

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN KEGAWATDARURATAN PADA
NY.M DENGAN DIAGNOSA MEDIS *CONGESTIVE HEART
FAILURE* DI RUANG ICU CENTRAL
RSPAL Dr.RAMELAN SURABAYA**



Oleh :

ALIFIA LAILA SYAHRI RIMADHANI

NIM. 2230008

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA**

2023

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN KEGAWATDARURATAN PADA
NY.M DENGAN DIAGNOSA MEDIS *CONGESTIVE HEART
FAILURE* DI RUANG ICU CENTRAL
RSPAL Dr.RAMELAN SURABAYA**

**Karya Ilmiah Akhir Ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk
Memperoleh Gelar Ners**



Oleh :

ALIFIA LAILA SYAHRI RIMADHANI

NIM. 2230008

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA**

2023

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya ilmiah ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di STIKES Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan penulis, semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk, saya nyatakan dengan benar. Bila ditemukan plagiasi, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya menerima sanksi yang dijatuhkan oleh STIKES Hang Tuah Surabaya

Surabaya, 12 Juni 2023

Penulis

Alifia Laila Syahri Rimadhani

NIM.223.0008

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

Nama : Alifia Laila Syahri Rimadhani

NIM : 2230008

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Ny.M dengan Diagnosa Medis *Congestive Heart Failure* di Ruang ICU Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui laporan karya ilmiah akhir ini guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar:

Ners (Ns)

Surabaya, 12 Juni 2023

Pembimbing I

Pembimbing II

Dwi Priyantini, S. Kep., Ns., M. Sc
NIP.03006

Anisya Ken Syayekti, S. Kep., Ns
NIP. 197507022006042001

Mengetahui,

STIKES Hang Tuah Surabaya
Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners

Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 03009

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari :

Nama : Alifia Laila Syahri Rimadhani

NIM : 223.0008

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Ny.M dengan Diagnosa Medis *Congestive Heart Failure* di Ruang ICU Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji Karya Ilmiah Akhir di STIKES Hang Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar “NERS” pada Prodi Pendidikan Profesi Ners di STIKES Hang Tuah Surabaya.

Penguji I : **Astrida Budiarti, M.Kep., Ns., Sp.Kep.Mat**
NIP.03025

Penguji II : **Dwi Priyantini, S. Kep., Ns., M. Sc**
NIP.03006

Penguji III : **Anisya Ken Syayekti, S. Kep., Ns**
NIP. 197507022006042001

Mengetahui,
STIKES Hang Tuah Surabaya
Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners

Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 03009

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya Ilmiah Akhir ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Pendidikan Profesi Ners.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya ilmiah ini bukan hanya karena kemampuan penulis saja, tetapi banyak bantuan dari berbagai pihak, yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesainya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada:

1. Laksamana Pertama TNI dr. Eko P. A. W, Sp. OT (K) Hip and Knee., FICS. selaku Kepala Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, yang telah memberikan ijin dan lahan praktik untuk penyusunan karya ilmiah akhir
2. Laksamana Pertama (Purn) Dr. A. V. Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes., selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami menyelesaikan pendidikan Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
3. Puket 1, Puket 2 Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan program studi profesi Ners.

4. Ibu Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep., Ns., M.Kep., selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
5. Ibu Astrida Budiarti, M.Kep., Ns.,Sp.Kep.Mat., selaku ketua penguji yang dengan tulus ikhlas bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
6. Ibu Dwi Priyantini, S. Kep., Ns., M. Sc., selaku pembimbing 1 yang dengan tulus ikhlas bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
7. Ibu Anisya Ken Syayekti, S. Kep., Ns., selaku pembimbing 2 yang dengan tulus ikhlas bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
8. Bapak dan Ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan Karya Ilmiah Akhir ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisannya.
9. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdo'a semoga Allah SWT membalas amal

baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa Karya Ilmiah Akhir ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga Karya Ilmiah Akhir ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bagi Civitas Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 12 Juni 2023

Penulis

DAFTAR ISI

DAFTAR TABEL

DAFTAR GAMBAR

DAFTAR LAMPIRAN

DAFTAR SINGKATAN

- AHA : American Heart Associationter
AVA : Atrio Ventrikuler
Chf : Congestive Heart Failuer
Ckd : Chronic Kidney Disease
GCS : Glasgow Coma Scale
GFR : Glumerular Fitratio Rate
EKG : Elektrokardiogram
LAD : Left Anterior Descenden
LDL : Low Density Lipoprotein
HDL : High Density Lipoprotein
PDA : Posterior Decendens Artery
SA : Sino Atrium
SLE : Systemic Lupus Erythematosus
WHO : World Health Organization

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

CHF (*Congestive heart failure*) atau yang biasa disebut dengan gagal jantung kongestif disebabkan karena keadaan ketika jantung tidak mampu lagi memompakan darah secukupnya untuk memenuhi kebutuhan sirkulasi tubuh serta memenuhi keperluan metabolisme jaringan tubuh pada kondisi tertentu, sedangkan tekanan pengisian kedalam jantung masih cukup tinggi (Aspiani, 2016). Jantung sangat berperan dimana jantung fungsi jantung sebagai sebuah pompa diindikasikan oleh kemampuannya untuk memenuhi suplai darah yang adekuat keseluruh tubuh, apabila jantung tidak mampu memberikan suplai darah akan mempengaruhi fungsi organ lain (Narolita, 2018). Masalah keperawatan yang muncul pada pasien CHF yaitu penurunan curah jantung, gangguan pertukaran gas, bersihan jalan napas tidak efektif, hipervolemia.

CHF merupakan penyebab kematian nomor satu di dunia. Menurut data AHA (American Heart Association) pada tahun 2012 didapatkan 5,3 juta orang menderita gagal jantung di Amerika Serikat, 660.000 kasus baru terdiagnosis tiap tahunnya dengan perbandingan insiden 10/1000 populasi pada usia lebih 65 tahun (Wati and Sensussiana, 2020). Data World Health Organization (WHO) pada tahun 2016, menunjukkan 17,5 juta jiwa (31%) dari 58 juta angka kematian disebabkan oleh penyakit jantung (WHO,2016). Di Indonesia berdasarkan hasil dari Riset Kesehatan Dasar pada tahun 2013, pravelensi gagal jantung pada umur lebih dari 15 tahun sebesar 0,13% atau

diperkirakan sekitar 229.696 orang. Negara Indonesia menduduki peringkat keempat penderita gagal jantung kongestif terbanyak di Asia Tenggara setelah negara Filipina, Myanmar dan Laos (Kemenkes, 2013). Berdasarkan data dari Riset Kesehatan Dasar pada tahun 2018, terdapat tiga penyakit kronis dengan penderita tertinggi di wilayah Provinsi Jawa Timur, salah satunya penderita penyakit jantung sebanyak 599.339 (Kemenkes, 2018).

Gejala CHF nafas pendek yang tipikal saat istirahat atau saat melakukan aktivitas disertai tidak kelelahan, tanda retensi cairan seperti kongesti paru atau edema di pergelangan kaki adanya bukti objektif dari gangguan struktur atau fungsi jantung saat istirahat (Siswanto, 2015). CHF terjadi karena perubahan fungsi sistolik dan diastolik ventrikel kiri. Jantung mengalami kegagalan karena efek struktural atau penyakit intrinsik, sehingga tidak dapat menangani jumlah darah yang tidak dapat melakukan toleransi peningkatan volume darah mendadak (Hawks and Black, 2014). Menurut Smeltzer, S.C. & Bare, (2013) bahwa, gagal jantung disebabkan dengan berbagai keadaan seperti kelainan otot jantung, aterosklerosis coroner, hipertensi Sistemik atau pulmonal (peningkatan after load) dan penyakit jantung lainnya. Beberapa masalah yang biasanya ditemukan pada klien yang mengalami CHF yaitu gangguan pertukaran gas, ketidakefektifan pola nafas, nyeri akut, resiko penurunan perfusi jaringan miokard, intoleransi aktivitas, kelebihan volume cairan, kerusakan integritas kulit, keseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan Kusuma, (2015) sedangkan menurut SDKI, (2016) yaitu penurunan curah jantung, hipervolemia, gangguan pertukaran gas, intoleransi aktivitas, bersihan jalan napas tidak efektif, dan perfusi perifer tidak efektif.

Melihat prognosis CHF yang buruk serta berjalan dengan saat cepat tak sedikit beberapa kasus CHF memiliki berbagai macam komplikasi dan berujung pada penurunan kesadaran yang kemudian beresiko mengalami kematian maka dimana jantung sangat berperan penting untuk mensuplai oksigen ke organ lainnya dengan hal ini diperlukan peran perawat yang cepat dan tepat dalam memberikan perawatan intensive care dengan tujuan memberikan pertolongan penopang kehidupan dasar. Melalui proses pemberian asuhan keperawatan dan komunikasi terapeutik kepada pasien, diharapkan dapat memenuhi kebutuhan dan menjaga status kesehatan yang masih baik serta dapat mengatasi masalah pasien sepenuhnya. Berdasarkan latar belakang tersebut, maka perlu melakukan penerapan asuhan keperawatan pada Ny.M dengan diagnosa medis CHF di ruang ICU Central Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah, maka penulis berniat membuat karya tulis ilmiah tentang Asuhan Keperawatan Pada Ny.M dengan diagnosa medis CHF. Untuk itu penulis merumuskan permasalahan sebagai berikut: “Bagaimana pelaksanaan asuhan keperawatan pada Ny.M dengan Diagnosa Medis CHF di ruang ICU Central Rumkital Dr. Ramelan Surabaya?”

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mengidentifikasi asuhan keperawatan pada Ny.M dengan Diagnosa Medis CHF di ruang ICU Central Rumkital Dr. Ramelan Surabaya

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi hasil pengkajian asuhan keperawatan pada Ny.M dengan Diagnosa Medis CHF di ruang ICU Central Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
2. Merumuskan analisa masalah, prioritas masalah dan menegakkan diagnosa keperawatan pada Ny.M dengan Diagnosa Medis CHF di ruang ICU Central Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
3. Menyusun rencana tindakan keperawatan pada masing – masing diagnosis keperawatan pada Ny.M dengan Diagnosa Medis CHF di ruang ICU Central Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
4. Melaksanakan tindakan keperawatan pada Ny.M dengan Diagnosa Medis CHF di ruang ICU Central Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
5. Melaksanakan evaluasi hasil keperawatan pada Ny.M dengan Diagnosa Medis CHF di ruang ICU Central Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.

1.4 Manfaat Karya Tulis Ilmiah

Berdasarkan tujuan umum maupun tujuan khusus maka karya ilmiah akhir ini diharapkan bisa memberikan manfaat baik bagi kepentingan pengembangan program maupun bagi kepentingan ilmu pengetahuan, adapun manfaat – manfaat dari karya tulis ilmiah secara teoritis maupun praktis seperti tersebut dibawah ini:

1. Secara Teoritis

Pemberian asuhan keperawatan secara cepat, tepat dan efisien dapat menghasilkan keluaran klinis yang baik, dan dapat menurunkan angka kejadian disability dan mortalitas pada pasien dengan CHF.

2. Secara Praktis

a. Bagi Institusi Rumah Sakit

Hasil karya ilmiah akhir ini dapat menjadi masukan bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit sehingga perawat mampu menerapkan tindakan keperawatan pada pasien diagnosa medis CHF salah satu bentuk sumbangan ilmu pengetahuan dalam menyusun kebijakan atau pedoman pelaksanaan tindakan keperawatan pada pasien dengan CHF.

b. Bagi Keluarga dan Klien

Karya ilmiah akhir ini sebagai bahan penyuluhan kepada keluarga tentang deteksi dini penyakit CHF serta komplikasinya dari CHF dan sebagai masukan dalam merawat keluarga dengan diagnosa CHF.

c. Bagi Penulis

Selanjutnya bahan penulis ini bisa dipergunakan sebagai perbandingan atau gambaran tentang tindakan keperawatan pasien dengan CHF sehingga penulis selanjutnya mampu mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang terbaru.

1.5 Metode Penulisan

1.5.1 Metode

Metode penulisan yang digunakan pada karya ilmiah akhir ini adalah metode studi kasus.

1.5.2 Teknik Pengumpulan Data

Adapun langkah-langkah yang diambil penulisan dalam karya ilmiah akhir ini yaitu studi kepustakaan, wawancara, observasi, pemeriksaan.

1.5.3 Sumber Data

Sumber data yang digunakan yaitu data primer, data sekunder, dan studi kepustakaan.

1.6 Sistematika Penulisan

Penyusunan karya ilmiah akhir secara keseluruhan dibagi menjadi 3 bagian, yaitu:

1. Bagian awal memuat halaman judul, halaman persetujuan, surat pernyataan, kata pengantar, daftar isi, daftar gambar, daftar lampiran, singkatan.
2. Bagian inti meliputi lima bab, yang masing – masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :

BAB 1: Pendahuluan yang berisi tentang latar belakang masalah, perumusan masalah, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan, dan sistematika penulisan.

BAB 2: Tinjauan pustaka yang berisi tentang teori mengenai konsep penyakit CHF, konsep kegawatdaruratan, konsep asuhan keperawatan CHF, kerangka masalah

BAB 3: Tinjauan kasus berisi tentang data hasil pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi dari pelaksanaan tindakan keperawatan pada pasien dengan CHF

BAB 4: Pembahasan yang berisi tentang analisis masalah yang ditinjau dari pustaka, hasil pelaksanaan tindakan keperawatan dan opini penulis.

BAB 5: Penutup yang berisi simpulan dan saran.

3. Bagian akhir yang terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini akan disajikan tinjauan pustaka yang mendasari masalah yang akan dibahas, meliputi :1) Konsep CHF, 2) Konsep Kegawatdaruratan 3) Konsep Asuhan Keperawatan CHF, 4) Kerangka Masalah.

2.1 Konsep CHF

2.1.1 Definisi CHF

Congestive Heart Failure (CHF) atau sering disebut Gagal Jantung Kongestif adalah sindrom klinis yang kompleks, dimanadidasari oleh ketidakmampuan jantung untuk memompakan darah ke seluruh jaringan tubuh yang adekuat, mengakibatkan gangguan struktural dan fungsional dari jantung. Pasien dengan gagal jantung memiliki tanda dan gejala sesak nafas yang spesifik pada saat istirahat atau saat melakukan aktivitas, rasa lemah, tidak bertenaga, retensi air seperti kongestif paru, edema tungkai, dan terjadi abnormalitas dari struktur jantung dan fungsi jantung (Narolita, 2018). Curah jantung yang rendah dapat memunculkan mekanisme kompensasi yang mengakibatkan peningkatan beban kerja jantung dan pada akhirnya terjadi resistensi pengisian jantung (Smeltzer, S.C. & Bare, 2013). CHF memiliki sekumpulan tanda dan gejala diantaranya yaitu sesak napas dan kelelahan (saat istirahat maupun saat aktivitas) hal itu dapat terjadi dikarenakan kelainan struktur atau kelainan fungsi jantung (Nurarif and Kusuma, 2015).

2.1.2 Anatomi fisiologi Jantung

Jantung adalah organ otot yang berongga dan berukuran sebesar kepalan tangan. Fungsi utama jantung adalah memompa darah ke pembuluh darah dengan kontraksi ritmik dan berulang. Jantung normal terdiri dari empat ruang, 2 ruang jantung atas dinamakan atrium dan 2 ruang jantung di bawahnya dinamakan ventrikel, yang berfungsi sebagai pompa. Dinding yang memisahkan kedua atrium dan ventrikel menjadi bagian kanan dan kiri dinamakan septum. Batas-batas jantung:

1. Kanan : vena cava superior (VCS), atrium kanan, vena cava inferior (VCI)
2. Kiri : ujung ventrikel kiri
3. Anterior : atrium kanan, ventrikel kanan, sebagian kecil ventrikel kiri
4. Posterior : atrium kiri, 4 vena pulmonalis
5. Inferior : ventrikel kanan yang terletak hampir horizontal sepanjang diafragma sampai apeks jantung
6. Superior : apendiks atrium kiri

Darah dipompakan melalui semua ruang jantung dengan bantuan keempat katup yang mencegah agar darah tidak kembali ke belakang dan menjaga agar darah tersebut mengalir ke tempat yang dituju. Keempat katup ini adalah katup trikuspid yang terletak di antara atrium kanan dan ventrikel kanan, katup pulmonal, terletak di antara ventrikel kanan dan arteri pulmonal, katup mitral yang terletak di antara atrium kiri dan ventrikel kiri dan katup aorta, terletak di antara ventrikel kiri dan aorta. Katup mitral memiliki 2 daun (leaflet), yaitu leaflet anterior dan posterior (Siswanto, 2015).

