalam jam hingga minggu) laju filtrasi glomerulus (LFG) yang umumnya berlangsung reversible, diikuti kegagalan ginjal untuk mengekskresi sisa metabolisme nitrogen dengan / tanpa gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit (Rismayanti & Kep, 2023).

Gagal ginjal akut adalah kemunduran yang cepat dari kemampuan ginjal dalam membersihkan darah dari bahan-bahan racun, yang menyebabkan penimbunan limbah metabolik didalam darah (misalnya urea). Gagal ginjal akut merupakan suatu keadaan klinis yang ditandai dengan penurunan fungsi ginjal secara mendadak dengan akibat terjadinya peningkatan hasil metabolik (Nur et al., 2018).

2. Etiologi

Etiologi AKI di bagi menjadi 3 kelompok utama berdasarkan patogenesis AKI menurut (Novianty, 2021) yakni

- a. penyakit yang menyebabkan hipoperfusi ginjal tanpa menyebabkan gangguan pada parenkim ginjal.

- b. Penyakit yang secara langsung menyebabkan gangguan pada parenkim ginjal
- c. Penyakit dengan obstruksi saluran kemih

Kondisi klinis yang dapat menyebabkan terjadinya GGA dapat dipengaruhi oleh ginjal sendiri dan oleh faktor luar.

a. Penyakit dari ginjal

- 1) Glomerulosis
- 2) Pyelonefritis
- 3) Ureteritis.
- 4) Nefrolitiasis
- 5) Polcystis kidney
- 6) Trauma langsung pada ginjal.
- 7) Keganasan pada ginjal.
- 8) Adanya sumbatan di dalam ginjal seperti batu, tumor, penyempitan/striktur.

b. Penyakit Umum di luar ginjal

- 1) Penyakit sistemik seperti diabetes melitus, hipertensi, kolestrol tinggi.
- 2) Dysplidemia
- 3) SLE
- 4) Penyakit infeksi seperti TBC paru, sifilis, malaria, hepatitis,
- 5) Preklamsi,
- 6) Obat-obatan

7) Kehilangan banyak cairan yang mendadak (luka bakar)

3. Patofisiologi

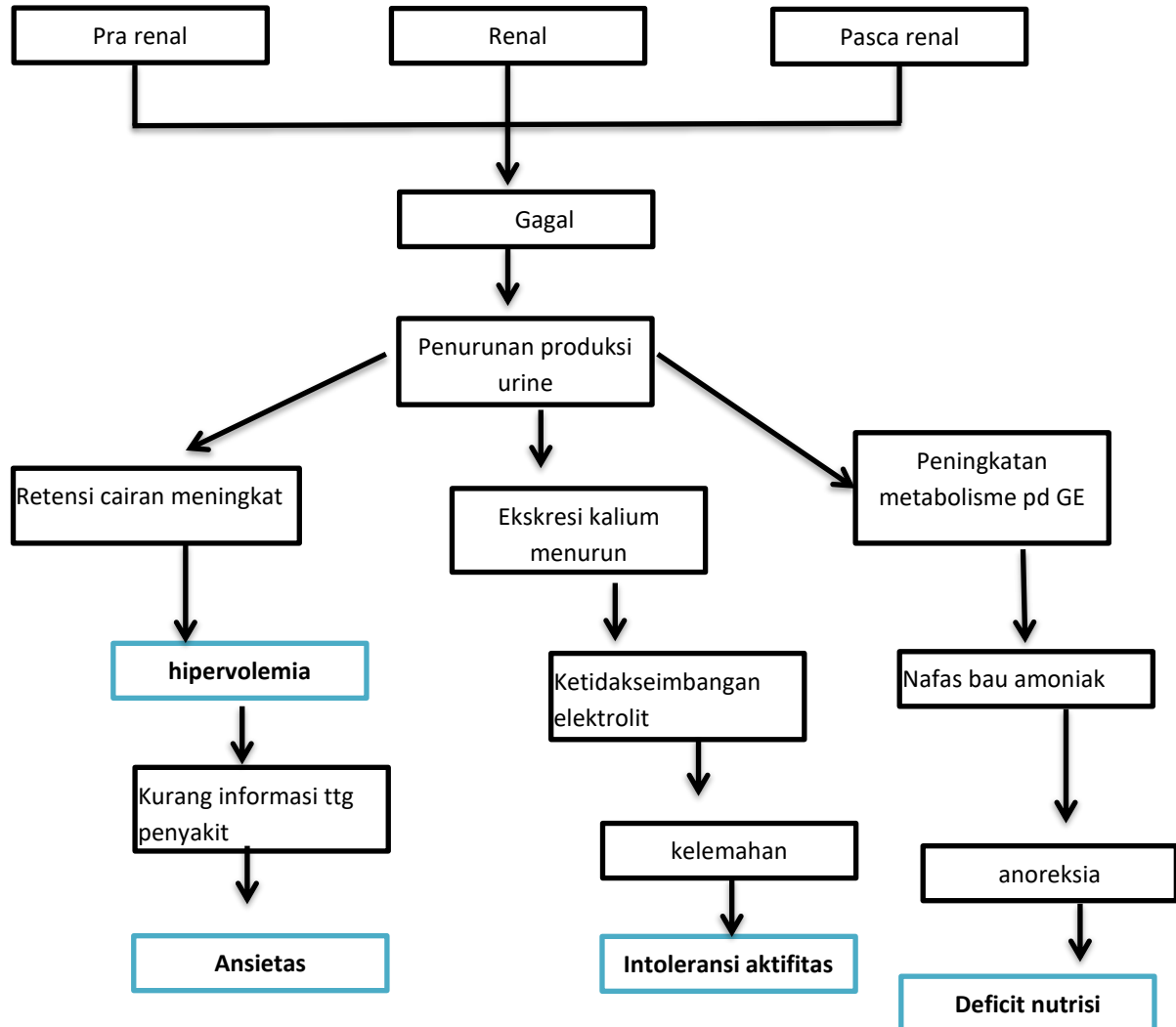
Ginjal berperan penting dalam regulasi tekanan darah berkat efeknya pada keseimbangan natrium, suatu penentu utama tekanan darah. Konsentrasi natrium didalam tubuh dalam menilai tekanan darah. Melalui kerja dua sensor, baik kadar natrium yang rendah atau tekanan perfusi yang rendah berfungsi sebagai stimulasi untuk pelepasan renin.

Renin yaitu suatu protease yang meningkatkan tekanan darah dengan memicu vasokonstriksi secara langsung dan dengan merangsang sekresi aldosteron sehingga terjadi retensi natrium dan air. Semua efek ini menambah cairan ekstrasel utuh kehilangan fungsi ginjal normal akibat dari penurunan jumlah nefroen yang berfungsi dengan tepat. Bila jumlah nefron berkurang sampai jumlah yang tidak adekuat untuk mempertahankan keseimbangan homeostatis, terjadi akibat gangguan fisiologis.

Gagal ginjal melakukan fungsi metaboliknya dan untuk membersihkan toksin dari darah selain itu gagal ginjal akut disebabkan dengan berbagai macam keadaan seperti gangguan pada pulmoner yaitu nafas dangkal, kussmaul, dan batuk dengan sputum. Gangguan cairan elektrolit dan keseimbangan asam dan basa. Gangguan pada kardiovaskuler seperti hipertensi, nyeri dada, gangguan irama jantung dan edema. Edema merupakan tanda dan gejala yang umum pada kelebihan volume cairan. Edema merujuk kepada penimbunan cairan di jaringan subkutis dan menandakan ketidak seimbangan gaya-gaya starling (kenaikan tekanan

intravaskuler atau penurunan tekanan intravaskuler) yang menyebabkan cairan merembes ke dalam ruang interstisial. Edema akan terjadi pada keadaan hipoproteinemia dan gagal ginjal yang parah(Sulistyaningsih, 2023)

4. Pathway



5. Klasifikasi

a. Stadium I

Tahap stadium ini adalah tahap yang paling ringan, dimana kondisi ginjal masih baik karena disini hanya terjadi penurunan tahap ginjal. Yaitu tahap dimana kreatinin serum dan kadar BUN atau Blood Urea Nitrogen dalam batas normal. Gangguan fungsi ginjal pada tahap ini hanya akan diketahui ketika ginjal diberikan beban kerja yang berat, seperti tes pemekatan kemih yang lama dengan melaksanakan test GFR yang teliti.

b. Stadium II

Tahap stadium dua disebut dengan tahap influens ginjal, karena pada tahap ini terjadi kerusakan jaringan pada fungsi ginjal lebih dari 75% jaringan. Di tahap ini pasien akan mengalami tanda gejala nokturia dan poliuria, dengan perbandingan jumlah kemih siang hari dan malam hari adalah 3:1 atau 4:1 serta bersihan kreatinin 10-30 ml/menit. Faal ginjal akan sangat menurun dan menimbulkan gejala-gejala anemia, tekanan darah naik, dan aktivitas penderita akan terganggu.

c. Stadium III

Tahap stadium tiga adalah gagal ginjal tahap akhir, hal ini dikarenakan 90% dari massa nefron sudah hancur atau hanya sekitar 200.000 nefron yang masih utuh. Pada tahap ini penderita mulai merasakan gejala yang cukup parah, karena ginjal tidak lagi sanggup mempertahankan homeostatis cairan dan elektrolit dalam tubuh. Pasien akan mengalami

oliguri atau pengeluaran kemih kurang dari 500/hari karena kegagalan glomerulus meskipun proses penyakit menyerang tubulus ginjal (Irawan et al., 2018).

6. Manifestasi klinis

- a. Kardiovaskular::Darah tinggi, perubahan elektro kardiografi (EKG), perikarditis, efusi perikardium, dan tamponade perikardium.
- b. Gastrointestinal : Biasanya terdapat ulserasi pada saluran pencernaan dan pendarahan.
- c. Respirasi : Edema paru, efusi pleura, dan pleuritis. 4)Neuromuskular : Kelemahan , gangguan tidur, sakit kepala, letargi, gangguan muskular, neuropati perifer, bingung, dan koma.
- d. Metabolik/Endokrin: Inti glukosa, hiperlipidemia, gangguan hormon seks menyebabkan penurunan libido, impoten.
- e. Muskuloskeletal : Kram otot, kehilangan kekuatan otot, fraktur tulang.
- f. Integumen : Warna kulit abu-abu, mengilat, pruritis, kulit kering bersisik, ekimosis, kuku tipis dan rapuh, rambut tipis dan kasar(Suwitra, n.d.)

7. Pemeriksaan penunjang

- a. Kreatinin dan BUN serum keduanya tinggi karena beratnya gagal ginjal.
- b. Klirens kreatinin menunjukkan penyakit ginjal tahap akhir bila berkurang s/d 90%.
- c. Elektrolit serum menunjukkan peningkatan kalium, fosfor, kalsium, magnesium dan produk fosfor- kalsium dengan natrium serum rendah.

- d. Gas darah arter (GDA) menunjukkan asidosis metabolic (nilai PH, kadebikarbonat dan kelebihan basa dibawah rentangnormal).
- e. HB dan hematokrit dibawah rentangnormal.
- f. Jumlah sel darah merah dibawah rentangnormal.
- g. Kadar alkalin fosfat mungkin tinggi bila metabolisme tulang dipengaruhi (EngranBalbarra) (Susianti, 2019).

8. Penatalaksanaan

Penyakit gagal ginjal merupakan penyakit yang tidak bisa disembuhkan. Namun terdapat beberapa cara untuk mengobati gagal ginjal yang secara khusus bertujuan untuk mengurangi resiko munculnya penyakit lain yang berpotensi menambah masalah bagi pasien. Beberapa pengobatan menurut (Suwitra, n.d.) yaitu :

a. Menjaga Tekanan Darah

Dengan menjaga tekanan darah maka dapat mengontrol kerusakan ginjal, karena tekanan darah sendiri dapat mempercepat kerusakan tersebut. Obat penghambat ACE merupakan obat yang mampu memberi perlindungan tambahan pada ginjal dan mengurangi tekanan darah dalam tubuh dan aliran pembuluh darah.

b. Perubahan Gaya Hidup

Hal yang bisa dilakukan ialah dengan merubah gaya hidup seperti mengurangi konsumsi garam, menurunkan berat badan diutamakan bagi penderita obesitas

c. Obat-obatan

Obat-obatan seperti antihipertensi, suplemen besi, agen pengikat fosfat, suplemen kalsium, furosemid (membantu berkemih), transfusi darah.

d. Intake cairan dan makanan

Yaitu dengan cara minum air yang cukup dan pengaturan diet rendah protein memperlambat perkembangan gagal ginjal.

e. Hemodialisis

Yaitu terapi pengganti ginjal yang berfungsi mengeluarkan sisa-sisa metabolisme atau racun dari peredaran darah manusia seperti air, natrium, kalium, hydrogen, urea, kreatinin, asam urat, dan zat-zat lain melalui membran semi permeable sebagai pemisah darah dan cairan dialisat pada ginjal.

KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN

A. Pengkajian

1. Identitas klien

Identitas klien yang perlu dikaji meliputi nama, jenis kelamin, tanggal lahir, nomor register, usia, agama, alamat, status perkawinan, pekerjaan, dan tanggal masuk rumah sakit (Dewi, 2018).

2. Identitas penanggung jawab

Identitas penanggung jawab yang perlu dikaji meliputi nama, jenis kelamin, usia, pekerjaan, alamat, dan hubungan dengan klien.

3. Riwayat kesehatan

a. Keluhan utama

Biasanya pasien dengan diagnose gagal ginjal akut sering terasa sesak, mual, muntah.

b. Riwayat Penyakit Sekarang Biasanya pasien mengeluh badan terasa lemah, kencing terasa sesak, mual dan muntah dan penambahan BB, nyeri tekan pada abdomen, anoreksia dan lemah.

c. Riwayat Penyakit Dahulu Menanyakan pasien apakah pernah merasakan penyakit gagal ginjal akut sebelumnya.

d. Riwayat Penyakit Keluarga Menanyakan kepada keluarga apakah keluarga pasien pernah mengalami penyakit yang sama dengan penyakit yang dialami pasien

4. Pola kebiasaan sehari-hari

- a. Pola Nutrisi Biasanya pasien tidak mampu makan karena pasien mual dan muntah pasien hanya mampu menghabiskan 3 sendok makan dari porsi yang disediakan dan pasien minum 2 gelas / hari.
- b. Pola Istirahat Biasanya pasien tidak dapat tidur dengan tenang dan hanya tidur 4-5 jam/hari.
- c. Pola Eliminasi Biasanya BAB 2 hari satu kali dengan konsistensi padat dan untuk BAK dengan urine warna kuning pekat agak kental.
- d. Pola Aktifitas Biasanya aktivitas pasien dibantu keluarga karena pasien lemah
- e. Personal Hygine Biasanya personal hygiene pasien dibantu keluarga karena k/u pasien lemah (Dewi, 2018).

5. Pemeriksaan Fisik

- a. Inspeksi
 - Edema pada kedua tungkai.
 - Pasien terlihat lemah terbaring ditempat tidur.
- b. Palpasi
 - Nyeri tekan pad abdomen bagian bawah.
- c. Perkusi Perut kembung.
- d. Auskultasi
 - Peristaltik usus terdengar sedikit lemah.

6. Pemeriksaan Penunjang

- a. Kreatinin dan BUN serum keduanya tinggi karena beratnya gagal ginjal.
- b. Klirens kreatinin menunjukkan penyakit ginjal tahap akhir bila berkurang s/d 90%.
- c. Elektrolit serum menunjukkan peningkatan kalium, fosfor, kalsium, magnesium dan produk fosfor- kalsium dengan natrium serum rendah (Dewi, 2018).

B. Diganosa Keperawatan

1. Hipervolemia berhubungan dengan kerusakan fungsi ginjal
2. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan
3. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional
4. Deficit nutrisi berhubungan dengan mual muntah

C. Intervensi Keperawatan

Diagnosa keperawatan (SDKI)	Tujuan dan kriteria hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
Hipervolima berhubungan dengan kerusakan fungsi ginjal	<p>Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan keseimbangan cairan meningkat.</p> <p>Kriterian hasil : (keseimbangan cairan L.03020)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tererbebas dari edema 2. Haluaran urin meningkat 3. Mampu mengontrol asupan cairan 	<p>(Manajemen hipervolemia I.03114)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis: ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat, suara nafas tambahan) 2. Monitor intake dan output cairan 3. Monitor efek samping diuretik (mis : hipotensi ortostatik, hipovolemia, hipokalemia, hiponatremia) 4. Batasi asupan cairan dan garam 5. Anjurkan melapor haluaran urin
Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan intoleransi aktivitas dapat teratasi dengan kriteria hasil</p> <p>Toleransi aktivitas (L.05047) :</p>	<p>Manajemen energi (I.05178)</p> <p>Tindakan :</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan

	<ul style="list-style-type: none"> • Keluhan lelah menurun • Perasaan lemah menurun • Kekuatan otot bagian atas dan bawah dari skala 1 (meningkat) menjadi skala 5 (menurun). 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Monitor pola dan jam tidur 3. Monitor kelelahan fisik dan emosional <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus 6. Lakukan latihan rentang gerak pasif/aktif 7. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan 8. Fasilitasi duduk ditempat tidur <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan tirah baring 2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap <p>Kolaborasi :</p> <p>Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</p>
Ansietas berhubungan dengan krisis situasional	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat ansietas menurun. Dengan kriteria hasil :	<p>Reduksi ansietas (I.09314)</p> <p>Tindakan :</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis.

	<p>tingkat Ansietas (L.09093):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verbalisas kebingungan menurun (skala 5) • Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun (skala 5) • Perilaku gelisah menurun (skala 5) Perilaku tegang menurun (skala 5) • Konsentrasi membaik • Pola tidur membaik • Pola perkemihan membaik (skala 5) • Frekuensi tekanan darah menurun (skala 5) • Frekuensi nadi menurun (skala 5) • Frekuensi pernapasan menurun (skala 5) • Kontak mata membaik (skala 5) 	<p>Kondisi, waktu, stressor).</p> <p>2. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal).</p> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan. 2. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan. 3. Pahami situasi yang membuat ansietas dengarkan dengan penuh perhatian. 4. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan. 5. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan. 6. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan. <p>Edukasi :</p>
--	---	--

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami. 2. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis. 3. Anjurkan keluarga untuk bersama pasien, jika perlu. 4. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi. 5. Latih teknik relaksasi. <p>Kolaborasi : Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu</p>
Defisit nutrisi berhubungan dengan mual muntah	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x kunjungan, maka status nutrisimeningkat dengan kriteria hasil:</p> <p>Status nutrisi (L.03030)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berat badan cukupmeningkat • Elminasi fekal meningkat • Fungsi 	<p>Manajemen Nutrisi (I.03119)</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala aspirasi 2. Monitor gerakan lidah saat makan 3. Monitor tanda kelelahan saat makan, minum dan menelan <p>Terapeutik :</p>

	<p>gastrointestinal meningkat</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nafsu makan meningkat • Status menelan meningkat • Tingkat depresi menurun • Tingkat nyeri menurun 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan lingkungan yang nyaman 2. Jaga privasi pasien 3. Gunakan alat bantu, <i>jika perlu</i> 4. Hindari penggunaan sedotan 5. Posisikan duduk 6. Berikan permen <i>lollipop</i> untuk meningkatkan kekuatan lidah 4. Fasilitasi meletakkan makanan dibelakang mulut Berikan perawatan mulut, sesuai kebutuhan <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Informasikan manfaat terapi menelan kepada pasien dan keluarga 2. Anjurkan membuka dan menutup mulut saat memberikan makanan 3. Anjurkan tidak bicara saat makan <p>Kolaborasi :</p> <p>Kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain dalam memberikan terapi (mis. terapis</p>
--	---	--

		okupasi, ahli patologi bicara, dan ahli gizi) dalam mengatur program rehabilitasi pasien.
--	--	---

D. Implementasi keperawatan

Implementasi merupakan tahap ke empat dari proses keperawatan yang dimulai setelah perawat menyusun rencana keperawatan (Potter & Perry, 2010).

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi kestatus kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan pasien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Dinarti & Muryanti, 2017

E. Evaluasi

Evaluasi merupakan langkah akhir dari proses keperawatan. Evaluasi adalah kegiatan yang disengaja dan terus menerus dengan melibatkan pasien, perawat dan anggota tim kesehatan lainnya (Padila, 2012).

Menurut Setiadi (2012) dalam buku Konsep & penulisan Asuhan Keperawatan, Tahap evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan pasien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan lainnya.

BAB III
TINJAUAN KASUS

Pada bab ini akan di sajikan hasil pelaksanaan asuhan keperawatan yang di mulai dari tahap pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaa, dan evaluasi pada klien dengan diagnosa medis dyspnea disertai CHF dan dyspnea yang disertai AKI pada tanggal 12-14 Mai 2023 di RSUD Cengkareng.

A. Pengkajian

klien dengan diagnosa medis dyspnea disertai CHF

1. Identitas pasien dan penanggung jawab

Identitas pasien	Identitas penanggung jawab
Nama : Tn E	Nama PJ : Ny. Z
TTL : Jakarta, 12-01-1977	Pekerjaan : IRT
Usia : 46 th	Alamat : Cengkareng Timur, Jakarta Barat
JK : laki-laki	Agama : Kristen
Agama : Kristen	Hub. Dgn pasien : istri
Suku bangsa : batak	
Pendidikan : SMA	
Diagnosa : dyspnea disertai CHF	

2. Riwayat Kesehatan

Keluhan utama	Riwayat kesehatan	Riwayat kesehatan dahulu	Riwayat keluarga
nyeri dada, sesak nafas, mual, lemas	pasien masuk dari IGD dengan keluhan sesak nafas, sesak sudah dirasakan sejak 3 hari yang lalu, sesak dirasakan saat beraktivitas dan menjalar hingga nyeri ke bagian dada sebelah kiri dengan skala nyeri 6 (1-10), durasi ±20 mnt	pasien mengatakan pernah dirawat di RSUD Cengkareng 1 tahun yang lalu karena Diabes millitus	pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit yang serupa

3. Pengkajian primer

Airway	Breathing	Circulation	Disability				
Tingkat kesadaran : Compos mentis Pernafasan : O ₂ 5lpm Upaya bernafas : Ada Benda asing di jalan nafas: Tidak ada Bunyi nafas : Ronchi Hembusan nafas : Ada	Jenis Pernafasan : Dispneu Frekwensi Pernafasan : 27x/menit Retraksi Otot bantu nafas : Ada Kelainan dinding thoraks : (simetris, perlukaan, jejas trauma) Bunyi nafas : wheezing Hembusan nafas : Ada	Tingkat kesadaran : Compos Mentis Perdarahan (internal/eksternal) : Tidak Ada Kapilari Refill : < 2 detik Tekanan darah : 169/70 mmHg Nadi radial/carotis : 102x/menit Akral perifer : hangat SpO ₂ : 95%	Pemeriksaan Neurologis: GCS : E4V5M5 : 14 Reflex fisiologis : - Reflex patologis : - Kekuatan otot : <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">555</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">555</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">555</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">555</td> </tr> </table>	555	555	555	555
555	555						
555	555						