Jantung dipersarafi aferen dan eferen yang keduanya sistem saraf simpatis dan parasimpatis. Saraf parasimpatis berasal dari saraf vagus melalui preksus jantung.

Serabut post ganglion pendek melewati nodus SA dan AV, serta hanya sedikit menyebar pada ventrikel. Saraf simpatis berasal dari trunkus toraksik dan servikal atas, mensuplai kedua atrium dan ventrikel. Walaupun jantung tidak mempunyai persarafan somatik, stimulasi aferen vagal dapat mencapai tingkat kesadaran dan dipersepsi sebagai nyeri. Suplai darah jantung berasal dari arteri koronaria. Arteri koroner kanan berasal dari sinus aorta anterior, melewati diantara trunkus pulmonalis dan apendiks atrium kanan, turun ke lekukan A-V kanan sampai mencapai lekukan interventrikuler posterior (Siswanto, 2015).

Pada 85% pasien arteri berlanjut sebagai arteri posterior desenden atau posterior descendens artery (PDA) disebut dominan kanan. Arteri koroner kiri berasal dari sinus aorta posterior kiri dan terbagi menjadi arteri anterior desenden kiri atau left anterior descenden (LAD) interventrikuler dan sirkumfleksi. LAD turun di anterior dan inferior ke apeks jantung. Mayoritas darah vena terdrainase melalui sinus koronarius ke atrium kanan. Sinus koronarius bermuara ke sinus venosus sistemik pada atrium kanan, secara morfologi berhubungan dengan atrium kiri, berjalan dalam celah atrioventrikuler (Siswanto, 2015).

2.1.3 Klasifikasi CHF

Klasifikasi gagal jantung kongestif (*Congestive Heart Failure*) adalah sebagai berikut:

1. Gagal Jantung Akut-Kronik
 - a. Gagal jantung akut terjadinya secara tiba-tiba, ditandai dengan penurunan cardiacoutput dan tidak adekuatnya perfusi jaringan. Ini dapat mengakibatkan edema paru dan kolaps pembuluh darah.

- b. Gagal jantung kronik terjadi secara perlahan ditandai dengan penyakit jantung iskemik, penyakit paru kronis. Gagal jantung kronik terjadi retensi air dan sodium pada ventrikel sehingga menyebabkan hipervolemia, akibatnya ventrikel dilatasi dan hipertrofi.
2. Gagal Jantung Kanan-Kiri
- a. Gagal jantung kiri terjadi karena ventrikel gagal untuk memompa darah secara adekuat sehingga menyebabkan kongesti pulmonal, hipertensi dan kelainan pada katub aorta/mitral.
 - b. Gagal jantung kanan disebabkan peningkatan tekanan pulmo akibat gagal jantung kiri yang berlangsung cukup lama sehingga cairan yang terbungung akan berakumulasi secara sistemik di kaki, asites, hepatomegali, efusi pleura.
3. Gagal Jantung Sistolik-Diastolik
- a. Gagal jantung sistolik karena penurunan kontraktilitas ventrikel kiri sehingga ventrikel kiri tidak mampu memompa darah akibat cardiacoutput menurun dan ventrikel hipertrofi.
 - b. Gagal jantung diastolik karena ketidakmampuan ventrikel dalam pengisian darah akibat stroke volume cardiac output turun (Wulandari, 2017).

Klasifikasi gagal jantung menurut derajat sakitnya:

1. Derajat 1: Tanpa keluhan, anda masih bisa melakukan aktivitas fisik sehari-hari tanpa disertai kelelahan ataupun sesak nafas.
2. Derajat 2: Ringan, aktivitas fisik sedang menyebabkan kelelahan atau sesak napas, tetapi jika aktivitas ini dihentikan maka keluhan pun hilang.

3. Derajat 3: Sedang, aktivitas fisik ringan menyebabkan kelelahan atau sesak napas, tetapi keluhan akan hilang jika aktivitas dihentikan.
4. Derajat 4: Berat, tidak dapat melakukan aktivitas fisik sehari-hari, bahkan pada saat istirahat pun keluhan tetap ada dan semakin berat jika melakukan aktivitas walaupun aktivitas ringan (Nurarif, Kusuma, 2015).

2.1.4 Etiologi CHF

Penyebab CHF adalah sebagai berikut :

1. Kelainan Otot Jantung

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

2. Aterosklerosis Koroner

Aterosklerosis koroner mengakibatkan disfungsi miokardium karena terganggunya aliran darah ke otot jantung. Terjadi hipoksia dan asidosis (akibat penumpukan asam laktat). Infark miokardium (kematian sel jantung) biasanya mendahului terjadinya gagal jantung. Peradangan dan penyakit miokardium degeneratif, berhubungan dengan gagal jantung karena kondisi yang secara langsung merusak serabut jantung dapat menyebabkan kontraktilitas menurun.

3. Hipertensi Sistemik atau pulmonal

Meningkatkan beban kerja jantung dan pada gilirannya mengakibatkan hipertrofi serabut otot jantung.

4. Penyakit Jantung Lain

Gagal jantung dapat terjadi sebagai akibat penyakit jantung yang sebenarnya, yang secara langsung mempengaruhi jantung. Mekanisme biasanya terlibat mencakup gangguan aliran darah yang masuk jantung (stenosis katup semiluner). Ketidakmampuan jantung untuk mengisi darah (tamponade, perikardium, perikarditis konstriktif, atau stenosis AV). Peningkatan mendadak afterload.

5. Faktor Sistemik

Terdapat sejumlah faktor yang berperan dalam perkembangan dan beratnya gagal ginjal. Meningkatnya laju metabolisme, hipoksia dan anemia memerlukan peningkatan curah jantung untuk memenuhi kebutuhan oksigen sistemik. Hipoksia dan anemia juga dapat menurunkan suplai oksigen ke jantung. Asidosis respiratorik atau metabolik dan abnormalitas elektronik dapat menurunkan kontraktilitas jantung (Arinda dan Novi, 2018).

2.1.5 Patofisiologi

Fungsi jantung sebagai sebuah pompa diindikasikan oleh kemampuannya untuk memenuhi suplai darah yang adekuat keseluruhan tubuh, baik dalam keadaan istirahat maupun mengalami stress fisiologis.

Mekanisme fisiologis yang menyebabkan gagal jantung meliputi keadaan-keadaan sebagai berikut:

1. Preload (beban awal) Jumlah darah yang mengisi jantung berbanding langsung dengan tekanan yang ditimbulkan oleh panjangnya regangan serabut jantung.
2. Kontraktilitas Perubahan kekuatan kontriksi berkaitan dengan panjangnya regangan serabut jantung.
3. After Load (beban akhir)

Besarnya tekanan ventrikel yang harus dihasilkan untuk memompa darah melawan tekanan yang diperlukan oleh tekanan arteri. Pada keadaan gagal jantung, bila salah satu/lebih dari keadaan di atas terganggu, menyebabkan curah jantung menurun, meliputi keadaan yang menyebabkan prelood meningkat contoh regurgitasi aorta, cacat septum ventrikel. Menyebabkan afterload meningkat yaitu pada keadaan stenosis aorta dan hipertensi sistemik.

Adapun mekanisme yang mendasari gagal jantung meliputi menurunnya kemampuan kontraktilitas jantung, sehingga darah yang dipompa pada setiap kontraksi menurun dan menyebabkan penurunan darah keseluruh tubuh (Sinambela, 2020). Apabila suplai darah kurang ke ginjal akan mempengaruhi mekanisme pelepasan rennin-angiotensin dan akhirnya terbentuk angiotensin II mengakibatkan terangsangnya sekresi aldosteron dan menyebabkan retensi natrium dan air, perubahan tersebut meningkatkan cairan ekstra intravaskuler sehingga terjadi ketidakseimbangan volume cairan dan tekanan selanjutnya terjadi edema ruang interstisial (Hoetama and Hermawan, 2016). Gagal jantung berlanjut dapat menimbulkan asites, dimana asites dapat menimbulkan gejala- gejala gastrointestinal seperti mual, muntah, anoreksia (Priscilla, Burke and Gerene, 2015).

Apabila suplai darah tidak lancar di paru-paru (darah tidak masuk ke jantung), menyebabkan penimbunan cairan di paru-paru yang dapat menurunkan pertukaran O₂ dan CO₂ antara udara dan darah di paru-paru. Sehingga oksigenasi arteri berkurang dan terjadi peningkatan CO₂, yang akan membentuk asam di dalam tubuh. Situasi ini akan memberikan suatu gejala sesak nafas (dyspnea), ortopnea (dyspnea saat berbaring) apabila aliran darah dari ekstremitas aliran balik vena ke jantung dan paru-

paru sehingga timbullah masalah keperawatan gangguan pertukaran gas (Kasron, 2016).

2.1.6 Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis dari gagal jantung kongestif adalah sebagai berikut :

1. Gagal Jantung Kiri

Kongesti paru menonjol pada gagal ventrikel kiri karena ventrikel kiri tidak mampu memompa darah yang datang dari paru sehingga peningkatan tekanan dalam sirkulasi paru menyebabkan cairan terdorong ke jaringan paru. Manifestasi klinis yang terjadi pada gagal jantung kiri yaitu :

- a. Dispnea
- b. Batuk
- c. Mudah lelah
- d. Insomnia
- e. Kegelisahan dan kecemasan
- f. Oliguri dan nokturia
- g. Pada keadaan yang lebih lanjut akan timbul gejala lain (gangguan pencernaan, pusing, sakit kepala, konfusi, gelisah, ansietas, sianosis, kulit pucat atau dingin dan lembab, takikardia, lemah, pulsasi lemah dan keletihan) (Aspiani, 2016).

2. Gagal Jantung Kanan

Kongestif jaringan perifer dan viscelar menonjol, karena sisi kanan jantung tidak mampu mengosongkan volume darah dengan adekuat sehingga tidak dapat mengakomodasikan semua darah yang secara normal kembali dari sirkulasi vena.

Manifestasi klinis yang terjadi yaitu :

- a. Edema ekstremitas bawah
- b. Distensi vena leher dan escites
- c. Hepatomegali dan nyeritekan pada kuadran kanan atas abdomen terjadi akibat pembesaran vena di hepar
- d. Anorexia dan mual
- e. Kelemahan (Aspiani, 2016).

2.1.7 Komplikasi

Komplikasi pada gagal jantung yaitu :

1. Edema paru akut terjadi akibat gagal jantung kiri
2. Syok kardiogenik stadium dari gagal jantung kiri, kongestif akibat penurunan curah jantung dan perfusi jaringan yang tidak adekuat ke organ vital (jantung dan otak)
3. Episode trombolitik trombus terbentuk karena imobilitas pasien dan gangguan sirkulasi dengan aktivitas trombus dapat menyumbat pembuluh darah.
4. Efusi perikardial dan tamponade jantung masuknya cairan kekantung perikardium, cairan dapat meregangkan perikardium sampai ukuran maksimal. CPO menurun dan aliran balik vena ke jantung menuju tomponade jantung

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang CHF

Pemeriksaan penunjang gagal jantung kongestif adalah sebagai berikut :

1. EKG
Mengetahui hipertrofi atrial atau ventrikuler, infark, penyimpanan aksis, iskemia, distritmia, takikardi, fibrilasi atrial.
2. Tes Laboratorium Darah

- a. Enzym hepar: meningkat dalam gagal jantung/kongesti
 - b. Elektrolit : kemungkinan berubah karena perpindahan cairan, penurunan fungsi ginjal
 - c. Oksimetri Nadi: kemungkinan situasi oksigen rendah
 - d. Analisa Gas Darah : gagal ventrikel kiri ditandai dengan alkalosis respiratorik atau hipoksemia dengan peningkatan PCO₂
 - e. Albumin: mungkin menurun sebagai akibat penurunan masukan protein
3. Radiologi
- a. Thorax foto : akan tampak kardiomegali dan efusi pleura
 - b. Sonogram Ekokardiogram, dapat menunjukkan pembesaran bilik perubahan dalam fungsi struktur katup, penurunan kontraktilitas ventrikel.
 - c. Scan jantung: Tindakan penyuntikan fraksi dan memperkirakan gerakan dinding.
 - d. Rontgen dada: menunjukkan pembesaran jantung. Bayangan mencerminkan dilatasi atau hipertrofi bilik atau perubahan dalam pembuluh darah atau peningkatan tekanan pulmonal (Kasron, Susilawati and Subroto, 2019).

2.1.9 Penatalaksanaan CHF

Penatalaksanaan gagal jantung dibagi menjadi dua penatalaksanaan farmakologis dan non farmakologis :

1. Terapi Farmakologis

- a. Glikosida jantung Digitalis, meningkatkan kekuatan kontraksi otot jantung dan memperlambat frekuensi jantung. Efek yang dihasilkan : peningkatan curah jantung, penurunan tekanan vena dan volume darah, peningkatan diuresis, dan mengurangi edema.

- b. Terapi Diuretik Diberikan untuk memacu sekresi natrium dan air melalui ginjal penggunaan harus hati-hati karena efek samping hiponatremia dan hipokalemia.
 - c. Terapi vasodilator Obat-obatan fasoaktif digunakan untuk mengurangiimpadansi tekanan terhadap penyembuhan darah oleh ventrikel. Obat ini memperbaiki pengosongan ventrikel dan peningkatan kapasitas vena sehingga tekanan pengisian ventrkel kiri dapat diturunkan.
2. Terapi Non Farmakologis
- a. Diet rendah garam
 - b. Pembatasan natrium untuk mencegah, mengontrol, atau menghilangkan edema
 - c. Membatasi cairan
 - d. Mengurangi beban jantung dan menghindari kelebihan volume cairan dalam tubuh
 - e. Mengurangi berat badan
 - f. Menghindari alkohol
 - g. Manajemen stress

2.2 Konsep ICU

2.2.1 Definisi

Kepmenkes (2010) (dalam Mutajir & Widyaningtyas, 2022) menyebutkan bahwa Intensive Care Unit (ICU) adalah salah satu bagian mandiri dari unit perawatan pasien di rumah sakit, dilengkapi dengan tenaga dan perlengkapan khusus. Unit ini didirikan untuk mengobservasi, merawat dan mengobati pasien mengalami cedera, penyakit atau penyulit yang potensial atau mengancam nyawa. ICU (Intensive Care Unit) adalah ruang rawat di rumah sakit yang dilengkapi dengan

staf dan peralatan khusus untuk merawat dan mengobati pasien dengan perubahan fisiologi yang cepat memburuk yang mempunyai intensitas defek fisiologi satu organ ataupun mempengaruhi organ lainnya sehingga merupakan keadaan kritis yang dapat menyebabkan kematian. Tiap pasien kritis erat kaitannya dengan perawatan intensif oleh karena memerlukan pencatatan medis yang berkesinambungan dan monitoring serta dengan cepat dapat dipantau perubahan fisiologis yang terjadi atau akibat dari penurunan fungsi organ-organ tubuh lainnya.

Intensive Care Unit (ICU) merupakan ruang rawat di rumah sakit yang dilengkapi dengan staf dan peralatan khusus demi merawat serta mengobati pasien dengan perubahan fisiologi yang cepat memburuk sehingga merupakan keadaan kritis yang dapat mengakibatkan kematian (Salma Mega, Devita Listuhayu, dkk, 2021).

2.2.2 Klasifikasi ICU

1. Pasien dengan kasus true emergency

Yaitu pasien yang tiba-tiba berda dalam keadaan gawat darurat atau akan menjadi gawat dan terancam nyawanya atau anggota badannya (akan menjadi cacat) bila tidak mendapat pertolongan secepatnya (Setyawan, 2015).

2. Pasien dengan kasus false emergency

- a. Keadaan gawat tetapi tidak memerlukan tindakan darurat
- b. Keadaan gawat tetapi tidak mengancam nyawa dan anggota badan
- c. Keadaan tidak gawat dan tidak darurat (Nurhasim, 2015)

2.2.3 Penatalaksanaan Kegawatdaruratan

Penatalaksanaan awal diberikan untuk :

1. Mempertahankan hidup
2. Mencegah kondisi menjadi lebih buruk
3. Meningkatkan pemulihan

Menurut (Setyawan, 2015), seorang yang memberikan penatalaksanaan awal di ruang IGD harus :

1. Mengkaji sesuatu
2. Menentukan diagnosis untuk setiap korban
3. Memberikan penanganan yang cepat dan adekuat, mengingat bahwa korban mungkin memiliki lebih dari satu cedera dan beberapa korban akan membutuhkan perhatian daripada yang lain
4. Tidak menunda pengiriman korba ke Rumah Sakit sehubungan dengan kondisi serius Pada penderita trauma, waktu sangat penting, oleh karena itu diperlakukan adanya suatu cara yang mudah dilaksanakan.

2.2.4 Tahapan Gawat Darurat

Proses ini dikenal sebagai initial assessment (penilaian awal) dan meliputi (Setyawan, 2015)

1. Primary Survey

Penatalaksanaan awal pada pasien primary survey dilakukan pendekatan melalui ABCDE yaitu:

a. *Airway*

Airway manajemen merupakan hal yang terpenting dalam resusitasi dan membutuhkan keterampilan yang khusus dalam penatalaksanaan keadaan gawat darurat, oleh karena itu hal pertama yang harus dinilai adalah kelancaran jalan napas, yang meliputi pemeriksaan jalan napas yang dapat disebabkan oleh benda asing, fraktur wajah, fraktur mandibula atau maksila, fraktur laring atau trakea, gangguan airway dapat timbul secara mendadak dan total, perlahan-lahan dan sebagian, dan progresif dan atau berulang.

b. *Breathing*

Oksigen sangat penting bagi kehidupan. Sel-sel memerlukan pasokan konstan O₂ yang digunakan untuk menunjang reaksi kimawi penghasil energi, yang menghasilkan CO₂ yang harus dikeluarkan secara terus-menerus. Airway yang baik tidak dapat menjamin pasien dapat bernapas dengan baik pula (Setyawan, 2015). Menjamin terbukanya airway merupakan langkah awal penting untuk pemberian oksigen, oksigenasi yang memadai menunjukkan pengiriman oksigen sesuai ke jaringan untuk memenuhi kebutuhan metabolik, efektivitas ventilasi dapat dinilai secara klinis (Setyawan, 2015). Pernapasan yang tidak adekuat, ventilasi dengan menggunakan teknik bag-valve-face-mask merupakan cara yang efektif, teknik ini lebih efektif apabila dilakukan oleh dua orang dimana kedua tangan dari salah satu petugas dapat digunakan untuk menjamin kerapatan yang baik (Setyawan, 2015).

c. *Circulation*

Perdarahan merupakan penyebab kematian setelah trauma. Oleh karena itu penting melakukan penilaian dengan cepat status hemodinamik dari pasien, yakni dengan menilai tingkat kesadaran, warna kulit dan nadi (Setyawan, 2015).

d. *Disability*

Menjelang akhiri *primary survey* dilakukan evaluasi terhadap keadaan neurologis secara cepat. Hal yang di nilai adalah tingkat kesadaran, ukuran dan reaksi pupil. Tanda-tanda lateralisasi dan tingkat cedera spinal. Cara cepat dalam mengevaluasi status neurologis yaitu dengan menggunakan AVPU, sedangkan GCS (*Glasgow coma scale*) merupakan metode yang lebih rinci dalam mengevaluasi status neurologis, dapat dilakukan pada saat survey sekunder (Setyawan, 2015).

e. *Exposure*

Exposure/environmental control, membuka baju penderita, tetapi cegah hipotermia merupakan bagian akhir dari *primary survey*, penderita harus dibuka keseluruhan pakaiannya, kemudian nilai pada keseluruhan bagian tubuh. Periksa punggung dengan memiringkan pasien dengan cara log roll. Selanjutnya selimuti penderita dengan selimut kering dan hangat, ruangan yang cukup hangat dan diberikan cairan intra-vena yang sudah dihangatkan untuk mencegah agar pasien tidak hipotermi (Setyawan, 2015).

2. *Secondary survey*

Setelah dilakukan *primary survey* dan masalah yang terkait dengan jalan napas, pernapasan, sirkulasi dan status kesadaran telah selesai dilakukan tindakan, maka tahapan selanjutnya adalah *secondary survey*. Pada *secondary survey* pemeriksaan lengkap mulai dari head to toe (Setyawan, 2015).

2.2.5 Tujuan

Kondisi gawat darurat dapat terjadi dimana saja, baik *pre hospital* maupun *in hospital* ataupun *post hospital*, oleh karena itu tujuan dari pertolongan gawat darurat ada tiga yaitu menurut (Hutabarat and Putra, 2016):

1. *Pre Hospital*

Rentang kondisi gawat darurat pada *pre hospital* dapat dilakukan orang awam khusus ataupun petugas kesehatan diharapkan dapat melakukan tindakan penanganan berupa:

- a. Menyingkirkan benda-benda berbahaya di tempat kejadian yang berisiko menyebabkan jatuh korban lagi, misalnya pecahan kaca yang masih menggantung dan lain-lain.
- b. Melakukan triase atau memilih dan menentukan kondisi gawat darurat serta memberikan pertolongan pertama sebelum petugas kesehatan yang lebih ahli datang untuk membantu
- c. Melakukan fiksasi atau stabilisasi sementara
- d. Melakukan evakuasi yaitu korban dipindahkan ke tempat yang lebih aman atau dikirim ke pelayanan kesehatan yang sesuai kondisi korban.
- e. Mempersiapkan masyarakat awam khusus dan petugas kesehatan melalui pelatihan siaga terhadap bencana.

2. *In Hospital*

Kondisi gawat darurat in hospital dilakukan tindakan menolong korban oleh petugas kesehatan. Tujuan pertolongan di rumah sakit adalah

- a. Memberikan pertolongan profesional kepada korban bencana sesuai dengan kondisinya
- b. Memberikan Bantuan Hidup Dasar (BHD) dan Bantuan Hidup Lanjut (BHL)
- c. Melakukan stabilisasi dan mempertahankan hemodinamika yang akurat
- d. Melakukan rehabilitasi agar produktifitas korban setelah kembali ke masyarakat setidaknya setara bila dibanding bencana menimpanya
- e. Melakukan pendidikan kesehatan dan melatih korban mengenali kondisinya dengan segala kelebihan yang dimiliki

3. Post Hospital

Kondisi gawat darurat post hospital hampir semua pihak menyatakan sudah tidak ada lagi kondisi gawat darurat padahal kondisi gawat darurat ada yang terjadi setelah diberikan pelayanan di rumah sakit. Tujuan diberikan pelayanan dalam rentang post hospital adalah:

- a. Mengembalikan rasa percaya diri pasien
- b. Mengembalikan rasa harga diri yang hilang sehingga dapat tumbuh dan berkembang menjalani kondisi terkini
- c. Meningkatkan kemampuan bersosialisasi pada orang-orang terdekat dan masyarakat yang lebih luas
- d. Mengembalikan pada permanen sistem sebagai tempat kehidupan nyata
- e. Meningkatkan persepsi terhadap realitas kehidupannya pada masa yang akan datang.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan CHF

2.3.1 Pengkajian Keperawatan

Proses pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan, pengumpulan data yang akurat dan sistematis akan membantu menentukan masalah sehatan, mempertahankan pola pertahanan, mengidentifikasi kekuatan dan kebutuhan pasien yang diperoleh dari anamnesa, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan laboratorium dan penunjang lainnya (Muttaqin and Sari, 2011).

1. Anamnesa :

a. Identitas pasien

Faktor resiko CHF meningkat tidak berdasarkan usia tetapi, menurut Smeltzer, S.C. & Bare, (2013) bahwa, gagal jantung disebabkan dengan berbagai keadaan seperti kelainan otot jantung, aterosklerosis coroner, hipertensi Sistemik atau pulmonal (peningkatan after load) dan penyakit jantung lainnya. Pada komplikasi CHF ini adapun mekanisme yang mendasari gagal jantung meliputi menurunnya kemampuan kontraktilitas jantung, sehingga darah yang dipompa pada setiap kontriksi menurun dan menyebabkan penurunan darah keseluruh tubuh (Sinambela, 2020). Apabila suplai darah kurang ke ginjal akan mempengaruhi mekanisme pelepasan rennin-angiotensin dan akhirnya terbentuk angiotensin II mengakibatkan terangsangnya sekresi aldosteron dan menyebabkan retensi natrium dan air, perubahan tersebut meningkatkan cairan ekstra intravaskuler sehingga terjadi ketidakseimbangan volume cairan dan tekanan selanjutnya terjadi edema ruang interstisial (Hoetama and Hermawan, 2016).

b. Keluhan utama

Keluhan CHF umumnya seperti dispnea, batuk , mudah lelah , oliguri dan nokturia. Pada keadaan yang lebih lanjut akan timbul gejala lain (gangguan pencernaan, pusing, sakit kepala, konfusi, gelisah, ansietas, sianosis, kulit pucat atau dingin dan lembab, takikardia, lemah, pulsasi lemah dan edema ekstermitas) akan tetapi bisa dilihat dengan hasil laboratorium yang menunjukkan elektrolit meningkat kemungkinan berubah karena perpindahan cairan, penurunan fungsi ginjal dan albumin mungkin menurun sebagai akibat penurunan masukan protein (Aspiani, 2016).

c. Riwayat penyakit sekarang

Sejak kapan mengalami CHF dan apakah sudah dilakukan tindakan saat gejala itu muncul (Tarwoto and Wartonah, 2015).

d. Riwayat penyakit dahulu

Pasien dengan riwayat hipertensi yang berkepanjangan memiliki faktor resiko yang tinggi terjadinya CHF hal ini meningkatkan beban kerja jantung dan pada gilirannya mengakibatkan hipertropi serabut otot jantung (Arinda and Novi, 2018).

e. Riwayat Kesehatan Keluarga

Faktor genetik dan herediter memegang peran pada pasien dengan CHF, dari riwayat kesehatan keluarga biasanya terdapat salah satu anggota keluarga yang juga menderita DM atau penyakit keturunan yang dapat menyebabkan terjadinya defisiensi insulin seperti jantung, hipertensi (Wulandari, 2018).

f. Riwayat Alergi

Riwayat alergi obat perlu dilakukan pengkajian, begitu juga pada obat yang dikonsumsi secara rutin. Hal ini bertujuan menghindari respon alergi yang tidak diharapkan dan dapat mengancam nyawa pasien (Seyawati and Marwati, 2018).

g. Keadaan Umum

Pada pasien dengan CHF tingkat kesadaran bervariasi

2. Pemeriksaan Fisik

a. *Primary Survey*

1) *Airway*

Pada pasien CHF, *Look* keluhan yang muncul Dada terasa seperti sesak, terbakar, tertusuk-tusuk, atau tertekan. adanya kelelahan, insomnia, letargi, kurang istirahat, sakit dada, dispnea pada saat istirahat atau saat beraktifitas (Sinambela, 2020). *Listen* adalah mendengarkan suara pernafasan. Suara mengorok dan bunyi gurgling (bunyi cairan) menandakan adanya hambatan jalan nafas (Aspiani, 2016). *Feel* (rasakan) nafas pendek Nafas paten adanya suara nafas tambahan misalnya stridor/wheezing (Aspiani, 2016).

2) *Breathing*

Pada pasien CHF terpasang oksigen tidak lebih dari 96%, ada penggunaan otot bantu nafas, adanya sesak nafas, adanya pengembangan paru dan adanya suara nafas tambahan seperti wheezing (Aspiani, 2016).

3) *Circulation*

Pada pasien CHF menurut Ramadhany and Listiyanawati (2020) memiliki gejala seperti nadi meningkat, tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg atau diastolik ≥ 90 mmHg, terdapat edema menandakan aliran darah terganggu

menimbulkan gejala hipervolemia, badan bergemetar, riwayat hipertensi, anemia, syok septik, asites, disaritmia, fibrilasi atrial, kontraksi ventrikel prematur, peningkatan JVP, sianosis, pucat.

4) *Disability*

Pada pasien CHF masih terdapat GCS 4/5. Menilai kesadaran dengan cepat, apakah sadar, hanya respon terhadap nyeri atau sama sekali tidak sadar. Tidak dianjurkan mengukur GCS. Adapun cara yang cukup jelas dan cepat adalah:

A – *Alert*: Pasien terjaga, responsif, berorientasi, dan berbicara dengan petugas.

V – *Verbal*: Petugas memberikan rangsangan berupa suara (memanggil pasien).

Pasien akan memberikan respon berupa mengerang, mendengus, berbicara atau hanya melihat petugas.

P – *Painful*: Jika pasien tidak memberikan respon dengan suara, maka anda perlu melakukan pemberian rangsangan nyeri dengan cara menggosok sternum atau sedikit cubitan pada bahu.

U – *Unresponsive*: Tidak ada respon apapun dengan suara atau dengan nyeri.

4) *Exposure*

Pada pasien CHF tidak ada keluhan demam

b. *Secondary Survey*

Pada secondary survey jika pasien dalam kesadaran kompos mentis dapat dilakukan pengkajian anamnesa lanjutan yang berupa “KOMPAK” yaitu: keluhan terkait kesehatan, obat rutin yang dikonsumsi, makan terakhir, penyakit yang diderita,

alergi pada obat dan makanan tertentu, kronologis kejadian. Kemudian dilanjutkan dengan pemeriksaan fisik head to toe (HIPGABI, 2020).

- 1) Kepala : tidak ditemukan tanda-tanda khusus yang mengarah pada CHF
- 2) Leher : tidak ditemukan tanda-tanda khusus yang mengarah pada CHF
- 3) Dada/thorax : terdapat suara pernafasan, suara mengorok dan bunyi gurgling (bunyi cairan) menandakan adanya hambatan jalan nafas (Aspiani, 2016). Nafas pendek paten adanya suara nafas tambahan misalnya stridor/wheezing (Aspiani, 2016).
- 4) Abdomen : terdapat distensi abdomen dan hipermortilitas pada usus, kulit kering dengan turgor kulit buruk dan penampilan malnutrisi, cenderung penurunan nafsu makan dan riwayat mual muntah (Djojodibroto, 2013).
- 5) Genetalia : tidak ditemukan tanda-tanda khusus yang mengarah pada CHF.
- 6) Ekstermitas : pada pasien CHF mengalami edema disebabkan oleh gagal Jantung Kanan Kongestif jaringan perifer dan viscelar menonjol, karena sisi kanan jantung tidak mampu mengosongkan volume darah dengan adekuat sehingga tidak dapat mengakomodasikan semua darah yang secara normal kembali dari sirkulasi vena (Azkalika and Alifiah, 2017).

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Beberapa masalah yang biasanya ditemukan pada klien yang mengalami CHF yaitu menurut SDKI, (2016) yaitu:

1. Gangguan pertukaran gas
2. Pola nafas tidak efektif

3. Penurunan Curah Jantung
4. Perfusi perifer tidak efektif
5. Hipervolemia
6. Intoleransi aktivitas

2.3.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi merupakan segala bentuk terapi yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinik untuk mencapai peningkatan, pencegahan dan pemulihan kesehatan klien individu, keluarga dan komunitas (SLKI, 2018). Berikut adalah intervensi pada pasien CHF sebagai berikut :

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1.	Gangguan pertukaran gas	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pertukaran gas meningkat</p> <p>Kriteria Hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Dispnea menurun 2) Bunyi napas tambahan menurun 3) Pola napas membaik 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Monitor frekuensi irama, kedalaman dan upaya nafas 2) Monitor pola nafas 3) Monitor kemampuan batuk efektif 4) Monitor nilai AGD 5) Monitor saturasi oksigen 6) Auskultasi bunyi nafas 7) Dokumentasikan hasil pemantauan 8) Jelaskan tujuan dan prosedur 9) Informasikan hasil pemantauan, jika perlu 10) Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktifitas atau tidur
2.	Pola nafas tidak efektif	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan Pola napas membaik</p> <p>Kriteria Hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Frekuensi napas dalam rentang normal 2) Tidak ada penggunaan otot bantu pernapasan 3) Pasien tidak menunjukkan tanda dispnea 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas) 2) Monitor bunyi nafas tambahan 3) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) 4) Posisikan semi fowler atau fowler 5) Ajarkan teknik batuk efektif 6) Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspetoran, mukolitik, jika perlu.