4. Pengkajian sekunder

1. TTV :

- Suhu : 36,5
- Nadi : 102x/mnt
- Pernafasan : 25x/mnt
- Tekanan darah : 169/70 mmHg

2. Keadaan Umum :

a. Tanda-tanda dari distress :

Ada

b. Penampilan dihubungkan dengan usia :

Pasien tampak terlihat sesuai dengan usianya, sedikit berisi dan tinggi

c. Ekspresi wajah, bicara, mood:

Pasien nampak cemas, namun masih bisa diajak interaksi

d. Berpakaian dan kebersihan umum :

Pasien tampak bersih

e. Tinggi badan, BB, gaya berjalan:

TB: 171, BB:68, gaya berjalan normal

3. Pemeriksaan Fisik Head to too :

a. Kepala :

- Bentuk kepala : bulat
- Kondisi kulit kepala: bersih
- Kebersihan : bersih
- Warna rambut : hitam sedikit beuban

b. Sistem pernafasan

- Hidung : kesimetrisan, pernafasan cuping hidung, adanya sekret/polip : simetris, terdapat pernafasan cuping hidung
- Leher : Pembesaran kelenjar : tidak ada pembesaran kelenjar
- Dada
 - Bentuk dada (normal,barrel,pigeon chest) : bentuk dada simetris, terdapat retraksi dinding dada dan nyeri dada
 - Gerakan dada (kiri dan kanan, apakah ada retraksi): iya
 - Keadaan proxsesus xipoides : normal
 - Suara nafas (trakhea, bronchial, bronchovesikular) bronchovesikular
 - Apakah ada suara nafas tambahan : ya
 - Apakah ada clubbing finger : tidak

c. Sistem kardiovaskuler

- Bibir (pucat, cyanosis) : pucat dan kering
- Arteri carotis : teraba

- Tekanan vena jugularis : tidak
- Ictus cordis/apex : teraba di intercosta 4-5
- Suara jantung (mitral, tricuspidalis, S1, S2, bising aorta, murmur, gallop)
: terdengar suara murmur
- Capillary refilling time : < 2 dtk

d. Sistem pencernaan

- Bibir (lembab, kering, pecah-pecah, labio skizis) : kering
- Mulut (stomatitis, apakah ada palatoskizis, jumlah gigi, kemampuan menelan gerakan lidah) : normal
- Gaster (kembung, gerakan peristaltik) : normal
- Abdomen (periksa sesuai dengan organ dalam tiap kuadran) : normal
- Anus (kondisi, spinkter ani) : bersih

e. Sistem indra

- Mata
 - Kelopak mata, bulu mata, alis: normal
 - Conjunctiva (anemia/tidak) : tidak
 - Sklera (ikterus/tidak) : tidak ikterik
 - Visus (gunakan snellen card) : normal
 - Ukuran pupil : normal
 - Reaksi terhadap cahaya: normal
- Hidung
 - Penciuman, perih di hidung, trauma, mimisan : fungsi penciuman normal, tidak ada mimisan
 - Sekret yang menghalangi penciuman : tidak

- Telinga
 - Keadan daun telinga : simetris
 - Fungsi pendengaran : normal

f. **Sistem saraf**

- Fungsi cerebral
 - Status mental (orientasi, daya ingat, perhatian dan perhitungan, bahasa) : orientasi, daya ingat normal
 - Kesadaran (eyes, motorik, verbal) dengan GCS : E4V5M5 (14)
 - Bicara (ekspresive dan resiptive) : kurang responsive
- Fungsi kranial (saraf kranial I s/d XII) : normal
- Fungsi motorik (massa, tonus dari kekuatan otot) :
- Fungsi sensorik (suhu, nyeri,) : tidak ada demam, terdapat nyeri dada
- Fungsi cerebellum (koordinasi dan keseimbangan) : normal
- Refleks (ekstremitas atas, bawah) : normal, namun hanya lemah karena kondisinya sekarang
- Iritasi meningen (kaku kuduk, lasaque sign, kernig sign, brudzinski sign) : normal

g. **Sistem musculoskeletal**

- Vertebrae (bentuk, gerakan, ROM) : normal
- Lutut (ROM) : normal
- Kaki (keutuhan ligamen, ROM) : normal
- Bahu : normal
- Tangan : normal

h. **Sistem integumen**

- Rambut (distribusi ditiap bagian tubuh, texture, kelembaban, kebersihan) : bersih
- Kulit (perubahan warna, temperatur, kelembaban, ruam, texture) : normal, temperatur hangat
- Kuku (warna, permukaan kuku, mudah patah, kebersihan) : bersih

i. Sistem endokrin

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

j. Sistem perkemihan

- Edema palpebra : tidak
- Edema anasarka : tidak
- Keadaan kandung kemih : normal
- Nocturia, dysuria, kencing batu : normal
- Penyakit hubungan seksual : tidak

k. Sistem reproduksi

- Keadaan gland penis (urethra) : normal
- Testis (sudah turun/belum) : normal
- Pertumbuhan rambut (kumis, janggut, ketiak) : tidak ada kumis dan jenggot
- Pertumbuhan jakun : ya
- Perubahan suara : ya

1. Sistemimun

- Allergi (cuaca, debu, bulu binatang, zat kimia) : tidak
- Immunisasi :
- Penyakit yang berhubungan dengan perubahan cuaca : tidak
- Riwayat transfusi dan reaksinya : tidak

5. Pemeriksaan penunjang

a. Laboratorium

Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Nilai Saat Ini
HB :	13-16	11,9
Leukosit :	5.000-10.000	16.390/mm ³
Trombosit :	159.000-400.000	90.000/mm ³
Hematokrit :	38-50%	36%
pH :	7,35-7,45	7,43
Pco2 :	35-45	30
Po2 :	75-100	140
HCO :	22-28	19,9
GDS :	80-120	156

b. Radiologi

dilakukan pemeriksaan rontgen thorax PA dan didapatkan kesan cardiomegaly, gambaran intersisiel oedem pada paru kanan dan kiri dengan

c. EKG

Pada pemeriksaan elektrokardiogram menunjukkan normal sinus rhytm
 efusi pleura bilateral pada

6. Therapi yang diberikan

Nama Obat	Dosis
Lasix	2x1 amp
Ranitidine	2x1 amp
Laxadin	1x10 cc
Aspilet	1x80 mg
IV FD nacl 0,9%	16tpm

7. Kebutuhan sehari-hari

Diit	Eliminasi	Cairam	Oksigenasi
Bubur	±600 cc perhari	infus Nacl 0,9% 16 tpm	O2 nasal canul 5lpm

Analisa data

Nama pasien : Tn. E

Nama mahasiswa : Sri Wulandari

No RM :

NIM :22.156.03.11.098

Data	Problem	Etiologi
DS : pasien mengatakan nyeri dada skala nyeri 6 (1-10) DO: Pasien tampak memegang dadanya yg nyeri TD: 169/70 N : 102x/mnt RR : 25x/mnt S: 36,5	Nyeri akut	Agen cedera fisiologis
DS : pasien mengatakan sesak sejak 3 hari yang lalu, menjalar ke dada, sesak dirasakan ketika beraktivitas DO : <ul style="list-style-type: none"> - Nafas cepat dan suara ronchi - pasien terpasang O2 NC 4lpm - RR :25x/ mnt - nilai AGD abnormal 	Gangguan pertukaran gas	Perubahan membran alveolus-kapiler
DS: pasien mengatakan sesak nafas sejak 3 hari yang lalu, sesak semakin terasa ketika beraktivitas DO : <ul style="list-style-type: none"> - Nafas cepat dan terdengar suara ronchi - Terpasang O2 5lpm 	Hambatan upaya nafas	Pola nafa tidak efektif

Diagnosa keperawatan

Nama pasien : Tn. E

Nama mahasiswa : Sri Wulandari

No RM :

NIM :22.156.03.11.098

No.	Diagnosa Keperawatan	Tanggal ditemukan	Tanggal teratasi
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis (D.0077)	12-05-2023	14-05-2023
2	Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler (D.0003)	12-05-2023	14-05-2023
3	Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas (D.0005)	12-05-2023	14-05-2023

Intervensi Keperawatan

Nama pasien : Tn. E

Nama mahasiswa : Sri Wulandari

No RM :

NIM :22.156.03.11.098

No	Diagnosa Kep (SDKI)	Tujuan dan kriteria hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional	Ttd
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis (D.0077)	<p>Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun.</p> <p>Kriteria hasil : Tingkat nyeri (L.08066)</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan nyeri berkurang dari skala 7 menjadi 2 Pasien menunjukkan ekspresi wajah tenang Pasien dapat beristirahat dengan nyaman 	<p>(Manajemen nyeri I.08238)</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi lokasi, karakteristik nyeri, durasi, frekuensi, intensitas nyeri Identifikasi skala nyeri Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Berikan terapi non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Ajarkan teknik non 2farmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi pemberian analgetik,jika perlu 	<ol style="list-style-type: none"> Untuk mengetahui nyeri yang dirasakan pasien Untuk mengetahui tingkat nyeri yang dirasakan Untuk mengetahui apa yang menyebabkan dan apa yang dapat mengurangi nyeri Untuk mengurangi nyeri yang dirasakan Agar dapat memanej nyeri secara mandiri Untuk mengurangi nyeri 	Sri wulandari
2	Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler	<p>Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pertukaran gas meningkat.</p>	<p>(Pemantauan Respirasi I.01014)</p> <ol style="list-style-type: none"> Monitor frekuensi irama, kedalaman dan upaya nafas Monitor polanafas Monitor nilai 	<ol style="list-style-type: none"> Untuk memantau upaya nafas pasien . Untuk mengetahui pola nafas pasien Untuk melakukan 	Sri wulandari

	(D.0003)	<p>Kriteria hasil : (Pertukaran gas L.01003)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dipsnea menurun 2. bunyi nafas tambahan menurun 3. pola nafas membaik 4. PCO₂ dan O₂ membaik 	<p>AGD</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Monitor saturasi oksigen 5. Auskultasi bunyinafas 6. Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktifitas dan/atautidur 	<p>tindakan selanjutnya</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Untuk mengetahui keadaan pasien 5. Untuk mengetahui apakah ada bunyi nafas tambahan atau tidak 6. Untuk mengurangi keluhan sesak 	
3	<p>Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas (D.0005)</p>	<p>Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pola nafas membaik.</p> <p>Kriteria hasil : (pola nafas L.01004)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi nafas dalam rentang normal 2. Tidak ada penggunaan otot bantu pernafasan <p>Pasien tidak menunjukkan anda dipsnea</p>	<p>(Manajemen jalan nafas I.01011)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas) 2. Monitor bunyi nafas tambahan (mis: gagling, mengi, Wheezing, ronkhi) 3. Posisikan semi fowler atau fowler <p>Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui pola nafas pasien 2. Untuk mengetahui ada tidaknya bunyi nafas tambahan 3. Untuk mengurangi sesak 4. Untuk membantu mengurangi sesak 	Sri wulandari

Implementasi Keperawatan

Nama pasien : Tn. E

Nama mahasiswa : Sri Wulandari

No RM :

NIM

:22.156.03.11.098

Tgl/jam	No dx kep	Implementasi	Respon pasien	Ttd
12/05/23	1	<ol style="list-style-type: none"> 1. mengidentifikasi lokasi, karakteristik nyeri, durasi, frekuensi, intensitas nyeri 2. mengidentifikasi skala nyeri 3. mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. memberikan terapi non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 5. mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri 6. melakukan kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan nyeri dada yang dirasakan ketika beraktivitas dengan skala nyeri 6 (1-10), sifat nyeri hilang timbul - Pasien mengatala sudah mampu melakukan tindakan nonfarmakologi secara mandiri (relaksasi nafas dalam) <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien nampak memegang dadanya yang nyeri - TD : 169/70, N : 102x/mnt, R: 25x/mnt, S: 36,5 - Pasien sudah diberikan obat antibiotik ceftriaxone dan obat nyeri dada aspilet 	
	2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor frekuensi irama, kedalaman dan upaya nafas 2. Memonitor polanafas 3. Memonitor nilai AGD 	<p>S : pasien mengatakan sesak nafas diiringi nyeri dada</p> <p>O :</p>	

		<ol style="list-style-type: none"> 4. Memonitor saturasi oksigen 5. Mengauskultasi bunyinafas 6. Melakukan olaborasi penggunaan oksigen saat aktifitas dan/atautidur 	<ul style="list-style-type: none"> - pola nafas cepat (dyspnea) - terdengar suara nafas tambahan wheezing - nilai AGD pH : 7,43 Pco2 : 30 Po2 : 140 HCO : 3-19,9 - Spo2 : 95% - Penggunaan O2 NC 4lpm 	
	3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas) 2. Memonitor bunyi nafas tambahan (mis: gagling, mengi, Wheezing, ronkhi) 3. memposisikan semi fowler atau fowler 4. Kolaborasi pemberian bronkodilato, ekspetoran, mukolitik, jika perlu 	<p>S : pasien mengatakan sesak nafas dan nafas terasa cepat dan fangkal</p> <p>Pasien mengatakan lebih nyaman pada posisi semifowler</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat suara nafas tambahan ronchi - R: 25x/mnt 	
13/05/23	1	<ol style="list-style-type: none"> 1. mengidentifikasi lokasi, karakteristik nyeri, durasi, frekuensi, intensitas nyeri 2. mengidentifikasi skala nyeri 3. memberikan terapi non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 4. melakukan kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu 	<p>S: pasien mengatakan adanya masih terasa nyeri, namun intensitas dan frekuensinya berkurang dengan skala nyeri 4 (1-10)</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 146/78, N : 88x/mnt, R: 23x/mnt, S: 36,6 - Pasien sudah diberikan obat antibiotik ceftriaxone dan obat nyeri dada aspilet 	

	2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor frekuensi irama, kedalaman dan upaya nafas 2. Memonitor polanafas 3. Memonitor saturasi oksigen 4. Mengauskultasi bunyinafas 5. Melakukan kolaborasi penggunaan oksigen saat aktifitas dan/atautidur 	<p>S : pasien mengatakan sesak sudah mulai berkurang, nafas tidak terlalu cepat</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - R: 23x/mnt - SPO2: 97% - Suara nafast tambahan masih terdengar - Oksigen diturunkan mjd 2lpm 	
	3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas) <p>Memonitor bunyi nafas tambahan (mis: gagling, mengi, Wheezing, ronkhi) memposisikan semi fowler atau fowler</p>	<p>S : pasien mengatakan sesak mulai berkurang</p> <p>O :</p> <p>masih terdapat suara nafas tambahan ronchi</p> <p>R: 23x/mnt</p> <p>Pasien nampak menerapkan posisi semifowler</p>	
14/05/23	1	<ol style="list-style-type: none"> 1. mengidentifikasi lokasi, karakteristik nyeri, durasi, frekuensi, intensitas nyeri 2. mengidentifikasi skala nyeri 3. memberikan terapi non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 4. melakukan kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu 	<p>S: pasien mengatakan nyeri dada sudah sangat berkurang, hanya sesekali muncul dan tidak sesakit saat awal masuk RS skal nyeri 2 (1-10)</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 130/80, N : 85x/mnt, R: 20x/mnt, S: 36,3 - Pasien sudah diberikan obat antibiotik ceftriaxone dan obat nyeri dada aspilet 	
	2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor frekuensi irama, kedalaman dan upaya nafas 	<p>S : pasien mengatakan sesak sudah tidak sesak,</p>	

		<ol style="list-style-type: none"> 2. Memonitor polanafas 3. Memonitor saturasi oksigen 4. Mengauskultasi bunyinafas 	<p>dan pola nafas sudah berangsur angsur normal</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - R: 20x/mnt - SPO2: 99% - Pasien nampak sudah tidak memakai alat bantu oksigen, O2 standby hanya digunakan bila pasien sewaktu-waktu sesak kembali 	
	3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas) 2. Memonitor bunyi nafas tambahan (mis: gagling, mengi, Wheezing, ronkhi) 3. memposisikan semi fowler atau fowler 	<p>S : pasien mengatakan sesak sudah sangat berkurang dan sudah tidak ada kesulitan bernafas</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - sudah tidak terdengar suara ronchi <p>R: 20x/mnt</p>	

Evaluasi Keperawatan

Nama pasien : Tn. E

Nama mahasiswa : Sri Wulandari

No RM :

NIM :22.156.03.11.098

Tgl/ jam	No. dx kep	Evaluasi	Ttd
12/05/23	1	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan nyeri dada yang dirasakan ketika beraktivitas dengan skala nyeri 6 (1-10), sifat nyeri hilang timbul - Pasien mengatala sudah mampu melakukan tindakan nonfarmakologi secara mandiri (relaksasi nafas dalam) <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien nampak memegang dadanya yang nyeri - TD : 169/70, N : 102x/mnt, R: 25x/mnt, S: 36,5 - Pasien sudah diberikan obat antibiotik ceftriaxone dan obat nyeri dada aspilet <p>A : masalah belum teratasi P : lanjutkan intevensi</p>	
	2	<p>S : pasien mengatakan sesak nafas diiringi nyeri dada</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pola nafas cepat (dyspnea) - terdengar suara nafas tambahan wheezing - nilai AGD pH : 7,43 Pco2 : 30 Po2 : 140 HCO : 3-19,9 - Spo2 : 95% - Penggunaan O2 NC 4lpm <p>A : masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi</p>	
	3	<p>S : pasien mengatakan masih sesak napas</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak kesulitan bernapas - Pasien masih nampak cemas - RR 25 x/m <p>A: masalah belum teratasi P: lanjutkan intervensi</p>	

13/05/23	1	<p>S: pasien mengatakan adanya masih terasa nyeri, namun intensitas dan frekuensinya berkurang dengan skala nyeri 4 (1-10)</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 146/78, N : 88x/mnt, R: 23x/mnt, S: 36,6 - Pasien sudah diberikan obat antibiotik ceftriaxone dan obat nyeri dada aspilet <p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p>	
	2	<p>S : pasien mengatakan sesak sudah mulai berkurang, nafas tidak terlalu cepat</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - R: 23x/mnt - SPO2: 97% - Suara nafas tambahan masih terdengar - Oksigen diturunkan mjd 2lpm <p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p>	
	3	<p>S : pasien mengatakan sesak napas sudah mulai berkurang</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien nampak lebih tenang dari sebelumnya - RR : 23 x/m <p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p>	
14/05/23	1	<p>S: pasien mengatakan nyeri dada sudah sangat berkurang, hanya sesekali muncul dan tidak sesakit saat awal masuk RS skal nyeri 2 (1-10)</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 130/80, N : 85x/mnt, R: 20x/mnt, S: 36,3 - Pasien sudah diberikan obat antibiotik ceftriaxone dan obat nyeri dada aspilet <p>A: masalah teratasi</p> <p>P : intervensi dihentikan (pasien masuk ke ruang ranap biasa)</p>	
	2	<p>S : pasien mengatakan sesak sudah tidak sesak, dan pola nafas sudah berangsur angsur normal</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - R: 20x/mnt - SPO2: 99% - Pasien nampak sudah tidak memakai alat bantu oksigen, O2 standbay hanya digunakan bila pasien sewaktu-waktu sesak kembali <p>A: masalah teratasi</p>	

		P : intervensi dihentikan (pasien masuk ke ruang ranap biasa)	
	3	S : pasien mengatakan sesak napas sudah berkurang O : - pasien tampak rileks - RR: 20 x/m A: masalah teratasi P : intervensi dihentikan (pasien masuk ke ruang ranap biasa)	

B. Pengkajian

klien dengan diagnosa medis dyspnea disertai AKI

1. Identitas pasien dan penanggung jawab

Identitas pasien	Identitas penanggung jawab
Nama : Ny. H	Nama PJ : Tn. A
TTL : Jakarta, 12-02-1953	Pekerjaan : Wirausaha
Usia : 70 th	Alamat : Cengkareng Timur, Jakarta Barat
JK : Perempuan	Agama : Islam
Agama : Islam	Hub. Dgn pasien : Suami
Suku bangsa : Betawi	
Pendidikan : SMP	
Diagnosa : dyspnea disertai AKI	

2. Riwayat Kesehatan

Keluhan utama	Riwayat kesehatan	Riwayat kesehatan dahulu	Riwayat keluarga
sesak nafas, badan lemes, nyeri dada	pasien masuk dari IGD dengan keluhan sesak nafas sejak 2 hari yang lalu dan disertai dengan nyeri dada skala nyeri 4 (1-10), namun tidak menjalar serta merasa terus-terusan keluar keringat dingin yang dirasakan saat istirahat	pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi sejak 1 tahun yang lalu di RSUD Cengkareng	pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit yang serupa

3. Pengkajian primer

Airway	Breathing	Circulation	Disability
Tingkat kesadaran : Compos mentis Pernafasan : O ₂ 4lpm Upaya bernafas : Ada	Jenis Pernafasan : Dispneu Frekwensi Pernafasan : 26x/menit Retraksi Otot bantu nafas : tidak	Tingkat kesadaran : Compos Mentis Perdarahan (internal/eksternal) : Tidak Ada Kapilari Refill : < 2 detik	Pemeriksaan Neurologis: GCS : E4V4M5 : 13 Reflex fisiologis : - Reflex patologis : -

Benda asing di jalan nafas: Tidak ada	Kelainan dinding thoraks : (simetris, perlukaan, jejas trauma)	Tekanan darah : 150/90 mmHg	444	444
Bunyi nafas : Ronchi	Bunyi nafas : Ronchi	Nadi radial/carotis : 96x/menit	444	444
Hembusan nafas : Ada	Hembusan nafas : Ada	Akral perifer : Dingin		
		SpO2 : 96%		

4. Pengkajian sekunder

1) TTV :

- Suhu : 36,5 oC
- Nadi : 96x/mnt
- Pernafasan : 25x/mnt
- Tekanan darah : 150/90 mmHg

2) Keadaan Umum :

- a. Tanda-tanda dari distress : Tidak
- b. Penampilan dihubungkan dengan usia : Pasien tampak sudah keriput
- c. Ekspresi wajah, bicara, mood: pasien tampak cemas dan kurang bisa diajak berinteraksi karena kondisinya
- d. Berpakaian dan kebersihan umum : Pasien tampak bersih
- e. Tinggi badan, BB, gaya berjalan : TB: 151, BB:47, gaya berjalan normal

3) Pemeriksaan Fisik Head to too :

a) Sistem pernafasan

- Hidung : lubang hidung simetris, tidak terdapat pernafasan cuping hidung, tidak ada sekret/polip
- Leher : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran vena jugularis.