3.	Penurunan Curah Jantung	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan Curah jantung meningkat</p> <p>Kriteria Hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tanda vital dalam rentang normal 2) Kekuatan nadi perifer meningkat 3) Tidak ada edema 	<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 4) Monitor keluhan nyeri dada 5) Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress, jika perlu 6) Anjurkan beraktifitas fisik sesuai toleransi 7) Anjurkan beraktifitas fisik secara bertahap 8) Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu
----	-------------------------	--	---

2.3.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi 59 kestatus kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan harus berpusat kepada kebutuhan klien dan faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan & strategi implementasi keperawatan & dan kegiatan komunikasi (Safitri, 2019).

2.3.5 Evaluasi

Tahap evaluasi merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya untuk mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan klien (Sitanggang, 2018).

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Pada bab ini akan disajikan kasus nyata, asuhan keperawatan pada Ny. M dengan diagnosa medis CHF yang dilakukan pada tanggal 06 Februari 2023 pukul 09.00 diruang ICU Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

3.1 Pengkajian

3.1.1 Identitas

Pasien adalah seorang perempuan bernama Ny.M berusia 70 tahun, status menikah, beragama Islam, suku bangsa Jawa Indonesia, No.Registrasi 7155XX, bahasa yang digunakan Bahasa Indonesia, pendidikan terakhir pasien SMA, pekerjaan ibu rumah tangga, bertempat tinggal di Surabaya, selama masuk rumah sakit biaya pasien ditanggung BPJS. Pasien MRS di ICU Central RSPAL Dr. Ramelan tanggal 31 Januari 2023 pada pukul 15.00 WIB, diagnosa medis pasien adalah *Congestive Heart Failure*.Pengkajian dilakukan pada tanggal 06 Februari 2023 pukul 08.30 WIB.

3.1.2 Keluhan Utama

Pasien terintubasi

3.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang

Pada tanggal 28 Januari 2023 dibawa ke IGD RSAL dengan keluhan mengalami sesak nafas selama 4 hari, kaki bengkak selama 1 minggu, mual muntah selama 2 hari, nafsu makan menurun, badan terasa lemas, nyeri ulu hati. Pasien dipindah ke ruang ICU Central pada tanggal 31 Januari 2023 pukul 15.00 dengan

diagnosa CHF + AKI + Cardiomegali + Oedema Paru. dilakukan pemeriksaan TD: 118/48 mmHg, S: 36, N: 91x/menit, RR: 28x/menit SpO₂ 98% . Pasien terpasang masker O₂ nassal 3 lpm, RR 23x/menit, SpO₂ 97%, terpasang catether. Pada saat dilakukan pengkajian tanggal 06 Februari 2023 pukul 08.30 WIB didapatkan hasil pasien terpasang *endotracheal tube* sambung ventilator mode duolevel, pola nafas irreguler, TD: 147/59 mmHg, N:106x/mnt, RR 24 x/menit , SpO₂ 99%, FiO₂ 60%, terpasang cvc3 lumen no. 7 fr pada jugularis tersambung infus kidmin 200cc/24 jam. Pasien mendapatkan terapi syringe pump lasix 15mg/jam, injeksi omeprazole 1x40 mg, spironolacton 1x25 mg, cordaron 1x200mg, samsca 1x15mg.

3.1.4 Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi sejak tahun 2005 dan jantung bengkak sejak tahun 2014, riwayat penggunaan obat-obatan nitrokaf 2,5 mg, amlodipin 5 mg.

3.1.5 Riwayat Alergi

Pasien tidak memiliki riwayat alergi obat-obatan maupun alergi makanan

3.1.6 Keadaan Umum

Keadaan umum lemah kesadaran composmentis dengan ETT, GCS 4x6

3.1.7 Pemeriksaan Fisik

1. Airway dan Breathing

Pasien tampak sesak nafas, membran mukosa bibir kering, pergerakan dada simetris, terpasang *endotracheal tube* ventilator mode duolevel, pola nafas irreguler, RR 24 x/menit , SpO₂ 99%, FiO₂ 60%, produksi sekret pada ett50 cc

konsistensi kental berwarna kuning. Produksi sekret pada mulut sedikit dengan konsistensi cair berwarna kuning.

2. *Circulation*

Akral teraba pucat dan dingin, TD: 147/59 mmHg, N:106x/mnt, suhu : 36 C, CRT <2 detik, Terpasang cvc3 lumen no. 7 fr pada jugularis tersambung infus kidmin 200cc/24 jam, irama jantung s3/s4

3. *Neurologi*

GCS 4x6, pupil isokor, kesadaran compos mentis dengan ETT. Keadaan umum pasien lemah.

4. *Urinary*

Terpasang follycatheter no. 16 pemasangan ke 1 hari ke 9, produksi urine 150 cc

5. *Gastrointestinal*

Pasien tampak mual, terpasang NGT No. 14 pemasangan ke 1 hari ke 9, diit Nephrisol 6x200 cc, tidak ada retensi cairan, GDA 197 mg/dl.

6. *Bone dan Integumen*

Mobilisasi dibantu total, pada ekstremitas atas dan bawah terdapat edema, tidak ada luka dekubitus, turgor kulit elastitas menurun, terpasang bilumen HD pada subklaviadextra, pasien HD elektif terakhir tanggal 3 Februari 2023.

3.1.8 Pemberian Terapi

Tabel 3.1 Pemberian terapi

Hari/Tanggal	Medikasi	Dosis	Indikasi
	Inotrop	25 mg	
	Dobutamin	7 gamma/jam	
	Norepinephrine	300 nano/jam	
	Amiodaron	1x200 mg	
	Spirolactone	1x25 mg	
	Ramipril	1x5mg	
	Dextrose 5% Widatra	6x50 cc	
	NS 500 ml	1000/24 jam	
	Fentanyl	2 ml	
	Samsca tablet	1x15 mg	
	Kendaron	1x200 mg	

3.1.9 Pemeriksaan Penunjang

Tabel 3.2 Pemeriksaan Penunjang

Hari/Tanggal	Jenis Pemeriksaan	Hasil
Rabu/ 01 Februari 2023	Leukosit	8.38 uL
	Hemoglobin	12.30 gr/dL
	Hematokrit	36.3%
	Eritrosit	3.70 uL
	Trombosit	117.000 uL
	PCT	1.260 uL
	Kreatinin	2.20 gr/dL
	BUN	35 mg/dL
	pH	7.252
	PCO2	66.4 mmHg
	PO2	155.8 mmHg
Kamis/02 Februari 2023	Radiologi foto thorax	Cor: Ukuran membesar Pulmo: tampak infiltrat/perselubungan di paru kanan kiri Sinus phrenicocostalis kanan kiri tajam Tampak terpasang CDL
Senin/ 06 Februari 2023	Radiologi foto thorax	Adanya peradangan aktif (pneumonia) di paru kiri Kesan kardiomegali dengan aortic knob prominent Terpasang catheter juguler kiri Terpasang catheter juguler kanan (CDL)

<p>Selasa/07 Februari 2023</p>	<p>Leukosit Hemoglobin Hematokrit Eritrosit Trombosit PCT Kreatinin BUN</p>	<p>Terpasang ETT dengan ujung pada level VTh3-4</p> <p>12.48 uL 13,6 gr/dL 42.30% 4.29 uL 216.000 uL 73 uL 1.04 mg/dL 36 mg/dL</p>
<p>Kamis/9 Februari 2023</p>	<p>Kreatinin BUN Natrium Kalsium Chlorid Radologi foto thorax</p>	<p>0,96 mg/dL 40 mg/dL 134 mEq/L 3,45 mEq/L 87.8 mEq/L</p> <p>Cor: Ukuran membesar Pulmo: tampak peradangan perivascular di kedua lapang paru Sinus phrenicocostalis kanan kiri tajam Diafragma baik Tulang-tulang baik Tampak terpasang ETT dan CDL</p>

3.2 Analisa Data

Tabel 3.3 Analisa Data

NO	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
1	DS: Pasien terintubasi DO: akral pucat dingin, terpasang CVC 3 lumen no. 7 TD: 147/59 mmHg, N: 106x/menit, S: 36 C, terdengar suara jantung s3/s4, CRT > 2 detik, pemeriksaan thorax tampak cor membesar	Perubahan <i>afterload</i>	Penurunan Curah Jantung (SDKI, D. 0008, hal. 34)
2.	DS: Pasien terintubasi DO: pasien tampak gelisah, pasien terpasang ETT tersambung dengan ventilator, RR: 24x/mnt N: 106x/menit, SpO2 99%, pola nafas irreguler, warna kulit pucat, PCO ² : 66,4mmHg, PO ² : 155 mmHg, pemeriksaan thorax tampak sinus phrenicocostalis kanan kiri tajam	Ketidakseimbangan ventilasi-perfusi	Gangguan Pertukaran Gas (SDKI, D. 0003, hal. 22)
3.	DS: Pasien terintubasi DO: Pasien tampak tidak mampu untuk batuk, terdapat sputum pada ett dengan volume 50cc berwarna kuning kental, dan terdapat sputum pada mulut kuning cair	Sekresi yang tertahan	Bersihkan jalan napas tidak efektif (SDKI, D. 0001, hal. 18)
4.	DS : pasien terintubasi DO : pasien tampak tidak mampu berbicara, pasien tampak sulit memahami komunikasi, pasien tampak sulit menggunakan ekspresi wajah atau tubuh	Hambatan fisik (terpasang intubasi)	Gangguan Komunikasi verbal (SDKI, D.0119, hal. 264)

3.3 Diagnosa Keperawatan

Hasil pengkajian pasien didapatkan diagnosa keperawatan prioritas sesuai SDKI (2016), yaitu :

1. Penurunan Curah Jantung b.d Perubahan afterload
2. Gangguan Pertukaran Gas b.d Ketidakseimbangan ventilasi-perfusi
3. Bersihan jalan napas tidak efektif b.d Sekresi yang tertahan
4. Gangguan Komunikasi Verbal b.d Hambatan fisik

LEMBAR OBSERVASI PERAWATAN INTENSIF

Tabel 3.4 Lembar Observasi

Nama Pasien : Ny. M

Hari/Tanggal : Senin/06 Februari 2023

Jam	Tensi	RR	HR	SUHU	MAP	SPO ₂	CVP	Resp Mode	FIO ₂	Input (cc)	Output (cc)
07.00	131/56	21	108	36.1		100%	8	Duo Level	60%		
08.00	147/59	24	106	36		100%	8	Duo Level	60%	175 cc	150 cc
09.00	161/44	16	109	36		100%	8	Duo Level	60%		
10.00	113/46	20	102	36.4		100%	8	Duo Level	60%		
11.00	126/72	20	113	36		100%	8	Duo Level	40%		200 cc
12.00	126/73	15	110	36.2		99%	8	Duo Level	40%	225 cc	
13.00	110/73	17	106	36		99%	8	Duo Level	40%		
14.00	120/62	24	108	36		100%	8	Duo Level	40%		150cc
15.00	102/59	16	94	36.1		100%	8	Duo Level	40%		
16.00	115/65	16	85	36.3		100%	8	Duo Level	40%	287.5	
17.00	92/66	16	101	36		100%	8	Duo Level	40%		400
18.00	100/63	16	91	36		100%	8	Duo Level	40%		
19.00	128/65	15	110	36.4		100%	8	Duo Level	40%		
20.00	134/60	15	116	36		100%	8	Duo Level	40%	287.5	400
21.00	102/65	15	98	36.5		100%	8	Duo Level	40%		
22.00	136/69	17	99	36.5		100%	8	Duo Level	40%		
23.00	100/60	27	103	36.6		100%	8	Duo Level	40%		200
24.00	112/60	27	104	37.2		100%	8	Duo Level	40%	112.5	

LEMBAR OBSERVASI PERAWATAN INTENSIF

Nama Pasien : Ny. M

Hari/Tanggal : Selasa/07 Februari 2023

Jam	Tensi	RR	HR	SUHU	MAP	SPO ₂	CVP	Resp Mode	FIO ₂	Input (cc)	Output (cc)
07.00	129/65	19	105	37.4		100%		Duo Level	40%		
08.00	130/59	25	105	37.6		99%		Duo Level	40%	287.5 cc	300
09.00	94/56	17	101	37.3		99		CPAP	40%		
10.00	78/52	22	96	37.1		99		CPAP	40%		
11.00	109/75	21	108	36.8		99		CPAP	40%		100
12.00	148/89	18	102	36.7		100		CPAP	40%	287.5 cc	
13.00	128/76	16	102	36.4		100		CPAP	40%		
14.00	141/70	23	109	36.3		100		CPAP	40%		300
15.00	140/73	21	100	36.1		99		CPAP	40%		
16.00	144/69	18	103	36.4		98		CPAP	40%	287.5 cc	
17.00	136/78	15	101	37		99		CPAP	40%		250
18.00	139/81	25	103	36.5		99		CPAP	40%		
19.00	131/80	16	105	36.9		99		CPAP	40%		
20.00	141/79	17	115	37		99		CPAP	40%	287.5 cc	350
21.00	121/66	17	101	36.3		99		CPAP	40%		
22.00	145/75	18	105	36.3		99		CPAP	40%		
23.00	143/78	20	93	36.1		100		CPAP	40%		250
24.00	150/70	18	110	36.7		100		CPAP	40%	287.5 cc	
01.00	154/91	18	99	37.2		99		CPAP	40%		

02.00	135/87	16	109	36.2		99		CPAP	40%		500
03.00	139/72	17	101	36.4		99		CPAP	40%		
04.00	151/86	25	100	36.3		99		CPAP	40%	287.5 cc	
05.00	156/77	17	97	36.1		99		CPAP	40%		200
06.00	105/56	16	93	36.2		99		CPAP	40%		

LEMBAR OBSERVASI PERAWATAN INTENSIF

Nama Pasien : Ny. M

Hari/Tanggal : Rabu/08 Februari 2023

Jam	Tensi	RR	HR	SUHU	MAP	SPO ₂	CVP	Resp Mode	FIO ₂	Input (cc)	Output (cc)
07.00	142/85	30	112	37.4		100		CPAP	40%		
08.00	145/63	32	111	37.6		99		CPAP	40%	287.5	250
09.00	135/77	20	105	37.7		99		CPAP	40%		
10.00	116/67	28	114	37		99		CPAP	40%		
11.00	125/84	15	107	36.8		99		CPAP	40%		200
12.00	110/58	14	106	36.6		100		CPAP	40%	287.5	
13.00	122/79	23	115	36.4		100		CPAP	40%		
14.00	148/80	20	100	36.5		100		JR 10 lpm			100
15.00	114/67	20	105	36		100		JR 10 lpm			
16.00	136/72	29	102	36.1		100		JR 10 lpm		287.5	
17.00	111/80	26	110	36.2		100		JR 10 lpm			100
18.00	82/54	29	100	36.5		100		JR 10 lpm			
19.00	129/81	17	100	36.3		100		JR10 lpm			

20.00	107/75	23	101	36.2		98		JR 10 lpm		287.5	200
21.00	130/97	25	117	37.4		98		JR 10 lpm			
22.00	138/82	23	115	37.6		98		JR 10 lpm			
23.00	111/68	22	107	37.7		98		JR 10 lpm			100
24.00	120/57	24	104	36.1		99		CPAP	40%	287.5	
01.00	125/93	20	105	36.4		99		CPAP	40%		
02.00	149/87	22	103	37.1		99		CPAP	40%		150
03.00	157/75	22	102	36.6		99		CPAP	40%		
04.00	132/73	17	101	36		98		CPAP	40%	287.5	
05.00	153/77	19	100	36.4		98		CPAP	40%		100
06.00	110/63	24	101	36.3		98		CPAP	40%		

LEMBAR OBSERVASI PERAWATAN INTENSIF

Nama Pasien : Ny. M

Hari/Tanggal : Kamis/09 Februari 2023

Jam	Tensi	RR	HR	SUHU	MAP	SPO ₂	CVP	Resp Mode	FIO ₂	Input (cc)	Output (cc)
07.00	134/66	14	104	36.4		100		T Piece 6 lpm			
08.00	111/79	17	103	36.4		100	8	T Piece 6 lpm		287.5 cc	100
09.00	127/80	17	104	36.3		100		T Piece 6 lpm			
10.00	126/74	22	101	36.2		93		NRM 10 lpm			

11.00	120/80	20	102	36.4		98	8	NRM 10 lpm			100
12.00	123/79	16	103	36.7		95		NRM 10 lpm		237.5 cc	
13.00	117/80	28	113	36.5		99		NRM 10 lpm			
14.00	90/58	30	100	36.5		98	10	NRM 10 lpm			100
15.00	110/58	30	110	36.5		95		NRM 10 lpm			
16.00	96/58	32	100	36.9		98		NRM 10 lpm		237.5 cc	
17.00	98/58	30	105	36.8		98	9	NRM 10 lpm			50
18.00	100/60	26	100	36.5		99		NRM 10 lpm			
19.00	100/60	25	110	36.1		100		NRM 10 lpm			
20.00	100/80	26	100	36.5		100	10	NRM 10 lpm		237.5 cc	100
21.00	100/80	34	100	36.4		97		NRM 10 lpm			
22.00	110/60	33	112	36.6		99		NRM 10 lpm			
23.00	109/60	34	109	36.7		100	11	NRM 10 lpm			50
24.00	145/61	35	114	36.7		96		HFNC	80	237.5 cc	
01.00	120/60	35	120	36.7		97		HFNC	60		
02.00	144/84	30	103	37		98	11	HFNC	70		50
03.00	123/64	30	56	36.7		99		HFNC	70		
04.00	144/72	30	82	36.6		99		HFNC	70	237.5 cc	
05.00	139/72	34	114	36.8		98	10	HFNC	70		150
06.00	124/80	30	115	36.6		98		HFNC	70		

3.4 Intervensi Keperawatan

Tabel 3.5 Intervensi Keperawatan

No	Masalah	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi (Observasi , Mandiri, Edukasi, Kolaborasi)
1.	Penurunan Curah Jantung b.d Perubahan <i>afterload</i>	Setelah dilakukan tindakan selama 3x24 jam diharapkan curah jantung meningkat. (SLKI, L. 020008, hal. 20)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Takikardi menurun 2. Suara jantung menurun 3. Tekanan darah membaik 	<ol style="list-style-type: none"> 1.Observasi tanda gejala primer (dispnea, kelelahan, oedema) 2.Monitor tekanan darah setiap jam 3.Monitor saturasi oksigen setiap jam. 4.Monitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi) 5.Posisikan pasien semi fowler atau fowler 6.Kolaborasi pemberian antiaritmia 7.Kolaborasi pemeriksaan <i>x-ray thorax</i> (SIKI, 1.02075, hal. 317)
2.	Gangguan Pertukaran Gas b.d Ketidakseimbangan ventilasi-perfusi	Setelah dilakukan tindakan selama 3x24 jam diharapkan pertukaran gas meningkat (SLKI, L. 01003, hal. 94)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dispnea menurun 2. PCO² membaik 3. PO² membaik 	<ol style="list-style-type: none"> 1.Monitor pola nafas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, kussmaul) setiap jam. 2.Auskultasi bunyi napas 3.Monitor hasil <i>x-ray thorax</i> 4.Monitor efektivitas terapi oksigen (oksimetri atau analisa gas darah)

3.	Bersihkan jalan napas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan bersihan jalan napas meningkat (SLKI, L. 01001, hal. 18)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wheezing menurun 2. Produksi sputum menurun 3. Dispnea menurun 	<ol style="list-style-type: none"> 5. Gunakan perangkat oksigen yang sesuai dengan tingkat mobilitas pasien 6. Kolaborasi penggunaan oksigen dan penentuan dosis oksigen (SIKI, 1.01026, hal. 430) 1. Monitor pola nafas setiap jam. 2. Monitor adanya retensi sputum (jumlah, warna) 3. Atur posisi semi fowler atau fowler 4. Lakukan fisioterapi dada 5. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik setiap 2-3 jam. 6. Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal 7. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik (SIKI, 1.01011, hal. 186)
4.	Gangguan Komunikasi Verbal b.d Hambatan fisik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam	1. Kesesuaian ekspresi wajah meningkat	1. Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, dan volume bicara

		<p>diharapkan komunikasi verbal meningkat. (SLKI, L. 13118, hal. 49)</p>	<p>2. Respon perilaku membaik 3. Pemahaman komunikasi membaik</p>	<p>2. Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi 3. Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. Menulis, mata berkedip, isyarat tangan) 4. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan 5. Ulangi apa yang disampaikan pasien 6. Berikan dukungan psikologis (SIKI, 1.13492, hal. 373)</p>
--	--	--	---	--

3.5 Implementasi Keperawatan

Tabel 3.6 Implementasi Keperawatan

Hari/Tgl	Masalah Keperawatan	Waktu	Implementasi	Paraf	Evaluasi formatif SOAPIE / Catatan perkembangan
Selasa/07 Februari 2023	1,2,3,4	07.00	Mengobservasi TTV (hasil: TD: 129/65 mmHg, N: 105x/menit, RR: 19x/mnt, S: 37,4°C, SpO ₂ 100%)	<i>As</i>	<p><u>Dx 1:</u> S: pasien terintubasi O: Akral teraba hangat, kering, merah, pasien tampak pucat TD: 136/68 mmHg, N: 109x/menit, RR: 23x/menit, S: 36 C, SpO₂ 99% A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan</p> <p><u>Dx 2:</u> S: Pasien terintubasi O: Pasien tampak sesak, terpasang ett tersambung dengan ventilator, TD: 136/68 mmHg, N: 109x/menit, RR: 23x/menit, S: 36 C, SpO₂ 99% PCO₂: 66,4 mmHg, PO₂: 155,8 mmHg</p>
	4	07.00	Mengidentifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi (pasien berkedip dan mengangguk)	<i>As</i>	
	2,3	07.45	Melakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan melalui endotrakeal	<i>As</i>	
	3	07.45	Melakukan suction lendir pada ett konsistensi kental berwarna kuning pekat volume 50 cc	<i>As</i>	
	3	07.50	Melakukan suction lendir pada mulut konsistensi kental berwarna kuning volume 10cc	<i>As</i>	
	1,2,3,4	08.00	Melakukan retensi NGT (tidak ada retensi cairan) Memberikan susu nephroisol 200 cc dan obat oral spironolacton 25mg melalui NGT	<i>As</i>	
	1,2,3,4	08.05	Membuang urine volume:150 cc dengan warna kuning keruh Mengambil darah vena untuk pemeriksaan lab kimia klinik	<i>As</i>	
	1,2,3,4	08.30		<i>As</i>	

	1,2,3,4	08.45	Memberikan obat diuretik furosemide 8mg/cc melalui <i>syringe pump</i>	<i>As</i>	A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan
	1,2,3,4	09.00	Mengobservasi TTV (hasil TD: 94/56mmHg, N: 101x/menit, RR: 17x/menit, S: 36,2°C, SpO ₂ 99%) Mengambil darah vena untuk pemeriksaan darah lengkap	<i>As</i>	<u>Dx 3:</u> S: Pasien terintubasi O: Pasien tampak gelisah, didapatkan sputum berwarna kuning kental dengan volume 25 cc , pada daerah mulut sputum berwarna kuning dengan voume 5 cc
	1,2,3,4	10.00	Membuang urine volume: 100 cc dengan warna kuning keruh	<i>As</i>	A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan
	1,2,3,4	11.00	Menggunakan metode komunikasi (pasien berkedip dan mengangguk)	<i>As</i>	
	4	11.40	Melakukan suction pada mulut dengan konsistensi kental berwarna kuning keputihan volume 5cc	<i>As</i>	Dx 4: S: Pasien terintubasi O: Pasien tampak paham menggunakan komunikasi alternatif, pasien tampak mengangguk dan berkedip jika berkomunikasi
	3	11.45	Memberikan susu nephrisol 200 cc dan obat antasida 5cc melalui NGT (tidak terdapat retensi cairan)	<i>As</i>	A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan
	1,2,3,4	12.00	Mengobservasi TTV (hasil: TD: 148/89 mmHg, N: 102 x/menit, S: 36 C, SpO ₂ : 100%)	<i>As</i>	
	1,2,3	13.00	Membuang urine volume: 100 cc dengan warna kuning jernih	<i>As</i>	
	4	13.05	Memposisikan pasien semi fowler	<i>As</i>	
	1,2,3	13.10	Melakukan fisioterapi dada	<i>As</i>	
	1,2,3	13.15	Memberikan hiperoksigenasi sebelum melakukan suction melalui ett	<i>As</i>	A: Masalah teratasi sebagian, P: Intervensi dilanjutkan

	1,2,3	13.20	Melakukan suction lendir pada ett dengan konsistensi kental berwarna kuning, volume 25cc	<i>As</i>	
	2,3	13.25	Melakukan suction lendir pada mulut dengan konsistensi kental berwarna kuning, volume 5 cc		
	2,3	13.30	Mengobservasi TTV (hasil TD: 136/68 mmHg, N: 109x/menit, RR: 23x/menit, S: 36 C, SpO2 99%)		
	1,2,3,4	14.00			
	1,2,3,4	15.00	Mengobservasi TTV (hasil TD: 140/73 mmHg, N: 100x/mnt, RR: 21x/mnt, SpO2: 99%	<i>As</i>	<u>Dx 1:</u> S: pasien terintubasi
	3	15.05	Melakukan fisioterapi dada dan suction berkala , sekret kuning kental produksi (++)	<i>As</i>	O: Akral teraba hangat, kering, merah, pasien tampak pucat.
	1,2,3,4	15.30	Memandikan pasien (melakukan vulva hygiene, melakukan oral hygiene)	<i>As</i>	TD: 121/66 mmHg, N:
	2,3	15.50	Memberikan nebulizer midatro	<i>As</i>	101x/mnt, RR: 17x/mnt, SpO2: 99%
	1,2,3,4	16.00	Memberikan susu nephrisol 200 cc dan obat oral ramipril 10 mg melalui NGT, tidak terdapat retensi cairan	<i>As</i>	A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan
	3	16.30	Melakukan fisioterapi dada dan suction berkala , sekret kuning kental produksi ++	<i>As</i>	<u>Dx 2:</u> S: Pasien terintubasi
	1,2,3,4	17.00	Membuang urine pasien, produksi 250 cc/3jam	<i>As</i>	O: Pasien tampak sesak,
	1,2,3,4	17.05	Mengobservasi TTV (hasil TD: 136/78 mmHg, N: 101x/mnt, RR: 15x/mnt, S: 37 C, SpO2: 99%)	<i>As</i>	terpasang ett tersambung dengan ventilator, TD: 121/66

	1,2,3,4	19.30	Memberikan obat oral antasida doen 20cc	<i>As</i>	mmHg, N: 101x/mnt, RR:
	1,2,3,4	20.00	Memberikan susu nephrisol 200 cc melalui NGT, tidak terdapat retensi cairan	<i>As</i>	17x/mnt, SpO2: 99%
	1,2,3,4	20.05	Membuang urine pasien, produksi 350 cc/3jam	<i>As</i>	PCO2: 66,4 mmHg, PO2: 155,8 mmHg
	1,2,3,4	21.00	Mengobservasi TTV (hasil TD: 121/66 mmHg, N: 101x/mnt, RR: 17x/mnt, SpO2: 99%)	<i>As</i>	A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan
					<u>Dx 3:</u> S: Pasien terintubasi O: Pasien tampak gelisah, didapatkan sputum berwarna kuning kental dengan volume 25 cc , pada daerah mulut sputum berwarna kuning dengan voume 5 cc A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan
					Dx 4: S: Pasien terintubasi O: Pasien tampak paham menggunakan komunikasi alternatif, pasien tampak

					mengangguk dan berkedip jika berkomunikasi A: Masalah teratasi sebagian, P: Intervensi dilanjutkan
	1,2,3,4	22.00	Mengobservasi TTV (hasil TD: 145/75mmHg, N: 105x/mnt, RR: 18x/mnt, S: 36.1 C SpO2: 99%	<i>AS</i>	<p><u>Dx 1:</u> S: pasien terintubasi O: Akral teraba hangat, kering, merah, pasien tampak pucat. TD: 105/56, N: 93x/mnt, RR: 16x/mnt, S: 36.3 C, SpO2: 99%) A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan</p> <p><u>Dx 2:</u> S: Pasien terintubasi O: Pasien tampak sesak, terpasang ett tersambung dengan ventilator, TD: 105/56, N: 93x/mnt, RR: 16x/mnt, S: 36.3 C, SpO2: 99%)</p>
	3	22.05	Melakukan suction ett sekret putih kental produksi sedang ++, Suction mulut putih kental produksi minimal, Fisiotherapi dada	<i>AS</i>	
	1,2,3,4	23.00	Membuang urine 250cc/3jam	<i>AS</i>	
	1,2,3,4	00.00	Mengobservasi TTV (hasil TD:150/70 mmHg, N: 110x/mnt, RR: 18x/mnt, SpO2: 100%)	<i>AS</i>	
	3	00.05	Memberikan nebulizer midatro	<i>AS</i>	
	1,2,3,4	00.10	Melakukan cek retensi NGT (tidak ada retensi) Memberikan antasida syrup 20cc Memberikan diit nephrisol 200cc Memberikan therapi oral kendaron 200mg	<i>AS</i>	
	1,2,3,4	01.00	Mengobservasi TTV (hasil TD: 154/91 mmHg, N: 99x/mnt, RR: 18x/mnt, S: 37,2 C, SpO2: 99%)	<i>AS</i>	
	3	01.30	Melakukan suction ett sekret putih kental produksi sedang ++ Suction mulut putih kental produksi minimal	<i>AS</i>	

			Fisiotherapi dada		PCO2: 66,4 mmHg, PO2: 155,8 mmHg
	1,2,3,4	02.00	Membuang urine 500 cc/3 jam	<i>As</i>	
	1,2,3,4	03.00	Mengobservasi TTV (hasil TD:139/72 mmHg, N:101x/mnt, RR: 17x/mnt, SpO2: 99%)	<i>As</i>	A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan
	2,3	03.30	Melakukan suction ett sekret putih kental produksi sedang ++, Suction mulut putih kental produksi minimal Fisiotherapi dada	<i>As</i>	<u>Dx 3:</u> S: Pasien terintubasi O: Pasien tampak gelisah, didapatkan sputum berwarna putih kental dengan volume 25 cc , pada daerah mulut sputum berwarna putih dengan voume 5 cc
	1,2,3,4	04.00	Melakukan cek retensi NGT (tidak ada retensi) Memberikan diit nephrisol 200cc	<i>As</i>	
	1,2,3,4	04.30	Memandikan pasien (Oral hygiene, Genetalia hygiene)	<i>As</i>	
	1,2,3,4	05.00	Membuang urine 200cc/3jam, UT 2250 cc/24 jam	<i>As</i>	
	1,2,3,4	06.00	Mengobservasi TTV (hasil TD:105/56, N: 93x/mnt, RR: 16x/mnt, S: 36.3 C, SpO2: 99%)	<i>As</i>	A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan
	1,2,3,4	06.00	Menghitung balance cairan Intake: 2500 cc Output: 2450 cc Balance cairan : excess(+) 50/24jam	<i>As</i>	Dx 4: S: Pasien terintubasi O: Pasien tampak paham menggunakan komunikasi alternatif, pasien tampak mengangguk dan berkedip jika berkomunikasi
	3	06.30	Melakukan suction ett sekret putih kental produksi sedang ++, suction mulut putih kental produksi minimal Fisiotherapi dada	<i>As</i>	