- Dada : Bentuk dada *normochest*

I : gerakan dada simetris

P : teraba getaran antara kanan dan kiri

P : terdengar sonor

A : terdengar suara vesikuler diseluruh lapang paru

b) Sistem kardiovaskuler :

Saat inspeksi Konjungtiva pucat, CRT <2 detik. Palpasi *ictus cordis* teraba 2 cm di bawah *areola mammae*. Perkusi jantung didapatkan bunyi jantung redup, basis jantung berada pada ICS 2 *sternal sinistra* – ICS 2 *line sternal dextra*, pinggang jantung pada ICS 3 *line sternal* kanan dan apek ICS 5 *midklavikula sinistra*. Auskultasi bunyi jantung 1 dan 2 bunyi terdengar, tidak terdapat bunyi tambahan.

c) Sistem pernafasan

- Hidung : Lubang hidung simetris, tidak terdapat pernapasan cuping hidung, tidak ada sekret pada kedua lubang hidung, tidak ada epistaksis

- Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada peninggian vena jugularis (5+0 cm H20) Telinga : Simetris antara kanan dan kiri, keadaan daun telinga bersih, terdapat serumen, tidak ada nyeri tekan, fungsi pendengaran menurun

- Dada : Bentuk dada *normochest*, gerakan dada simetris kanan dan kiri. Saat dipalpasi dilakukan vocal premitus teraba getaran antara kanan dan kiri, taktil premitus terasa getaran antara kanan dan kiri. Saat diperkusi dada terdengar bunyi sonor. Saat diauskultasi terdengar suara vesikular diseluruh lapang paru

d) Sistem saraf

- Fungsi cerebral
 - Status mental (orientasi, daya ingat, perhatian dan perhitungan, bahasa)
: orientasi baik
 - GCS/tingkat kesadaran : composmentis / E4M6V5 = 15

e) **Sistem indra**

- Mata : Distribusi alis merata mata kiri dan kanan. Kelopak mata tidak ada massa atau nyeri tekan dan hordeolum, pertumbuhannya merata kiri dan kanan.

Konjungtiva pucat, sklera ikterik. Pupil isokor dengan ukuran 3mm, miosis ketika cahaya didekatkan pada mata kiri dan kanan. Klien dapat membaca dalam jarak 30 cm dan lapang pandang meluas.

- Hidung : Warna membran mukosa merah muda, fungsi penciuman baik, tidak ada polip, terdapat sekret pada kedua lubang hidung, adanya silia.

- Telinga : Simetris antara kanan dan kiri, keadaan daun telinga bersih, terdapat

serumen, tidak ada nyeri tekan, fungsi pendengaran menurun

f) **Sistem muskuloskeletal**

- Kepala : Bentuk kepala *normocephale*, dapat di gerakkan.
- Lutut : Tidak bengkak dan kaki, dapat digerakkan.
- Kaki : Tidak ada nyeri tekan atau massa, tidak bengkak, dapat digerakkan, mampu berjalan.
- Tangan : Tidak ada nyeri tekan atau massa, tidak ada pembengkakan pada tangan.

g) **Sistem integumen**

- Rambut : Berwarna hitam ada putih sedikit, kering, distribusi merata diseluruh kepala, tidak mudah dicabut dan tidak berketombe
 - Kulit : Warna kulit hitam, temperaturnya dingin
 - Kuku : Warna kuku putih, permukaan kuku kasar, dan tidak mudah patah
- h) **Sistem endokrin** : Tidak adanya pembesaran kelenjar tiroid, suhu tubuh seimbang
- i) **Sistem imun** : Klien mengatakan tidak ada alergi cuaca.

5. Pemeriksaan penunjang

a. Labolatorium

Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Nilai Saat Ini
HB :	12-14	11,6
Leukosit :	5.000-10.000	10.310/mm ³
Trombosit :	159.000-400.000	142.000/mm ³
Hematokrit :	34-44%	49%
Kreatinin darah :	0,5-1,5	9,4 mg/dl
Natrium :	135-153	136 Mmol/L
PT :	10-13 detik	15,4 detik
APTT :	25-35	47,9 detik
PH	7,35-7,45	7,478
Pco2 :	35-45	21,2
Po2 :	75-100	192,2

b. Radiologi :

Pemeriksaan rontgen thorax didapatkan hasil kardiomegali

c. **EKG**

Pemeriksaan EKG memberikan hasil sinus ritme, irama reguler, frekuensi nadi 67x/menit, axis normal, ST elevasi di lead V2, V3 dan Avf

6. Therapi yang diberikan

Nama Obat	Dosis
Ceftriaxone	1x2 gr
Lasix	1x20 gr
Asam folat	1x5 mg
Bicnat	3x1
Candesartan	1x16
IV FD nacl 0,9%	16tpm

7. Kebutuhan sehari-hari

Dit	Eliminasi	Cairam	Oksigenasi
Bubur	: ±1000 cc perhari	infus Nacl 0,9% 16 tpm	O2 nasal canul 4lpm

Analisa data

Nama pasien :Ny. H

Nama mahasiswa : Sri Wulandari

No RM :

NIM : 22.156.03.11.098

Data	Problem	Etiologi
DS : pasien mengatakan sesak sejak 2 hari yll DO : - nafas cepat - suara nafas ronchi - RR 25x/mnt	Pola nafas tidak efektif	Hambatan upaya nafas
DS : pasien mengatakan sangat lemas DO : - Pasien tampak tidak bisa beraktivitas - Pasien nampak bedrest di tempat tidur	Intoleransi aktivitas	kelemahan
DS : pasien mengatakan cemas karena tidak tau akan penyakitnya DO : pasien tampak gelisah pasien tampak sedih	Ansietas	Krisis situasional

Diagnosa keperawatan

Nama pasien :Ny. H Nama mahasiswa : Sri Wulandari
No RM : NIM : 22.156.03.11.098

No.	Diagnosa Keperawatan	Tanggal ditemukan	Tanggal teratasi
1	Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas (D.0005)	12-05-2023	14-05-2023
2	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan (D.0056)	12-05-2023	14-05-2023
3	Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (D.0080)	12-05-2023	14-05-2023

Intervensi Keperawatan

Nama pasien :Ny. H

Nama mahasiwa : Sri Wulandari

No RM :

NIM :22.156.03.11.098

No	Diagnosa Kep (SDKI)	Tujuan dan kriteria hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional	Ttd
1	Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas (D.0005)	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pola nafas membaik. Kriteria hasil : (pola nafas L.01004) 1. Frekuensi nafas dalam rentang normal 2. Tidak ada penggunaan otot bantu pernafasan 3. Pasien tidak menunjukkan	(Manajemen jalan nafas I.01011) 1. Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas) 2. Monitor bunyi nafas tambahan (mis: gagling, mengi, Wheezing, ronkhi) 3. Posisikan semi fowler atau fowler 4. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu	1. Untuk mengetahui pola nafas pasien 2. Untuk mengetahui ada tidaknya bunyi nafas tambahan 3. Untuk mengurangi sesak 4. Untuk membantu mengurangi sesak	

		antanda dypsnea			
2	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan (D.0056)	<p>Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan toleransi aktifitas meningkat.</p> <p>Kriteria hasil : Toleransi aktivitas (L.05047)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. kemampuan melakukan aktifitas sehari-hari meningkat 2. Pasien Mampu berpindah dengan atau tanpa bantuan 3. Pasien mengatakan dypsnea saat dan/atau 	<p>(Manajemen energi I.050178)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kelelahan fisik dan emosional 2. Monitor pola dan jam tidur 3. Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan) 4. Berikan aktifitas distraksi yang menenangkan 5. Anjurkan tirah baring 6. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui tingkat kelelahan pasien 2. Untuk mengetahui pola istirahat pasien 3. Untuk memberikan kenyamanan pada pasien 4. Untuk mengalihkan keluhan pasien 5. Agar kelelahan berkurang 6. Agar pola nutrisi terpenuhi 	

		setelah aktifitas menurun			
3	Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (D.0080)	<p>Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat ansietas menurun.</p> <p>Kriteria hasil : (Tingkat ansietas L.09093)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan telah memahami penyakitnya 2. Pasien tampak tenang 3. Pasien dapat beristirahat dengan nyaman 	<p>Terapi reduksi I.09314)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah 2. Pahami situasi yang membuat ansietas 3. Dengarkan dengan penuh perhatian 4. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 5. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis 6. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk memantau tingkat kecemasan pasien 2. Untuk mengetahui apa yang dapat meningkatkan dan mengurangi kecemasan 3. Agar pasien merasa tenang 4. agar terbina trust 5. agar pasien mengetahui kedaannya dan merasa tenang 6. agar pasien merasa lega 	

Implementasi Keperawatan

Nama pasien :Ny. H

Nama mahasiswa : Sri Wulandari

No RM :

NIM :22.156.03.11.098

Tgl/ Jam	No. DX. Kep	Implementasi	Respon Pasien	TTD
12-05-23/	1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas) 2. Memonitor bunyi nafas tambahan (mis: gagling, mengi, Wheezing, ronkhi) 3. memposisikan semi fowler atau fowler 4. Kolaborasi pemberian bronkodilato, ekspetoran, mukolitik, jika perlu 	<p>S : pasien mengatakan sesak nafas dan nafas terasa cepat dan fangkal</p> <p>Pasien mengatakan lebih nyaman pada posisi semifowler</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat suara nafas tambahan ronchi - R: 25x/mnt 	
	2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor kelelahan fisik dan emosional 2. Memonitor pola dan jam tidur 3. Menyediakan lingkungan yang nyaman dan rendah 	<p>S : pasien mengatakan merasa lemas dengan kondisinya, nafsu makannya jua berkurang</p>	

		<p>stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan)</p> <p>4. Memberikan aktifitas distraksi yang menenangkan</p> <p>5. Menganjurkan tirah baring</p> <p>6. Melakukan kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</p>	<p>Pasien mengatakan istirahatnya sering kali terganggu karena kondisinya tidur malam hanya 4-5 jam</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lemas - Pasien menuruti anjuran perawat untuk tetap tirah baring - Pasien nampak tenang setelah diberikan teknik distraksi 	
	3	<p>1. mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah</p> <p>2. memahami situasi yang membuat ansietas</p> <p>3. mendengarkan dengan penuh perhatian</p> <p>4. menggunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</p>	<p>S : pasien mengatakan tidak tau akan penyakit yang dialaminya sehingga mengakibatkan pasien merasa sedikit stress</p> <p>O:</p>	

		<p>5. menginformasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis</p> <p>6. menganjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien masih nampak gelisah - Pasien nampak sedih saat diajak komunikasi 	
13-05-23/jam	1	<p>8. Memonitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas)</p> <p>9. Memonitor bunyi nafas tambahan (mis: gagling, mengi, Wheezing, ronkhi)</p> <p>10. memposisikan semi fowler atau fowler</p>	<p>S : pasien mengatakan sesak mulai berkurang</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masih terdapat suara nafas tambahan ronchi - R: 22x/mnt - Pasien nampak menerapkan posisi semifowler 	
	2	<p>1. Memonitor kelelahan fisik dan emosional</p> <p>2. Memonitor pola dan jam tidur</p> <p>3. Menyediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan)</p>	<p>S : pasien mengatakan sedikit sedikit sudah mulai ada tenaga</p> <p>Pasien juga mengatakan istirahtnya tidak terlalu terganggu</p>	

		<p>4. Memberikan aktifitas distraksi yang menenangkan</p> <p>5. Menganjurkan tirah baring</p>	<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lemas - Pasien menuruti anjuran perawat untuk tetap tirah baring - Pasien nampak tenang setelah diberikan teknik distraksi 	
	3	<p>1. mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah</p> <p>2. memahami situasi yang membuat ansietas</p> <p>3. mendengarkan dengan penuh perhatian</p> <p>4. menggunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</p>	<p>S : pasien mengatakan tidak terlalu cemas lagi akan keadaannya, pasien pasrah akan kondisinya</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - gelisah menurun - Pasien nampak bisa sedikit-sedikit diajak berkomunikasi 	
14-05-23/jam	1	<p>4. Memonitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas)</p>	<p>S : pasien mengatakan sesak sudah sangat</p>	