					A: Masalah teratasi sebagian, P: Intervensi dilanjutkan
Rabu/ 08 Februari 2023	1,2,3,4	07.00	Mengobservasi TTV (hasil TD: 142/85mmHg, N: 112x/mnt, S: 37.4 C, RR: 112x/mnt, SpO2: 100%)	<i>As</i>	<u>Dx 1:</u> S: pasien terintubasi O: Akral teraba hangat, kering, merah, pasien tampak pucat. TD: 122/79 mmHg, N: 115x/mnt, RR: 23x/mnt, S: 36.4 C, SpO2: 100%) A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan <u>Dx 2:</u> S: Pasien terintubasi O: Pasien tampak sesak, terpasang ett tersambung dengan ventilator, TD: 122/79 mmHg, N: 115x/mnt, RR: 23x/mnt, S: 36.4 C, SpO2: 100%) PCO2: 66,4 mmHg, PO2: 155,8 mmHg A: Masalah teratasi sebagian
	2,3	07.30	Melakukan suction dan fisioterapi dada (sekret ett kuning kental +++). Sekret mulut kuning encer ++)	<i>As</i>	
	1,2,3,4	07.45	Melakukan Cek GDA (192 mg/dl)	<i>As</i>	
	1,2,3,4	08.00	Membuang urine 250cc/3 jam.	<i>As</i>	
	1,2,3,4	08.05	Melakukan cek retensi (tidak ada retensi cairan) Memberi diet nephrisol 200cc + spironolacton 25mg, cordaron 200mg melalui NGT	<i>As</i>	
	3	08.30	Memberikan nebulizer midatro	<i>As</i>	
	3	09.00	Melakukan suction dan fisioterapi dada (Sekret ett kuning kental ++. Sekret mulut kuning encer ++)	<i>As</i>	
	1,2,3,4	10.00	Mengobservasi TTV (hasil TD: 116/67 mmHg, N: 114x/mnt, RR: 28x/mnt, S: 36.8 C, SpO2: 99%)	<i>As</i>	
	1,2,3,4	11.00	Membuang urine 100cc/3jam.	<i>As</i>	
	1,2,3,4	11.05	Mengobservasi TTV (hasil TD: 125//84 mmHg, N: 107x/mnt, RR: 15x/mnt, S: 36.8 C, SpO2: 99%)	<i>As</i>	
	1,2,3,4	12.00	Melakukan retensi (tidak ada retensi cairan) Memberi diet nefrisol 200cc + po antasida 20cc, samsca 1 tab melalui NGT	<i>As</i>	

	3	12.45	Melakukan suction dan fisioterapi dada (Sekret ett kuning kental +. Sekret mulut kuning kental ++)	<i>As</i>	P: Intervensi dilanjutkan
	1,2,3,4	13.00	Mengobservasi TTV (hasil TD: 122/79 mmHg, N: 115x/mnt, RR: 23x/mnt, S: 36.4 C, SpO2: 100%)	<i>As</i>	<u>Dx 3:</u> S: Pasien terintubasi
	1,2,3,4	13.30	Membuang urine 300cc/3jam	<i>As</i>	O: Pasien tampak gelisah, didapatkan sputum berwarna kuning kental dengan volume 25 cc , pada daerah mulut sputum berwarna kuning kental dengan voume 5 cc A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan Dx 4: S: Pasien terintubasi O: Pasien tampak paham menggunakan komunikasi alternatif, pasien tampak mengangguk dan berkedip jika berkomunikasi A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan

	1,2,3,4	14.00	Mengobservasi TTV (hasil TD: 148/80 mmHg, N: 100x/menit, S: 36,2 C, RR: 20x/menit, SpO2 100%)	<i>As</i>	<p><u>Dx 1:</u> S: pasien terintubasi O: Akral teraba hangat, kering, merah, pasien tampak pucat TD: 130/97 mmHg, N: 117x/menit, RR: 25x/menit, S: 37.4 C, SpO2 100%) A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan</p> <p><u>Dx 2:</u> S: Pasien terintubasi O: Pasien tampak gelisah, terpasang ett tersambung dengan ventilator mode standby, TD: 130/97 mmHg, N: 117x/menit, RR: 25x/menit, S: 37.4 C, SpO2 100%) A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan</p> <p><u>Dx 3:</u> S: Pasien terintubasi</p>
	3	14.15	Melakukan tindakan nebulizer menggunakan obat bronkodilator midatro 2ml	<i>As</i>	
	3	15.00	Melakukan suction lendir di daerah mulut pasien dengan konsistensi kental berwarna putih pekat, volume 5 cc	<i>As</i>	
	1,2,3,4	15.45	Menyeka pasien, perawatan genitalia, <i>oral hygiene</i>	<i>As</i>	
	1,2,3	16.00	Memposisikan pasien semi fowler	<i>As</i>	
	1,2,3,4	16.00	Memberikan susu nephrisol 200 cc dan obat oral ramipril 10 mg melalui NGT, tidak terdapat retensi cairan	<i>As</i>	
	4	16.10	Membuang urine volume: 100 cc dengan warna kuning jernih	<i>As</i>	
	1,2,3	16.45	Memasang oksigen 10 lpm dengan ventilator	<i>As</i>	
	1,2,3,4	17.00	Mengobservasi TTV (hasil TD: 111/80 mmHg, N: 110x/menit, RR: 26 x/menit, S: 36,4 C, SpO2: 100%)	<i>As</i>	
	1,2,3	17.05	Mengobservasi pola nafas takipnea	<i>As</i>	
	3	18.05	Melakukan fisioterapi dada	<i>As</i>	
	1,2,3	18.10	Memberikan hiperoksigenasi sebelum melakukan suction melalui ett	<i>As</i>	
	3	18.10	Melakukan suction lendir pada ett dengan konsistensi kental berwarna kuning, volume 20 cc	<i>As</i>	

	3	18.15	Melakukan suction lendir pada mulut dengan konsistensi cair berwarna putih keruh, volume 5 cc	<i>As</i>	O: Pasien didapatkan sputum berwarna kuning kental dengan volume 20 cc , pada daerah mulut sputum berwarna kuning dengan voume 5 cc A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan <u>Dx 4:</u> S: Pasien terintubasi O: Pasien tampak paham menggunakan komunikasi alternatif, pasien tampak mengangguk dan berkedip jika berkomunikasi A: Masalah teratasi sebagian, P: Intervensi dilanjutkan
	1,2,3,4	19.00	Mengobservasi TTV (hasil TD: 129/81 mmHg, N: 100x/menit, RR: 17x/menit, S: 36 C, SpO2 100%)	<i>As</i>	
	1,2,3,4	19.10	Membuang urine volume: 200 cc dengan warna kuning jernih	<i>As</i>	
	1,2,3,4	20.00	Memberikan susu nephrisol 200 cc melalui NGT, tidak terdapat retensi cairan	<i>As</i>	
	1,2,3,4	21.00	Mengobservasi TTV (hasil TD: 130/97 mmHg, N: 117x/menit, RR: 25x/menit, S: 37.4 C, SpO2 100%)	<i>As</i>	
	1,2,3,4	21.30	Melakukan suction dan fisioterapi dada, sekret kuning kental pada ett produksi sedang, pada mulut kuning kental produksi banyak		<u>Dx 1:</u> S: pasien terintubasi O: Akral teraba hangat, kering, merah, pasien tampak pucat. TD: 110/63 mmHg, S:36.3, N:
	1,2,3,4	22.00	Mengobservasi TTV (hasil TD: 138/82 mmHg, N: 115x/menit, RR: 23x/menit, S: 37.5 C, SpO2 100%)		

	1,2,3,4	23.00	Membuang urine 100cc/3 jam		101 x//mnt, RR 24x/mnt Spo2
	1,2,3,4	23.00	Melakukan observasi TTV TD 111/68 S/N 37,7/107 RR 22x/mnt Spo2 98% GCS 4x6		98% GCS 4x6, nafas ett sambung venti CPAP PS 5 Peep
	1	23.05	Memberikan pamol infus 1 g/100 ml		5 Fio2 40%
	3	24.00	Memberikan nebul midatro		A: Masalah teratasi sebagian
	1	00.05	Memberikan diit per sonde dan obat oral kendaron 200mg		P: Intervensi dilanjutkan
	3	01.00	Melakukan suction dan fisioterapi dada, sekret kuning kental pada ett produksi sedang, pada mulut kuning kental produksi banyak		<u>Dx 2:</u>
	1,2,3,4	02.00	Membuang urine 150cc/24 jam		S: Pasien terintubasi
	1,2,3,4	02.00	Melakukan observasi TTV (TD 149/87 S:37.1, N:103 RR 22x/mnt SPo2 99% GCS 4x6, nafas ett sambung ventilator mode CPAP PS 14 Peep 6 Fio2 40%		O: Pasien tampak sesak, terpasang ett tersambung dengan ventilator, 110/63 mmHg, S:36.3, N: 101 x//mnt, RR 24x/mnt Spo2 98%
	1,2,3,4	03.30	Memandikan pasien, oral hygiene, genetalia hygiene		GCS 4x6, nafas ett sambung
	1,2,3,4	04.00	Memberikan diit nephrisol 200 cc dan obat oral antasida 20cc (tidak ada retensi cairan)		venti CPAP PS 5 Peep 5 Fio2 40%
	1,2,3,4	05.00	Membuang urine 100cc/ 3 jam Menghitung Balance Cairan Intake : 2000 - Nephrisol 1200 - Pamol 100 - Infus 700		PCO2: 66,4 mmHg, PO2: 155,8 mmHg A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan
					<u>Dx 3:</u>

	1,2,3 3 1,2,3,4	05.45 05.50 06.00	<p>Output : 1400 - UP 1200 - BAB 200 Total balance cairan excess 600/24jam</p> <p>Membantu petugas radiologi untuk foto thorax</p> <p>Melakukan suction dan fisioterapi dada, sekret kuning kental pada ett produksi banyak, pada mulut kuning kental produksi banyak</p> <p>Melakukan observasi TTV TD 110/63 mmHg, S:36.3, N: 101 x//mnt, RR 24x/mnt Spo2 98% GCS 4x6, nafas ett sambung venti CPAP PS 5 Peep 5 Fio2 40%</p>	<p>S: Pasien terintubasi O: Pasien tampak gelisah, didapatkan sputum berwarna kuning kental dengan volume 30 cc , pada daerah mulut sputum berwarna kuning kental dengan voume 10 cc A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan</p> <p>Dx 4: S: Pasien terintubasi O: Pasien tampak paham menggunakan komunikasi alternatif, pasien tampak mengangguk dan berkedip jika berkomunikasi A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan</p>
Kamis/ 09 Februari 2023	1,2,3,4	07.00	Mengobservasi TTV (hasil TD:134/66 mHg, N: 104x/menit, RR: 16x/menit, S: 36,1 C, SpO2 100%)	<p><u>Dx 1:</u> S: Pasien mengatakan sesak berkurang O: pasien tampak tenang</p>

	1,2,3,4	08.00	Memberikan susu nephrisol 200 cc dan obat oral kendaron 200mg, spironolactone 25 mg melalui NGT (tidak terdapat retensi cairan)		TD: 130/68 mmHg, N: 100x/menit, RR: 28x/menit, S: 36 C, SpO2 98%)
	1,2,3,4	08.05	Membuang urine volume: 200 cc/3 jam, warna kuning jernih		A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan
	3	08.30	Melakukan tindakan nebulizer menggunakan obat bronkodilator midatro 2ml		<u>Dx 2:</u>
	3	08.45	Melakukan fisioterapi dada		S: Pasien mengatakan sesak berkurang
	1,2,3	08.50	Memberikan hiperoksigenasi sebelum melakukan suction melalui ett		O: Pasien tampak tenang,
	3	08.50	Melakukan suction lendir pada ett dengan konsistensi kental berwarna putih keruh, volume 10 cc		terpasang oksigen non rebreathing mask 10 lpm TD: 130/68 mmHg, N: 100x/menit, RR: 28x/menit, S: 36 C, SpO2 98%)
	3	08.55	Melakukan suction lendir pada mulut dengan konsistensi cair berwarna putih keruh, volume 5 cc		A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan
	1,2,3	09.15	Membantu melakukan tindakan extubasi pelepasan <i>endotrachealtube</i>		<u>Dx 3:</u>
	1,2,3	09.15	Memasang oksigen <i>non rebreathing mask</i> dengan aliran 10 lpm		S: Pasien mengatakan batuk
	1,2,3,4	10.00	Mengobservasi TTV (hasil TD:126/74 mHg, N: 101x/menit, RR: 22x/menit, S: 36,3 C, SpO2 98%)		O: Pasien tampak melakukan batuk efektif, didapatkan sputum pada daerah mulut
	1,2,3	10.30	Mengobservasi hasil foto thorax (pulmo: tampak peradangan perivascular di kedua lapang paru sinus phrenicocostalis kanan kiri tajam)		

	1,2,3,4	11.00	Membuang urine volume: 100 cc dengan warna kuning keruh		berwarna putih dengan volume 5 cc
	3	11.45	Melakukan suction pada mulut dengan konsistensi cair berwarna putih volume 5cc		A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan
	1,2,3,4	12.00	Memberikan susu nephrisol 200 cc dan obat antasida 5cc melalui NGT, tidak ada retensi cairan		
	1,2,3	13.00	Mengobservasi TTV (hasil: TD: 148/89 mmHg, N: 102 x/menit, S: 36 C, SpO2: 100%)		<u>Dx 4:</u> S: Pasien mengatakan haus O: pasien tampak berbicara pelan, dan mengungkapkan yang dibutuhkan
	4	13.05	Membuang urine volume: 100 cc dengan warna kuning jernih		A: Masalah teratasi P: Intervensi dihentikan.
	1,2,3	13.10	Memposisikan pasien semi fowler		
	3	13.40	Melakukan suction lendir pada mulut dengan konsistensi kental berwarna putih, volume 5 cc		
	1,2,3,4	14.00	Mengobservasi TTV (hasil TD: 130/68 mmHg, N: 100x/menit, RR: 28x/menit, S: 36 C, SpO2 98%)		

BAB 4

PEMBAHASAN

Pada bab 4 akan dilakukan pembahasan mengenai tindakan keperawatan pada Ny.M dengan Diagnosa Medis CHF di ruang ICU Central Rumkital Dr.Ramelan Surabaya. Pendekatan studi ilmiah untuk mendapatkan kesenjangan antara teori dan praktek dilapangan. Pembahasan terhadap pelaksanaan tindakan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan dari tahap pengkajian, diagnosis, perencanaan asuhan keperawatan, pelaksanaan dan evaluasi.

4.1 Pengkajian Keperawatan

1. Identitas

Pasien adalah seorang perempuan ibu rumah tangga bernama Ny.M berusia 70 tahun, pasien beragama islam status menikah. Pada faktor resiko penyakit jantung disebutkan usia distribusi penyakit CHF meningkat pada usia 40 tahun keatas, teori yang menyatakan bahwa dengan meningkatnya usia, jantung dan pembuluh darah mengalami perubahan baik struktural maupun fungsional makan dengan bertambahnya usia, sistem aorta dan arteri menjadi kaku. Perubahan ini akibat hilangnya serat elastis dalam lapisan media arteri (Purbianto and Agustanti, 2015).

Dari paparan diatas peneliti berpendapat pada usia 40 tahun keatas telah terjadinya penurunan fungsi sistem organ tubuh bagian dalam manusia seperti sistem kardiovaskuler. Melihat kondisi ini apabila tidak diimbangi dengan perubahan pola hidup dan kepatuhan dalam pengobatan akan mengakibatkan komplikasi yang lebih berat pada pasien.