		<ol style="list-style-type: none"> 5. Memonitor bunyi nafas tambahan (mis: gagling, mengi, Wheezing, ronkhi) 6. memposisikan semi fowler atau fowler 	<p>berkurang dan sudah tidak ada kesulitan bernafas</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - sudah tidak terdengar suara ronchi - R: 21x/mnt 	
	2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor kelelahan fisik dan emosional 2. Memonitor pola dan jam tidur 3. Menyediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan) 4. Memberikan aktifitas distraksi yang menenangkan 5. Menganjurkan tirah baring 	<p>S : pasien mengatakan sudah berangsur angsur membaik, sudah sedikit sedikit bertenaga, jam tidur pasien sudah mulai normal kembali 6-7 jam</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lebih fresh - Pasien nampak sudah mampu makan sendiri - Pasien sudah nampak duduk di tempat tidur 	
	3	<ol style="list-style-type: none"> 1. mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah 	<p>S : pasien mengatakan sudah</p>	

		<ol style="list-style-type: none">2. memahami situasi yang membuat ansietas3. mendengarkan dengan penuh perhatian4. menggunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan	tidak cemas lagi dengan kedaannya, pasien percaya dirinya akan sembuh O: <ul style="list-style-type: none">- Pasien nampak tenang- Pasien nampak kooperatif saat berkomunikasi	
--	--	---	--	--

Evaluasi Keperawatan

Nama pasien :Ny. H

Nama mahasiswa : Sri Wulandari

No RM :

NIM :22.156.03.11.098

Tgl/ Jam	No. DX. Kep	EVALUASI	TTD
12-05- 23/jam	1	<p>S : pasien mengatakan sesak nafas dan nafas terasa cepat dan fangkal</p> <p>Pasien mengatakan lebih nyaman pada posisi semifowler</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat suara nafas tambahan ronchi - R: 25x/mnt <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p>	
	2	<p>S : pasien mengatakan merasa lemas dengan kondisinya, nafsu makannya jua berkurang</p> <p>Pasien mengatakan istirahatnya sering kali terganggu karena kondisinya tidur malam hanya 4-5 jam</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lemas - Pasien menuruti anjuran perawat untuk tetap tirah baring 	

		<ul style="list-style-type: none"> - Pasien nampak tenang setelah diberikan teknik distraksi <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p>	
	3	<p>S : pasien mengatakan tidak tau akan penyakit yang dialaminya sehingga mengakibatkan pasien merasa sedikit stress</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien masih nampak gelisah - Pasien nampak sedih saat diajak komunikasi <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p>	
13-05-23/ jam	1	<p>S : pasien mengatakan sesak mulai berkurang</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masih terdapat suara nafas tambahan ronchi - R: 22x/mnt - Pasien nampak menerapkan posisi semifowler <p>A: masalah teratasi sebagian</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p>	
	2	<p>S : pasien mengatakan sedikit sedikit sudah mulai ada tenaga</p> <p>Pasien juga mengatakan istirahtnya tidak terlalu terganggu</p>	

		<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lemas - Pasien menuruti anjuran perawat untuk tetap tirah baring - Pasien nampak tenang setelah diberikan teknik distraksi <p>A: masalah teratasi sebagian</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p>	
	3	<p>S : pasien mengatakan tidak terlalu cemas lagi akan keadaannya, pasien pasrah akan kondisinya</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - gelisah menurun - Pasien nampak bisa sedikit-sedikit diajak berkomunikasi <p>A: masalah teratasi sebagian</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p>	
14-05-23/ jam	1	<p>S : pasien mengatakan sesak sudah sangat berkurang dan sudah tidak ada kesulitan bernafas</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - sudah tidak terdengar suara ronchi - R: 21x/mnt <p>A: masalah teratasi</p> <p>P: intervensi dihentikan (pasien rencana masuk ruang ranap biasa)</p>	

2	<p>S : pasien mengatakan sudah berangsur angsur membaik, sudah sedikit sedikit bertenaga, jam tidur pasien sudah mulai normal kembali 6-7 jam</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lebih fresh - Pasien nampak sudah mampu makan sendiri - Pasien sudah nampak duduk di tempat tidur <p>A: masalah teratasi</p> <p>P: intervensi dihentikan (pasien rencana masuk ruang ranap biasa)</p>	
3	<p>S : pasien mengatakan sudah tidak cemas lagi dengan kedaannya, pasien percaya dirinya akan sembuh</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien nampak tenang - Pasien nampak kooperatif saat berkomunikasi <p>A: masalah teratasi</p> <p>P: intervensi dihentikan (pasien rencana masuk ruang ranap biasa)</p>	

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada tahap pengkajian ini peneliti akan membahas tentang kesesuaian atau kesenjangan antara teori dan hasil asuhan keperawatan gawat darurat dan kritis pada Tn. E dengan dysepnea disertai CHF dan Ny. H dengan dyspnea disertai AKI. Berikut akan diuraikan pelaksanaan asuhan keperawatan di Ruang ICU RSUD Cengkareng Bekasi, yang disesuaikan dengan lima tahap proses asuhan keperawatan diantaranya pengkajian, penegakkan diagnosa keperawatan, intervensi, implememtasi dan evaluasi.

A. Pengkajian

Berdasarkan teori

CHF (Congestive Heart Failure) adalah suatu kondisi yang abnormal dari fungsi struktural atau ketidakefektifan jantung dalam memompa darah yang mengandung oksigen ke seluruh tubuh (Kasan & Sutrisno, 2020). Penyebab yang paling sering terjadi pada Congestive Heart Failure (CHF) yaitu adanya penyakit jantung coroner, serta penyebab yang lainnya adalah terjadinya ketegangan otot jantung, hipertensi, kardiomiopati, serangan jantung, infeksi, aritmia, penyakit tiroid, penyakit yang terjadi pada katup jantung, penyakit paru-paru dan kelebihan volume cairan dalam tubuh (Wijayati, S., Ningrum & Putrono, 2019).

AKI (Acute Kidney Injury) adalah Acute Kidney Injury (AKI) adalah penurunan cepat (dalam jam hingga minggu) laju filtrasi glomerulus (LFG) yang umumnya berlangsung reversibel, diikuti kegagalan ginjal untuk mengekskresi sisa metabolisme nitrogen, dengan/ tanpa gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit (Setiawan et al., 2018).

Berdasarkan kasus

Kasus pertama hasil pengkajian Tn. E didapatkan ,pasien mengatakan sesak nafas, pasien tampak kesulitan bernapas, pasien mengatakan nyeri dada dengan skala 6 (0-10), dan data objektif pasien tampak memegang dada. Hematokrit 36%, PCO₂ 30, PO₂ 140, HCO₃ 19,9. Tekanan darah 169/70 mmHg, nadi 102 x/menit, pernafasan 25 x/menit, suhu 36,5oC. Pemeriksaan fisik: terdapat retraksi dinding dada disertainyeri, suara napas terdapat suara napas tambahan yaitu ronchi, kondisi bibir pucat, suara jantung vasikuler, CRT > 2 detik. GCS E4V5M5 = 14.

Kasus kedua hasil pengkajian pada Ny. H pasien mengeluh sesak napas sejak 2 hari yang lalu disertai dengan nyeri dada, skalanya 4 (0-10), terdapat suara napas tambahan ronchi, frekuensi napas 25 x.menit, terdapat jejas trauma, CPR < 2 detik, tekanan darah 150/90 mmHg, nadi 96 x/menit, akral dingin dan SPO₂ 98%. Disability, nilai GCS 13 E4V4M5.

Analisa penulis:

Dari hasil pengkajian yang dilakukan pada Tn. E dan Ny. H, selanjutnya dilakukan analisa data dan penentuan diagnosa keperawatan.

B. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan teori:

Pada Tn. E, Menurut (PPNI, 2016)

1. Penurunan curah jantung b.d kegagalan jantung dalam memompa darah (D.0008)
2. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (D.0077)
3. Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi hemoglobin (D.0009)
4. Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi-perfusi (D.0003)
5. Pola napas tidak efektif b.d hambatan upaya napas (D.0005)
6. Defisit nutrisi b.d kurangnya asupan nutrisi (D.0019)

Pada Ny. H, Menurut (PPNI, 2016)

1. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (D.0077)
2. Pola napas tidak efektif b.d hambatan upaya napas (D.0005)
3. Intoleransi aktivitas b.d kelemahan (D.0056)
4. Ansietas b.d krisis situasional (D.0080)
5. Hipervolemia b.d kelebihan asupan cairan (D.0022)

6. Gangguan integritas kulit b.d perubahan sirkulasi (D.0129)

Berdasarkan kasus:

Pada kasus pertama yaitu Tn. E, menurut data yang dikaji terdapat 3 diagnosa sesuai dengan keluhan yang pasien rasakan, berdasarkan prioritas dari kondisi pasien tersebut, diantaranya;

1. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (D.0077)
2. Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi-perfusi (D.0003)
3. Pola napas tidak efektif b.d hambatan upaya napas (D.0005)

Pada kasus kedua yaitu Ny. H penulis menegakan 3 diagnosa sesuai dengan keluhan yang pasien rasakan penentuan diagnosa keperawatan berdasarkan prioritas yang dilihat dari kondisi pasien, diantaranya:

1. Pola napas tidak efektif b.d hambatan upaya napas (D.0005)
2. Intoleransi aktivitas b.d kelemahan (D.0056)
3. Ansietas b.d krisis situasional (D. 0080)

Analisa Penulis:

Perbandingan antara diagnosa teori dengan diagnosa yang ditemukan pada pasien kelolaan memiliki persamaan pada Ny. A memiliki 3 diagnosa yang sama dengan teori dan pada Tn. A juga memiliki 3 diagnosa yang sama dengan teori dan antar kedua pasien memiliki satu diagnosa yang

sama, yang artinya tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus kelolaan, berikut penjelasannya:

Pola napas tidak efektif b.d hambatan upaya napas (D.0005)

Pada pasien pertama Tn E dan pasien kedua Ny. H dari keduanya didapatkan hasil pengkajian ditemukan data subjektif yang keduanya mengeluh sesak napas. Diagnosa Pola Napas Tidak Efektif dengan frekuensi napas 25 x/menit, sama-sama terdapat suara tambahan yaitu ronchi, dengan data subjektif pasien mengatakan sesak napas, dan data objektif adalah pasien tampak kesulitan bernapas seta gelisah.

Menurut (PPNI, 2016) pola napas tidak efektif suatu keadaan dimana inspirasi dan atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat. Gejala dan tanda mayor dari pola napas tidak efektif adalah subjektif yaitu dispnea, objektif yaitu penggunaan otot bantu pernapasan, fase ekspirasi memanjang, pola napas abnormal (misalnya takipnea, bradipnea, hiperventilasi, kussmaul, dan Cheyne-stokes).

C. Intervensi

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan. Tindakan kperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan.