2. Riwayat Sakit dan Kesehatan

Pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi sejak tahun 2005 dan jantung bengkak sejak tahun 2014, riwayat penggunaan obat-obatan nitrogliserin 2,5 mg, amlodipin 5 mg. Umumnya penderita tidak mengetahui dirinya mengidap hipertensi sebelum memeriksa tekanan darahnya. Penyakit ini dapat menyerang siapa saja dari berbagai kelompok umur, dan kelompok sosial dan ekonomi. Namun lebih banyak ditemukan pada usia lanjut yang merupakan salah satu faktor resikonya (Medika, 2017). Dari paparan diatas peneliti berpendapat seseorang yang mempunyai riwayat hipertensi yang lama resiko terjadinya gagal jantung, dengan gaya hidup yang dilakukan oleh pasien akan mempengaruhi penyakit tersebut menjadi tidak terkontrol dan memperparah keadaan suatu penyakit yang diderita oleh pasien.

Pada tanggal 28 Januari 2023 dibawa ke IGD RSAL dengan keluhan mengalami sesak nafas selama 4 hari, kaki bengkak selama 1 minggu, mual muntah selama 2 hari, nafsu makan menurun, badan terasa lemas, nyeri ulu hati. dilakukan pemeriksaan TD: 118/48 mmHg, S: 36, N: 91x/menit, RR: 28x/menit SpO₂ 98% dengan O₂ nasal 3 lpm. Pasien dipindah ke ruang ICU dengan diagnosa CHF+AKI+Cardiomegali+Oedema Paru dengan O₂ nasal 3 lpm, RR 23x/menit, SpO₂ 97%, terpasang catether.

Pada saat dilakukan pengkajian tanggal 06 Februari 2023 pukul 08.30 WIB didapatkan hasil pasien terpasang *endotracheal tube* sambung ventilator mode duolevel, pola nafas irreguler, TD: 147/59 mmHg, N:106x/mnt, RR 24 x/menit , SpO₂ 99%, FiO₂ 60%, terpasang cvc3 lumen no. 7 fr pada jugularis tersambung infus kidmin 200cc/24 jam.

Menurut Azkalika and Alifiah, (2017) manifestasi klinis dari gagal jantung kanan kongestif disebabkan jaringan perifer dan viscelar menonjol, karena sisi kanan jantung tidak mampu mengosongkan volume darah dengan adekuat sehingga tidak dapat mengakomodasikan semua darah yang secara normal kembali dari sirkulasi vena maka ditandai dengan adanya edema ekstremitas bawah. Apabila suplai darah tidak lancar di paru-paru (darah tidak masuk ke jantung), menyebabkan penimbunan cairan di paru-paru yang dapat menurunkan pertukaran O₂ dan CO₂ antara udara dan darah di paru-paru. Sehingga oksigenasi arteri berkurang dan terjadi peningkatan CO₂, yang akan membentuk asam di dalam tubuh. Situasi ini akan memberikan suatu gejala sesak nafas (dyspnea) (Kasron, 2016).

Dari paparan diatas peneliti berpendapat bahwa adanya keadaan jantung mengalami kegagalan dalam memompa darah untuk mencukupi kebutuhan nutrisi dan oksigen sel-sel tubuh dengan hal ini munculah beberapa gejala yang menunjukkan ketidakefektifannya fungsi kerja jantung.

Gagal jantung kanan dikarenakan ketidakmampuan kanan yang mengakibatkan penimbunan darah dalam atrium kanan, vena kava dan sirkulasi besar, penimbunan darah di vena hepatika menyebabkan cardional Astuti, Setyorini and Rifai, (2018). Dari paparan diatas peneliti berpendapat bahwa riwayat pasien disebabkan oleh ketidakmampuan gagal jantung kanan dan kemudian menyebabkan asites, dengan hal ini pada ginjal akan menyebabkan penimbunan air dan natrium sehingga terjadi edema sehingga perlu dibatasi asupan cairan.

3. Pemeriksaan Fisik

a. Sistem Pernafasan

Pada saat pengkajian didapatkan pemeriksaan pasien tampak sesak nafas, batuk, membran mukosa bibir kering, pergerakan dada simetris, terpasang endotracheal tube ventilator mode duolevel, pola nafas irreguler, RR 24 x/menit, SpO₂ 99%, FiO₂ 60%, produksi sekret pada ett 50 cc konsistensi kental berwarna kuning. Produksi sekret pada mulut sedikit dengan konsistensi cair berwarna kuning. Menurut Astuti, Setyorini and Rifai, (2018) manifestasi klinis yang didapatkan pada pasien dengan gagal jantung kongestif adalah dispneu atau perasaan sulit bernafas, batuk nonproduktif, yang berhubungan dengan gagal ventrikel kiri. Dari paparan diatas peneliti berpendapat disebabkan keadaan jantung mengalami kegagalan dalam memompa darah untuk mencukupi kebutuhan nutrien dan oksigen sel-sel tubuh, apabila suplai darah tidak lancar di paru-paru (darah tidak masuk ke jantung), menyebabkan penimbunan cairan di paru-paru yang dapat menurunkan pertukaran O₂ situasi ini akan memberikan suatu gejala sesak nafas.

b. Sistem Kardiovaskular

Pada pemeriksaan sirkulasi didapatkan hasil tekanan darah 161/44 mmHg, Nadi 109x/mnt, akral teraba pucat dan dingin, CRT <2 detik, Terpasang cvc3 lumen no. 7 fr pada jugularis tersambung infus kidmin 200cc/24 jam, irama jantung s3/s4. Menurut Mugihartadi and Handayani, (2020) pemeriksaan fisik yang didapatkan, palpasi biasanya terjadi bradikardia atau takikardia (walaupun dalam keadaan beristirahat), palpasi nadi perifer, nadi mungkin

cepat hilang dan teraba lemah, tekanan darah meningkat, pemeriksaan kulit kulit pucat, dan sianosis, dispneu, mudah lelah, dan ada edema perifer. Dari paparan diatas peneliti berpendapat bahwa pasien dengan CHF adanya ketidakstabilan jantung memompa oksigen ke seluruh tubuh dengan hal ini memberikan respon bahwa tubuh kekurangan oksigen maka timbulah gejala-gejala yang abnormal.

c. Sistem Persarafan

Pada pemeriksaan neurologis didapatkan hasil kesadaran compos mentis, tidak ada keluhan pusing, GCS 4x6. Tidak ada masalah pada sistem neurologi

d. Sistem Perkemihan

Pada pemeriksaan perkemihan didapatkan terdapat alat bantu kateter urin, jumlah urin yang keluar per 3 jam 150 cc, tidak ada pembesaran, tidak ada nyeri tekan. Menurut (Azkalika and Alifiah, 2017) menyatakan bahwa kongesti paru menonjol pada gagal ventrikel kiri karena ventrikel kiri tidak mampu memompa darah yang datang dari paru sehingga peningkatan tekanan dalam sirkulasi paru menyebabkan cairan terdorong ke jaringan paru sehingga manifestasi klinis yang terjadi pada gagal jantung kiri salah satunya adalah oliguria.

e. Sistem Pencernaan

Pada pemeriksaan pencernaan didapatkan pasien tampak mual, membrane mukosa sedikit pucat, tidak ada pembesaran hepar, terpasang NGT, diit susu Nephrisol 6x200 cc, tidak ada retensi cairan.

f. Sistem Muskuluskeletal

Pada pemeriksaan muskuluskeleal didapatkan mobilisasi dibantu total, pada ekstremitas atas dan bawah terdapat edema, pasien hanya mampu bergeser ke kiri dan ke kanan.

g. Sistem Penginderaan

Pada pemeriksaan indera peraba, tidak ada luka dekubitus, turgor kulit elastitas menurun, terpasang bilumen HD pada subklaviadextra

4.2 Diagnosa Keperawatan

Pada tahap ini peneliti merumuskan beberapa diagnosa keperawatan berdasarkan data-data pasien yang diperoleh pada saat pengkajian:

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload (D.0011 SDKI Hal 34)

Penulis mengangkat masalah keperawatan penurunan curah jantung ditandai dengan data objektif didapatkan akral pucat dingin, terpasang CVC 3 lumen no. 7. TD: 147/59 mmHg, N: 106x/menit, RR: 24x/menit, terdengar suara jantung s3/s4, CRT > 2 detik, pemeriksaan thorax tampak cor membesar. Menurut Nurkhalis and Adista, (2020) terjadinya gagal jantung diawali dengan adanya kerusakan pada jantung atau miokardium, hal tersebut akan menyebabkan menurunnya curah jantung, apabila curah jantung tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme, maka jantung akan memberikan respon mekanisme kompensasi untuk mempertahankan fungsi jantung agar tetap dapat memompa darah secara adekuat, bila mekanisme tersebut telah secara maksimal digunakan dan curah jantung normal tetap tidak terpenuhi, maka setelah akan itu timbul gejala gagal jantung sedangkan menurut Ruliani and Halimuddin, (2020)

pada pasien gagal jantung dengan penurunan curah jantung terjadi karena kelemahan ventrikel kiri, meningkatkan tekanan vena pulmonal dan paru sehingga pasien kesulitan mempertahankan oksigenasi dan mereka cenderung mengalami sesak nafas. Dari paparan diatas peneliti berpendapat masalah keperawatan ini ditegakkan karena pasien dyspnea, tekanan darah meningkat, nadi perifer teraba lemah, edema, dan warna kulit pucat teori sesuai dengan keluhan pasien.

2. Gangguan Pertukaran Gas b.d Ketidakseimbangan ventilasi-perfusi (SDKI, D. 0003, hal. 22)

Gangguan pertukaran gas adalah kelebihan atau kekurangan oksigenasi dan atau eliminasi karbon dioksida pada membran alveolus kapiler (PPNI, 2017). Pada tinjauan kasus, penulis menyimpulkan bahwa gangguan pertukaran gas disebabkan oleh adanya inflamasi pada jaringan paru yang menyebabkan terjadinya perubahan membran alveolus yang terisi oleh eksudat sehingga menyebabkan penurunan kapasitas paru dan terjadilah hipoksemia serta gangguan dalam pertukaran gas. ditandai dengan faktor pendukung terdapat gejala dan tanda mayor, diantaranya: pasien yang mengalami dispnea, dengan pasien terpasang ETT tersambung dengan ventilator, N: 106x/menit, RR: 24x/menit, pola nafas irreguler, warna kulit pucat, PCO_2 : 66,4mmHg, PO_2 : 155 mmHg, pemeriksaan thorax tampak sinus phrenicocostalis kanan kiri tajam.

Kerusakan endotel kapiler atau epitel alveoli atau keduanya menyebabkan peningkatan permeabilitas membran alveoli-kapiler (terutama sel pneumosit tipe I) sehingga cairan kapiler merembes dan berkumpul didalam jaringan interstitial, jika telah melebihi kapasitasnya akan masuk ke dalam rongga alveoli (alveolar flooding) sehingga alveoli menjadi kolaps (mikroatektasis) dan compliance paru akan lebih

menurun. Merembesnya cairan yang banyak mengandung protein dan sel darah merah akan mengakibatkan perubahan tekanan osmotik. Cairan bercampur dengan cairan alveoli dan merusak surfaktan sehingga paru menjadi kaku, keadaan ini akan memperberat atelektasis yang telah terjadi. Mikroatelektasis akan menyebabkan shunting intrapulmoner, ketidakseimbangan ventilasi-perfusi, semua ini akan menyebabkan terjadinya hipoksemia berat dan progresivitas yang ditandai dengan pernapasan cepat dan dalam. Hipoksemia diikuti asidemia, mulanya karena pengumpulan asam laktat selanjutnya merupakan pencerminan gabungan dari unsur metabolik maupun respiratorik akibat gangguan pertukaran gas. Penderita yang sembuh dapat menunjukkan kelainan faal paru berupa penurunan volume paru, kecepatan aliran udaradan khususnya menurunkan kapasitas difusi (Issa & Shapiro, 2016).

3. Bersihan jalan napas tidak efektif b.d Sekresi yang tertahan (SDKI, D. 0001, hal. 18)

Penulis mengangkat masalah keperawatan bersihan jalan nafas tidak efektif dengan dibuktikan data-data yang mendukung yaitu terdapat sputum pada ett dengan volume 50cc berwarna kuning kental, dan terdapat sputum pada mulut kuning cair, terdengar suara nafas tambahan yaitu ronkhi. Bersihan jalan nafas tidak efektif adalah ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan nafas untuk mempertahankan jalan nafas tetap paten (PPNI, 2017).

Penulis menyimpulkan bahwa bersihan jalan nafas tidak efektif disebabkan karena hiperekresi jalan nafas akibat pasien tidak mampu mengeluarkan sekret yang menumpuk serta adanya benda asing berupa bantuan nafas dari ETT yang

menyebabkan terjadinya hipersaliva pada mukosa pasien, dan suara ronkhi juga diakibatkan oleh penumpukan cairan intersisil pada paru akibat inflamasi.

4. Gangguan Komunikasi Verbal b.d Hambatan fisik (SDKI, D.0119, hal. 264)

Penulis mengangkat masalah keperawatan gangguan komunikasi verbal ditandai dengan pasien terintubasi, pasien tampak tidak mampu berbicara, pasien tampak sulit memahami komunikasi, pasien tampak sulit menggunakan ekspresi wajah atau tubuh. Gangguan komunikasi verbal adalah berkurang, tertunda, atau tidak ada kemampuan untuk menerima, memproses, mentransmisikan, dan menggunakan sistem simbol (Herdman & Kamitsuru, 2018). Batasan karakteristiknya meliputi: kesulitan menyuarakan kata-kata, kesulitan membedakan dan mempertahankan pola komunikasi yang biasa, gangguan dalam asosiasi kognitif, ketidakmampuan untuk menemukan, mengenali, atau memahami kata-kata, ketidakmampuan mengingat kata, frasa, atau nama orang, objek, dan tempat yang dikenal, dan verbalisasi yang tidak tepat (Herdman & Kamitsuru, 2018).

4.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus mengacu pada kriteria hasil untuk pencapaian tujuan asuhan keperawatan.

1. Penurunan Curah Jantung b.d Perubahan afterload

Pada masalah keperawatan penurunan curah jantung, penulis merencanakan tindakan keperawatan dengan tujuan Setelah dilakukan tindakan selama 3x24 jam diharapkan curah jantung meningkat dengan kriteria hasil: 1) Takikardi menurun, 2) Suara jantung menurun, 3) Tekanan darah membaik. Intervensi yang direncanakan yaitu: 1) Observasi tanda gejala primer (dispnea, kelelahan, oedema), 2) Monitor

tekanan darah setiap jam, 3) Monitor saturasi oksigen setiap jam, 4) Monitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi), 5) Posisikan pasien semi fowler atau fowler, 6) Kolaborasi pemberian antiaritmia, 7) Kolaborasi pemeriksaan x-ray thorax.

Pasien gagal jantung kongestif sering kesulitan mempertahankan oksigenasi sehingga mereka cenderung sesak nafas seperti yang kita ketahui bahwa jantung dan paru-paru merupakan organ tubuh penting manusia yang sangat berperan dalam pertukaran oksigen dan karbondioksida dalam darah, sehingga apabila paru-paru dan jantung tersebut mengalami gangguan maka hal tersebut akan berpengaruh dalam proses pernapasan (Hoetama and Hermawan, 2016). Dari paparan diatas penulis berpendapat pemberian oksigen pada pasien gagal jantung sangat membantu memenuhi kebutuhan pertama yaitu breathing agar pasien merasa nyaman dan membantu menghilangkan keluhan sesak dan rasa lelah dengan tindakan yang telah dilakukan monitoring status pernafasan, monitoring saturasi oksigen, pemberian oksigen.

2. Gangguan Pertukaran Gas b.d Ketidakseimbangan ventilasi-perfusi

Pada masalah keperawatan gangguan pertukaran gas, penulis merencanakan tindakan keperawatan dengan tujuan setelah dilakukan tindakan selama 3x24 jam diharapkan pertukaran gas meningkat dengan kriteria hasil: 1) Dispnea menurun, 2) PCO² membaik, 3) PO² membaik. Intervensi yang direncanakan yaitu: 1) Monitor pola nafas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, kussmaul) setiap jam, 2) Auskultasi bunyi napas, 3) Monitor hasil x-ray thorax, 4) Monitor efektivitas terapi oksigen (oksimetri atau analisa gas darah), 5) Gunakan perangkat oksigen yang sesuai dengan

tingkat mobilitas pasien, 6) Kolaborasi penggunaan oksigen dan penentuan dosis oksigen.