Pola napas tidak efektif b.d hambatan upaya napas (D.0005)

Perencanaan asuhan keperawatan yang dilakukan pada Tn. E dan Ny. H karena memiliki kesamaan pada salah satu diagnosanya yaitu pola napas tidak efektif yang berhubungan dengan hambatan upaya napas. Dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pola nafas membaik (pola nafas L.01004) dengan Kriteria hasil: frekuensi nafas dalam rentang normal, tidak ada penggunaan otot bantu pernafasan, pasien tidak menunjukkan tanda dispnea. Dengan intervensi (Manajemen jalan nafas I.01011) Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas), Monitor bunyi nafas tambahan (mis: gagling, mengi, Wheezing, ronkhi), Posisikan semi fowler, Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu

Menurut peneliti berdasarkan data diatas dapat disimpulkan bahwa intervensi yang digunakan pada pasien sudah berdasarkan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) dan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia)

D. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi, ke status kesehatan yang lebih baik yang diharapkan dapat mencapai tujuan dan kriteria hasil yang telah direncanakan dalam tindakan

keperawatan yang di prioritaskan. Implementasi yang dilakukan selama 3 hari perawatan dari tanggal 12-14 Mei 2023

Implementasi Tn. E hari pertama pada 12 Mei 2023 yaitu, Memonitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas), Memonitor bunyi nafas tambahan (mis: gagling, mengi, Wheezing, ronkhi), Memosisikan semi fowler atau fowler, Kolaborasi pemberian bronkodilato, ekspetoran, mukolitik, jika perlu. Dengan respon pasien Subjektif: pasien mengatakan sesak nafas dan nafas terasa cepat dan dangkal, pasien mengatakan lebih nyaman pada posisi semifowler. Objektif : Terdapat suara nafas tambahan ronchi, R: 25x/mnt.

Implementasi hari kedua tanggal 13 Mei 2023 yaitu, Memonitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas), Memonitor bunyi nafas tambahan (mis: gagling, mengi, Wheezing, ronkhi), Memosisikan semi fowler. Dengan respon pasien Subjektif : pasien mengatakan sesak mulai berkurang, Objektif : masih terdapat suara nafas tambahan ronchi, R: 23x/mnt, Pasien nampak menerapkan posisi semifowler.

Implementasi hari ketiga tanggal 14 Mei 2023 yaitu, Memonitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas), Memonitor bunyi nafas tambahan (mis: gagling, mengi, Wheezing, ronkhi), Memosisikan semi fowler. Dengan respon pasien Subjektif : pasien mengatakan sesak sudah sangat berkurang dan sudah tidak ada kesulitan bernafas, Objektif : sudah tidak terdengar suara ronchi, R: 20x/mnt

Implementasi pada Ny. H yang dilakukan pada tanggal 12 Mei 2023, penulis memonitor pola nafas, frekuensi, kedalaman, usaha nafas, lalumonitor bunyi nafas tambahan dan terdapat bunyi napas yaitu ronchi memposisikan semi fowler serta jika perlu melakukan kolaborasi pemberian bronkodilato, ekspetoran, mukolitik.

Pada tanggal 13 Mei 2023 penulis melakukan monitor pola nafas, frekuensi napas 22 x/menit, bunyi napas tambahan ronchi mulai berkurang, dan dianjurkan lagi untuk mempertahankan posisi semi fowler. Dan hari terakhir tanggal 14 Mei 2023 penulis melakukan pemantauan frekuensi napas yaitu 21 x/menit, bunyi napas tambahan ronchi mulai tidak ada. Pasien tetap dianjurkan untuk mempertahankan posisi semi fowler.

E. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahapan yang digunakan untuk menilai respon klien terhadap tindakan keperawatan yang telah diberikan. Pada tahap evaluasi semua diagnosa keperawatan yang telah ditetapkan dan dilakukan intervensi serta implementasi selama 3x24 jam. Penulis membandingkan apakah masalah tersebut teratasi sesuai tujuan yang telah dibuat atau tidak, serta telah mencapai kriteria hasil yang diinginkan atau tidak.

Evaluasi keperawatan yang dilakukan pada tanggal 14 Mei 2023 pada Tn. E yaitu, S (Subjektif): pasien mengatakan sesak sudah tidak sesak, dan pola nafas sudah berangsur angsur normal, O (Objektif): respirasi 20x/mnt, SPO2: 99%, Pasien nampak sudah tidak memakai alat bantu oksigen, O2 standby hanya digunakan bila pasien sewaktu-waktu sesak Kembali, A (Assesment): masalah teratasi, P (Planning): intervensi dihentikan (pasien masuk ke ruang ranap biasa).

Evaluasi keperawatan yang dilakukan pada 14 Mei 2023 pada Ny. H yaitu, S (Subjektif) : pasien mengatakan sesak sudah sangat berkurang dan sudah tidak ada kesulitan bernafas, O (Objektif): sudah tidak terdengar suara ronchi, respirasi 21x/mnt, A (Assesment): masalah teratasi, P (Planning): intervensi dihentikan (pasien rencana masuk ruang ranap biasa)

Terdapat sedikit perbedaan pengaruh terapi komplementer posisi semi fowler pada Tn. E dengan diagnosa Dyspnea disertai CHF dengan penurunan frekuensi napas dari awal pengkajian yaitu 25 x/menit dan setelah dilakukan intervensi selama 3 hari berkurang menjadi 20 x/menit. Sedangkan pada Ny. H dengan dyspnea disertai AKI frekuensi napas mengalami perbaikan dari 25 x/ menit menjadi 21 x/menit.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. *Congestive Heart Failure* atau yang biasa disebut Gagal jantung adalah suatu keadaan fisiologis dimana ketika jantung tidak dapat memompa darah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik dan darah ditandai oleh sesak napas dan fatigue (saat istirahat atau saat aktivitas) yang disebabkan oleh kelainan struktur atau fungsi jantung, serta disebabkan oleh gangguan yang menghabiskan terjadinya pengurangan pengisian ventrikel (disfungsi diastolik) dan atau kontraktilitas miokardial (disfungsi sistolik)
2. Acute kidney injury (AKI) adalah penurunan cepat (dalam jam hingga minggu) laju filtrasi glomerulus (LFG) yang umumnya berlangsung reversible, diikuti kegagalann ginjal untuk mengekskresi sisa metabolisme nitrogen dengan / tanpa gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit
3. Dispnea atau sesak napas adalah perasaan sulit bernapas ditandai dengan napas yang pendek dan penggunaan otot bantu pernapasan. Dispnea dapat ditemukan pada penyakit kardiovaskular, emboli paru, penyakit paru interstisial atau alveolar, gangguan dinding dada, penyakit obstruktif paru (emfisema, bronkitis, asma), kecemasan
4. Dari hasil pengkajian dan pemeriksaan fisik yang diperoleh melalui wawancara serta observasi pada pasien tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan hasil yang ditemukan di lapangan. Pada pasien Tn. E dengan dyspnea yang disertai CHF ditemukan keluhan sesak dan nyeri dada serta

hasil laboratorium AGD yang abnormal yang mana manifestasi diatassesuai dengan teori yang sudah dibahas. Sedangkan pada Ny. H dengan dyspnea yang disertai AKI ditemukan keluhan sesak nafas dan dari hasil laboratorium pemeriksaan hasil elektrolitnya tinggi, mengarah pada AKI dengangejala yang dikeluhkanpasien juga sesuaidenganteori yang sudahdibahas.

5. Diagnosa keperawatan yang muncul pada kedua pasien juga tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan yang ditemukan di lapangan, hanya saja muncul diagnosa baru yang pada AKI yang pada teori tidak muncul. Pada Tn. E dengan CHF diagnosa yang mungkin muncul pada teori yang dibahas ada 10, dan yang ditemukan di lapangan ada 3. Yang mana ketigatiganya termasuk yang disebutkan dalam 10 diagnosa yang mungkin muncul pada penderita CHF yang sudah penulis bahas sebelumnya. Diagnosa yang muncul diantaranya pola nafas tidak efektif, gangguan pertukaran gas dan nyeri akut. Pada Ny. H dengan AKI diagnosa yang mungkin muncul pada teori yang dibahas ada 4, sedangkan diagnosa yang ditemukan dilapangan ada 3. Dimana salah satu diagnosa yang ditemukan tidak dibahas dalam teori yang penulis paparkan. Namun berdasarkan manifestasi klinisnya tidak terdapat kesenjangan antara hasil yang ditemukan dilapangan dengan teori yang dibahas. Diagnosa yang ditemukan diantaranya pola nafas tidak efektif, intoleransi aktivitas dan ansietas.

6. Pada tahap perencanaan asuhan keperawatan pada Tn. E dengan dyspnea disertai CHF dan Ny. H dengan dyspnea disertai AKI telah disusun sebagaimana pedoman Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) yang disesuaikan pula dengan kondisi yang dialami pasien dengan penetapan prioritas masalah, kriteria hasil yang diharapkan serta penyusunan intervensi keperawatan yang dilakukan penulis secara mandiri kepada pasien.
7. Pada tahap pelaksanaan, penulis melaksanakan tindakan keperawatan sebagaimana yang telah disusun pada tahap perencanaan. Tidak ditemukan hambatan saat dilakukan tindakan keperawatan, pasien dan keluarga sangat kooperatif dan mampu bekerjasama.
8. Terakhir tahap evaluasi diagnosa keperawatan yang ditemukan dan telah ditetapkan dan disusun perencanaan keperawatannya serta sudah dilakukan implementasi keperawatan selama 3x24 jam. Semua diagnosa yang ditemukan dapat teratasi sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan, kedua pasien direncanakan akan pindah keruang ranap biasa untuk fase pemulihan.

B. Saran

1. Bagi Rumah Sakit

Dalam rangka perbaikan dan peningkatan kualitas pelayanan dan perawatan diharapkan perawat dapat lebih kooperatif, sigap dan responsif karena klien yang dihadapi adalah pasien dengan kondisi gawat yang

memerlukan penanganan lebih cepat dan tepat demi memberikan pelayanan terbaik pada pasien ICU yang membutuhkan perawatan lebih dalam.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Penulis berharap Hasil karya ilmiah akhir ini dapat digunakan sebagai bahan acuan, pembahasan, pengembangan serta menambahkan wawasan keilmuan dibidang kedaruratan terkhusus pada kasus dyspnea pada CHF dan AKI. Penulis juga berharap penyusunan karya ilmiah akhir ini dapat bermanfaat terkhusus untuk mahasiswa/I STIKes Medistra Indonesia sebagai tambahan ilmu pengetahuan dalam bidang keperawatan Gadar dan Kritis

3. Bagi Pasien dan Keluarga

Diharapkan pasien dan keluarga dapat memahami dan terus menggali informasi mengenai CHF dan AKI tentang bagaimana penanganan, pencegahan dan perawatan secara mandiri yang dapat dilakukan.