Gangguan pertukaran gas menyebabkan peningkatan permeabilitas barier alveolar dan kapiler sehingga cairan masuk ke dalam ruang alveolar. Derajat kerusakan epithelium alveolar ini menentukan prognosis, Kerusakan epithelium alveolar yang berat menyebabkan kesulitan dalam mekanisme perbaikan paru dan menyebabkan fibrosis (Issa & Shapiro, 2016). Dari paparan diatas penulis berpendapat tindakan yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah gangguan pertukaran gas difokuskan pada manajemen ventilasi mekanik serta sesak nafas pada pasien dan penurunan kesadaran, dikarenakan saat paruparu mengalami asidemia dan pertukaran gas, maka transport oksigen ke miokard dan perifer akan terganggu, serta dapat menyebabkan hipoksia berat sehingga perawat perlu memonitor efek ventilator terhadap status oksigen serta monitor efek negatif ventilator terhadap pasien seperti emfisema subkutis, deviasi trakea, monitor kondisi yang meningkatkan konsumsi oksigen misal demam, menggigil. Serta monitor tanda vital serta sirkulasi perifer (CRT, adanya edema, pucat, sianosis), memberikan posisi 45° untuk meningkatkan kapasitas residual paru serta proses oksigenasi sehingga mengurangi kongesti paru dan sesak, melakukan reposisi setiap 2 jam guna mencegah masalah dekubitus, ganti sirkuit ventilator tiap 24 jam dan monitor hasi AGD serta kolaborasi dengan dokter dalam pemilihan mode ventilator serta kolaborasi penggunaan PS atau PEEP guna meminimalkan hiperventilasi alveolus.

3. Bersihan jalan napas tidak efektif b.d Sekresi yang tertahan

Pada masalah keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif, penulis merencanakan tindakan keperawatan dengan tujuan setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan bersihan jalan nafas meningkat dengan kriteria hasil: 1) wheezing menurun, 2) produksi sputum menurun, 3) dispnea menurun. Intervensi yang direncanakan adalah: 1) monitor pola nafas setiap jam, 2) Monitor adanya retensi sputum (jumlah, warna), 3) Atur posisi semi fowler atau fowler, 4) lakukan fisioterapi dada, 5) lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik setiap 2-3 jam, 6) lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal, 7) kolaborasi pemberian brokodilator, ekspektoran, mukolitik.

Tindakan suction dilakukan untuk membersihkan jalan nafas dari sekret atau sputum dan juga untuk menghindari dari infeksi jalan nafas (Price & Wilson, 2012). Pada saat akan melakukan tindakan Suction pada ETT, sangatlah perlu adanya pemantauan saturasi oksigen, karena saat tindakan suction bukan hanya sekret yang terhisap, tetapi oksigen juga terhisap. Selain itu saturasi oksigen, pada tindakan suction dipengaruhi oleh banyaknya hiperoksigenasi yang diberikan. Bila hal tersebut tidak atau kurang diperhatikan maka akan menimbulkan komplikasi. Komplikasi dari suction pada pasien yang terpasang ventilasi mekanik adalah terjadinya hipoksia yang ditandai dengan penurunan saturasi oksigen (Kozier & Erb, 2012). Dari paparan diatas penulis berpendapat tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah bersihan jalan nafas tidak efektif difokuskan pada tindakan mandiri perawat, yaitu memonitor suara nafas, irama nafas dan produksi sputum, serta mempertahankan kepatenan jalan nafas dengan memposisikan semi fowler, melakukan fisioterapi dada dan melakukan suction sebelum melakukan suction harus memberikan pasien hiperoksigenasi dan memantau

saturasi oksigen. Pada dasarnya tujuan dalam menangani problematik tersebut adalah untuk menjaga kepatenan jalan nafas dan keberhasilan tindakan.

4. Gangguan Komunikasi Verbal b.d Hambatan fisik

Pada masalah keperawatan gangguan komunikasi verbal, penulis merencanakan tindakan keperawatan dengan tujuan setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan: 1) kesesuaian ekspresi wajah meningkat, 2) respon perilaku membaik, 3) pemahaman komunikasi membaik. Intervensi yang direncanakan yaitu: 1) Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, dan volume bicara, 2) Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi, 3) Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. Menulis, mata berkedip, isyarat tangan), 4) Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan, 5) Ulangi apa yang disampaikan pasien, 6) Berikan dukungan psikologis.

Gangguan komunikasi verbal adalah berkurang, tertunda, atau tidak ada kemampuan untuk menerima, memproses, mentransmisikan, dan menggunakan sistem simbol (Herdman & Kamitsuru, 2018). Batasan karakteristiknya meliputi: kesulitan menyuarakan kata-kata, kesulitan membedakan dan mempertahankan pola komunikasi yang biasa, gangguan dalam asosiasi kognitif, ketidakmampuan untuk menemukan, mengenali, atau memahami kata-kata, ketidakmampuan mengingat kata, frasa, atau nama orang, objek, dan tempat yang dikenal, dan verbalisasi yang tidak tepat (Herdman & Kamitsuru, 2018). Dari paparan di atas, penulis berpendapat tindakan intubasi dilakukan untuk membebaskan jalan nafas (airway) gagal, perlu memberikan nafas buatan dalam jangka panjang, memasukkan pipa jalan nafas buatan ke dalam

trachea melalui mulut sehingga benda asing tersebut dapat mengganggu pasien untuk berkomunikasi secara verbal.

4.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tahap proses keperawatan dimana perawat memberikan intervensi keperawatan langsung dan tidak langsung pada pasien. Pelaksanaan adalah perwujudan atau realisasi dari perencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan rencana keperawatan dilaksanakan secara terkoordinasi dan terintegrasi. Hal ini karena disesuaikan dengan keadaan Ny.M yang sebenarnya.

1. Penurunan Curah Jantung b.d Perubahan afterload

Standart intervensi keperawatan Indonesia (SIKI) adalah pemantauan curah jantung. Pelaksanaan rencana asuhan yang telah dibuat diimplementasikan pada pasien sesuai dengan kondisi pasien, implementasi dilakukan sejak tanggal 7-9 Februari 2023. Implementasi pemantauan curah jantung adalah: 1) Monitor pola nafas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, kussmaul) setiap jam, 2) Auskultasi bunyi napas, 3) Monitor hasil x-ray thorax, 4) Monitor efektivitas terapi oksigen (oksimetri atau analisa gas darah), 5) Gunakan perangkat oksigen yang sesuai dengan tingkat mobilitas pasien, 6) Kolaborasi penggunaan oksigen dan penentuan dosis oksigen.

2. Gangguan Pertukaran Gas b.d Ketidakseimbangan ventilasi-perfusi

Pelaksanaan rencana asuhan yang telah dibuat diimplementasikan pada pasien sesuai dengan kondisi pasien, implementasi dilakukan sejak tanggal 7-9 Februari 2023. Implementasi yang dilakukan adalah: 1) Monitor pola nafas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, kussmaul) setiap jam, 2) Auskultasi bunyi napas, 3) Monitor hasil x-ray thorax, 4) Monitor efektivitas terapi oksigen (oksimetri atau analisa gas

darah), 5) Gunakan perangkat oksigen yang sesuai dengan tingkat mobilitas pasien, 6) Kolaborasi penggunaan oksigen dan penentuan dosis oksigen.

3. Bersihan jalan napas tidak efektif b.d Sekresi yang tertahan

Pelaksanaan rencana asuhan yang telah dibuat diimplementasikan pada pasien sesuai dengan kondisi pasien, implementasi dilakukan sejak tanggal 7-9 Februari 2023. Implementasi yang dilakukan adalah: 1) monitor pola nafas setiap jam, 2) Monitor adanya retensi sputum (jumlah, warna), 3) Atur posisi semi fowler atau fowler, 4) lakukan fisioterapi dada, 5) lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik setiap 2-3 jam, 6) lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal, 7) kolaborasi pemberian brokodilator, ekspektoran, mukolitik.

4. Gangguan Komunikasi Verbal b.d Hambatan fisik

Pelaksanaan rencana asuhan yang telah dibuat diimplementasikan pada pasien sesuai dengan kondisi pasien, implementasi dilakukan sejak tanggal 7-9 Februari 2023. Implementasi yang dilakukan adalah: 1) kesesuaian ekspresi wajah meningkat, 2) respon perilaku membaik, 3) pemahaman komunikasi membaik. Intervensi yang direncanakan yaitu: 1) Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, dan volume bicara, 2) Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi, 3) Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. Menulis, mata berkedip, isyarat tangan), 4) Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan, 5) Ulangi apa yang disampaikan pasien, 6) Berikan dukungan psikologis.

4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir proses keperawatan dengan cara menilai sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Dalam mengevaluasi,

perawat harus memiliki pengetahuan dan kemampuan untuk memahami respon terhadap intervensi keperawatan, kemampuan menggambarkan kesimpulan tentang tujuan yang dicapai serta kemampuan dalam menghubungkan tindakan keperawatan pada kriteria hasil. tinjauan evaluasi pada pasien dilakukan karena dapat diketahui secara langsung keadaan pasien. Dimana setelah dilakukan tindakan keperawatan dapat dievaluasi sebagai berikut:

1. Penurunan Curah Jantung b.d Perubahan afterload

Evaluasi pada hari ke 3 (09 Februari 2023) didapatkan kondisi pasien mengatakan sesak berkurang, pasien tampak tenang dengan hasil pemeriksaan TD: 130/68 mmHg, N: 100x/menit, RR: 28x/menit, S: 36 C, SpO₂ 98%)

2. Gangguan Pertukaran Gas b.d Ketidakseimbangan ventilasi-perfusi

Evaluasi pada hari ke 3 (09 Februari 2023) didapatkan kondisi pasien mengatakan sesak berkurang, pasien tampak tenang, terpasang oksigen non rebreathing mask 10 lpm TD: 130/68 mmHg, N: 100x/menit, RR: 28x/menit, S: 36 C, SpO₂ 98%).

3. Bersihan jalan napas tidak efektif b.d Sekresi yang tertahan

Evaluasi pada hari ke 3 (09 Februari 2023) didapatkan kondisi pasien mengatakan batuk, pasien tampak melakukan batuk efektif, didapatkan sputum pada daerah mulut berwarna putih dengan volume 5 cc.

4. Gangguan Komunikasi Verbal b.d Hambatan fisik

Evaluasi pada hari ke 3 (09 Februari 2023) didapatkan kondisi pasien mengatakan haus, pasien tampak berbicara pelan, dan mengungkapkan yang dibutuhkan.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada pasien dengan diagnosa medis *Congestive Heart Failure* di Ruang ICU Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan asuhan keperawatan

5.1 Simpulan

1. Pada saat dilakukan pengkajian tanggal 06 Februari 2023 pukul 08.30 WIB didapatkan hasil pasien terpasang *endotracheal tube* sambung ventilator mode duolevel, pola nafas irreguler, TD: 147/59 mmHg, N:106x/mnt, RR 24 x/menit, SpO₂ 99%, FiO₂ 60%, terpasang cvc3 lumen no. 7 fr pada jugularis tersambung infus kidmin 200cc/24 jam.
2. Diagnosa keperawatan yang muncul berdasarkan tinjauan kasus yaitu penurunan curah jantung, gangguan pertukaran gas, bersihan jalan napas tidak efektif, gangguan komunikasi verbal.
3. Perencanaan keperawatan pada Ny. M disesuaikan dengan diagnosa keperawatan dengan tujuan curah jantung membaik, pertukaran gas meningkat, bersihan jalan napas meningkat, komunikasi verbal meningkat.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Pasien

Untuk mencapai hasil keperawatan yang diharapkan sangat diperlukan hubungan yang baik dan keterlibatan pasien, keluarga pasien dan tim kesehatan lainnya sebagai mitra.

5.2.2 Bagi perawat

Perawat sebagai petugas kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan dan ketrampilan yang cukup dalam menangani masalah gangguan pertukaran gas, bersihan jalan nafas, dan hipervolemi serta mampu berkolaborasi sesama tenaga kesehatan dalam menyelesaikan masalah pada pasien serta Mengembangkan dan tingkatkan pemahaman perawat terhadap konsep manusia secara kompherensif sehingga mampu menerapkan asuhan keperawatan dengan baik

5.2.3 Bagi Rumah Sakit

Meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang professional alangkah baiknya diadakan suatu seminar atau suatu pertemuan yang membahas tentang masalah kesehatan yang ada pada pasien serta penanganan yang tepat pada setiap pasien dengan klasifikasi yang berbeda

5.2.4 Bagi Mahasiswa

Pendidikan dan pengetahuan Mahasiswa secara berkelanjutan perlu ditingkatkan baik secara formal dan informal khususnya pengetahuan dalam bidang keperawatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Anindia, W., Rizkifani, S. and Iswahyudi (2018) „Kajian karakteristik pasien gagal jantung kongestif di rumah sakit sultan syarif mohamad alkadrie pontianak“, *Jurnal Kedokteran*, 5(1), pp. 11–20.
- Arifa (2017) „Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Penyakit Ginjal Kronik Pada Penderita Hipertensi Di Indonesia“, *MKMI*, 3 no 14.
- Arinda and Novi (2018) *Asuhan Keperawatan Pasien Congestive Heart Failure Pada Ny. N dan Ny. M Dengan Masalah Keperawatan Intoleran Aktivitas Di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018’*. Karya Tulis Ilmiah, Prodi D-III Keperawatan. Lumajang : Universitas Jember.
- Aspiani (2016) *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Kardiovaskular Aplikasi NIC & NOC*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Astuti, Y. E., Setyorini, Y. and Rifai, A. (2018) „Hipervolemia Pada Pasien Congestive Heart Failure (CHF)“, *Interest : Jurnal Ilmu Kesehatan*, 7(2), pp. 155–167. doi: 10.37341/interest.v7i2.28.
- Azkalika and Alifiah (2017) „Asuhan Keperawatan Pasien Yang Mengalami Gagal Jantung Kongestif Dengan Ketidakefektifan Pola Nafas Di Ruang Aster 5 Rsud Dr. Moewardi.“, *KESEHATAN MASYARAKAT*, 13. doi: 1287367816787.
- Biseph, R. M. (2018) „HUBUNGAN EKSKRESI ALBUMINURIA DENGAN PENYAKIT JANTUNG HIPERTENSI DI BLU/RSUP Prof. dr. R.D. Kandou MANADO NOVEMBER - DESEMBER 2012“, *e-CliniC*, 1(3). doi: 10.35790/ecl.1.3.2013.3240.
- Djojodibroto (2013) *Respirologi (Respiratory Medicine)*. 2nd edn. Jakarta: EGC.
- Dongoes (2011) *Rencana Asuhan Keperawatan : Pedoman Untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*. 3 (3rd ed. Jakarta: EGC. Dzakiyah, A.,
- Anggriyani, N. and Wijayahadi, N. (2018) „Hubungan Anemia Dengan Kualitas Hidup Pasien Gagal“, 7(2), pp. 962–976.
- Fadhila (2018) „Hubungan Antara Tekanan Darah dan Fungsi Ginjal pada Preeklamsi di RSUP DR. M. Djamil“, *Kesehatan Andalas*, 7, p. 1

Lampiran 1**CURRICULUM VITAE**

Nama : Alifia Laila Syahri Rimadhani
NIM : 223.0008
Program Studi : Profesi Ners
Tempat, Tanggal Lahir : Sidoarjo, 24 Desember 1999
Alamat : Jalan Singojoyo VI RT.20 RW. 03 Desa Bangah
Kec. Gedangan, Sidoarjo
Agama : Islam
Riwayat Pendidikan :

1. TK DHARMA WANITA BANGAH LULUS TAHUN 2006
2. SDN BANGAH LULUS TAHUN 2012
3. SMPN 3 WARU LULUS TAHUN 2015
4. SMK 10 NOPEMBER SIDOARJO LULUS TAHUN 2018
5. STIKES HANG TUAH SURABAYA LULUS TAHUN 2022