Daftar Pustaka

- Albar, F., Putra, K. W. R., Wijayanti, D. P., & Sulistyowati, A. (2021). *ASUHAN KEPERAWATAN PADA LANSIA TN S DENGAN MASALAH POLA NAFAS TIDAK EFEKTIF PADA DIAGNOSA MEDIS ASMA DI DESA MBALONG KECAMATAN SIDOARJO KABUPATEN SIDOARJO*. Politeknik Kesehatan Kerta Cendekia.
- Alfiani, F., & Maesaroh, M. (2021). Asuhan Keperawatan Tn. W dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler Akibat Gagal Jantung Kongestif Di Ruang Rosella RSUD Kardinah Kota Tegal. *Jurnal Akper Buntet: Jurnal Ilmiah Akper Buntet Pesantren Cirebon*, 5(2), 84–103.
- Alpino Virgiawan, G., & Septiawan, T. (2020). *Pengaruh Deep Breathing Exercise Pada Tingkat Dyspnea Dan Kualitas Tidur Pasien Congestive Heart Failure Literature Review*.
- Astuti, D. P. T., Suardamana, I. K., & PD-KAI, S. (2017). Gagal jantung. *Universitas Udayana*, 1–2.
- Astuti, Y. E., Setyorini, Y., & Rifai, A. (2018). Hipervolemia Pada Pasien Congestive Heart Failure (CHF). *Interest: Jurnal Ilmu Kesehatan*, 7(2).
- Blesinki, M., Suza, D. E., & Tarigan, M. (2022). Pengalaman Pasien Penyakit Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis dalam Mengikuti Asupan Diet dan Cairan: Studi Fenomenologi. *Journal of Telenursing (JOTING)*, 4(2), 968–987.
- Choiroh, W. U., & Yuniaswan, A. P. (2022). MORTALITY OF EXFOLIATIVE DERMATITIS PATIENTS OVERLAPPING WITH DRESS. *Journal of Dermatology, Venereology and Aesthetic*, 3(2), 8–20.
- Dewi, K. D. S. (2018). *Gambaran Asuhan Keperawatan Pada Pasien Pneumonia Dengan Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif Di Ruang Oleg RSUD Mangusada Badung Tahun 2018*. Jurusan Keperawatan 2018.
- Fathoni, A., & Hudiawati, D. (2022). *Gambaran Tingkat Beban Keluarga Dalam Merawat Anggota Keluarga Yang Menderita Gagal Jantung*. Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Fikriana, R. (2018). *Sistem kardiovaskuler*. Deepublish.
- FISKA, F., Septiyanti, S., Sahran, S., & Idramsya, I. (2021). *Asuhan Keperawatan Reduksi Ansietas pada Pasien Cengestive Heart Failure (CHF) di Ruang ICCU RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu*. Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
- Handayani, S. (2021). *Anatomi dan Fisiologi Tubuh Manusia*. Media Sains Indonesia.

- Hariyono, H. (2020). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Sistem Cardiovasculer Untuk Profesi Ners*. Icme Press.
- Hasanah, N. (2019). *Hubungan Aktivitas Fisik dengan Kualitas Hidup Pasien Gagal Jantung yang Berobat di RSUD Dr. Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Kota Malang*. Universitas Brawijaya.
- Hidayatullah, S., & Feriani, P. (2019). *Analisa Praktik Klinik Asuhan Keperawatan pada Pasien CHF dengan Intervensi Inovasi Deep Breathing Exercise dan Mobilisasi Progresif Level 1 Terhadap Perubahan Hemodinamik di Ruang ICU RSUD AW Sjahrani Samarinda Tahun 2018*.
- Irawan, D. P. D., Cholissodin, I., & Santoso, E. (2018). Klasifikasi Risiko Gagal Ginjal Kronis Menggunakan Extreme Learning Machine. *Jurnal Pengembangan Teknologi Informasi Dan Ilmu Komputer E-ISSN*, 2548, 964X.
- Karon, K. (2019). Pengaruh Ventilatory Muscle Training (VMT) terhadap penurunan dyspnea pada penderita Congestive Heart failure. *JURNAL MEDIKA USADA*, 2(1), 31–37.
- Kurniasih, T. (2018). *Sistem Organ Manusia*. Deepublish.
- Lilia, I. H., & Supadmi, W. (2020). Faktor Risiko Gagal Ginjal Kronik Pada Unit Hemodialisis Rumah Sakit Swasta di Yogyakarta. *Majalah Farmasetika*, 4, 60–65.
- Lukitasari, M., Kusumastuty, I., Nugroho, D. A., Rohman, M. S., & Kristianingrum, N. D. (2021). *Gagal Jantung: Perawatan Mandiri dan Multidisiplin*. Universitas Brawijaya Press.
- Melani, T., Budi, M., & Putranti, D. (2022). Asuhan Keperawatan Penurunan Curah Jantung Pada Tn. S dengan Congestive Heart Failure (CHF) di Ruang Lavender RSUD dr. R. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga. *Journal of Management Nursing*, 2(1), 147–157.
- Mugihartadi, M. R. H. (2020). PEMBERIAN TERAPI OKSIGENASI DALAM MENGURANGI KETIDAKEFEKTIFAN POLA NAFAS PADA PASIEN CONGESTIVE HEART FAILURE (CHF) DI RUANG ICU/ICCU RSUD DR. SOEDIRMAN KEBUMEN. *Nursing Science Journal (NSJ)*, 1(1), 1–6.
- Nasution, S. H., Syarif, S., & Musyabiq, S. (2020). Penyakit Gagal Ginjal Kronis Stadium 5 Berdasarkan Determinan Umur, Jenis Kelamin, dan Diagnosa Etiologi di Indonesia Tahun 2018. *Jurnal Kedokteran Universitas Lampung*, 4(2), 157–160.
- Nirmalasari, N. (2017). Deep Breathing Exercise and Active Range of Motion Effectively Reduce Dyspnea in Congestive Heart Failure Patients. *NurseLine Journal*, 2(2), 159–165.

- Novianty, D. (2021). Gagal Ginjal Akut sebagai Komplikasi Covid-19: Literature Review. *Indonesian Journal of Nursing and Health Sciences*, 2(1), 15–24.
- Nur, M., Anggunan, A., & Wulandari, P. (2018). Hubungan Kadar Asam Urat dengan Kadar Kreatinin pada Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisa di Rumah Sakit Pertamina Bintang Amin Bandar Lampung Tahun 2016. *Jurnal Ilmu Kedokteran Dan Kesehatan*, 5(4).
- Nurkhalis, N., & Adista, R. J. (2020). Manifestasi Klinis dan Tatalaksana Gagal Jantung. *Jurnal Kedokteran Nangroe Medika*, 3(3), 36–46.
- Pangestu, M. D., & Nusadewiarti, A. (2020). Penatalaksanaan Holistik Penyakit Congestive Heart Failure pada Wanita Lanjut Usia Melalui Pendekatan Kedokteran Keluarga. *Jurnal Majority*, 9(1), 1–11.
- Pasaribu, P. M. J. (2020). *Proses Keperawatan Sebagai Sistem Dalam Memberikan Asuhan Keperawatan*.
- Pramestiyani, M., Oktavia, S., Sulung, N., Wahyuni, T. P., Safitri, W., Lestari, N. C., & Iriani, F. A. (2022). *Anatomi Fisiologi*. Global Eksekutif Teknologi.
- Puspasari, S. F. A. (2018). *Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan sistem pernapasan*. Pustaka baru press.
- Rahmatiana, F., & Clara, H. (2019). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. A Dengan Congestive Heart Failure. *Buletin Kesehatan: Publikasi Ilmiah Bidang Kesehatan*, 3(1), 7–25.
- Rismayanti, N. I. D. A., & Kep, M. (2023). GANGGUAN DALAM CAIRAN DAN ELEKTROLIT. *Konsep Dan Aplikasi Keseimbangan Cairan Dan Elektrolit*, 23.
- Saroinsong, L., Jim, E. L., & Rampengan, S. H. (2021). Diagnosis dan Tatalaksana Terkini Gagal Jantung Akut. *E-CliniC*, 9(1).
- Shianata, C. M., Engka, J. N. A., & Pangemanan, D. H. C. (2021). Happy Hypoxia Pada Coronavirus Disease. *Jurnal Biomedik: JBM*, 13(1), 58–66.
- Suharto, D. N. (2021). Deep Breathing Exercise Dan Aktivitas Bertahap Dalam Menurunkan Dyspnea Pada Pasien Congestive Heart Failure. *Jurnal Ilmiah PANNMED (Pharmacist, Analyst, Nurse, Nutrition, Midwivery, Environment, Dentist)*, 16(1), 83–86.
- Sulistyaningsih, D. R. (2023). Efektivitas training efikasi diri pada pasien penyakit ginjal kronik dalam meningkatkan kepatuhan terhadap intake cairan. *Majalah Ilmiah Sultan Agung*, 50(128), 11–25.
- Susanti, N. (2021). *EFEKTIFITAS MODIFIKASI POSITIONING (SEMI FOWLER 45° DENGAN LATERAL KANAN) TERHADAP PENINGKATAN SATURASI OKSIGEN PADA PASIEN CHF (CONGESTIVE HEART FAILURE) DI*

RUANG ICU RSI SITI AISYAH MADIUN. Universitas Muhammadiyah Ponorogo.

Susianti, H. (2019). *Memahami Interpretasi Pemeriksaan Laboratorium Penyakit Ginjal Kronis*. Universitas Brawijaya Press.

Suwitra, K. (n.d.). DIAGNOSTIK DAN PENATALAKSANAAN GAGAL GINJAL AKUT. *Gawat Darurat Di Bidang Penyakit Dalam*, 87.

TRISKA PUTRANTO, T. (2022). *PENGARUH PEMBERIAN POSISI SEMI FOWLER 45 DERAJAT TERHADAP FREKUENSI NAFAS PADA PASIEN GAGAL GINJAL KRONIK DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS SIDOHARJO SRAGEN*. Universitas Kusuma Husada Surakarta.

Zalukhu, F. F. P. (2020). *IMPLEMENTASI DALAM RENCANA KEPERAWATAN*.

 <p>SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKes) MEDISTRA INDONESIA PROGRAM STUDI PROFES NERS-PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN (S1) PROGRAM STUDI PROFESI BIDAN – PROGRAM STUDI KEBIDANAN (S1) PROGRAM STUDI FARMASI (S1)-PROGRAM STUDI KEBIDANAN (D3) Jl.Cut Mutia Raya No. 88A-Kel.Sepanjang Jaya – Bekasi Telp.(021) 82431375-77 Fax (021) 82431374 Web:stikesmedistra-indonesia.ac.idEmail: stikes_mi@stikesmedistra-indonesia.ac.id</p>					
FORMULIR PENILAIAN PRESENTASI UJIAN SIDANG KIAN					
Nomor Dokumen	:	FM.059/A.004/PROF.NERS/STIKESMI-UPM/2022	Tanggal Pembuatan	:	09 juni 2023
Revisi	:	0	Tgl efektif	:	27 juli 2023

KEGIATAN BIMBINGAN KARYA ILMIAH AKHIR

TANGGAL BIMBINGAN	WAKTU BIMBINGAN	KEGIATAN	PARAF PEMBIMBING	KETERANGAN
15 MEI 2023	16.45	Pengajuan Judul		ACC JUDUL KIAN
30 Mei 2023	15.00	Konsul bab 1-3		Konsul : selesaikan dari bab 1 s/d 5
31 Mei 2023	09.00	Konsul bab 1-5		Konsul : kepastian sidang
3 Juni 2023	10.00	Acc siding		Revisi 1. sistematik penulisan 2. di pembahasan dijelaskan diagnosa keperawatan kep menurut teori dan pasien kasus dan tindakan komplementer apa yang diberikan
5 Juni 2023	15.00	Sidang		Sidang
28 Juni 2023	14.00	Konsul post sidang		Revisi : 1 Pengkajian primer 2 Daftar isi

31 Juni 2023	09.15	Konsul Post Sidang		ACC HC penguji I
31 Juni 2023	09.15	Konsul post sidang		ACC HC penguji II

Mengetahui,
Kepala Program Studi Keperawatan (S1 & Profesi Ners)

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

NIDN.0316028302

BIODATA PENULIS



I. Data Pribadi

Nama Lengkap : Sri Wulandari
TTL : Karawang, 11 Oktober 2000
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Alamat : Dusun Bayur 02 Rt/Rw 010/03 Desa Lemahduhur
KecamatanTempuran Kabupaten Karawang Jawa Barat
No.Handphone : 081511247146
Email : sriw72043@gmail.com

II. Riwayat Pendidikan

2006-2012 : SDN Lemahduhur 1
2012-2015 : SMPN 1 Tempuran
2015-2018 : SMAN 1 Telagasari
2018-2022 : STIKes Medistra Indonesia (S1 Keperawatan)
2022-2023 : STIKes Medistra Indonesia (Profesi Ners)