# ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT DENGAN HIPERVOLEMIA PADA PASIEN GAGAL JANTUNG KONGESTIF (CHF) DI IGD RSUD PROVINSI BANTEN



**Disusun Oleh : MELINA 8801190021**

# PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN FAKULTAS KEDOKTERAN

**UNIVERSITAS SULTAN AGENG TIRTAYASA 2022/2023**

# ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT DENGAN HIPERVOLEMIA PADA PASIEN GAGAL JANTUNG KONGESTIF (CHF) DI IGD RSUD PROVINSI BANTEN

**PROPOSAL**

*Diajukan sebagai salah satu persyaratan menyelesaikan pendidikan program Diploma III keperawata di fakultas kedokteran universitas sultan ageng tirtayasa*



# Disusun Oleh : MELINA 8801190021

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN FAKULTAS KEDOKTERAN**

# UNIVERSITAS SULTAN AGENG TIRTAYASA 2022/2023

# HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya yang bertanda tangan di bawah ini Nama : Melina

Nim 8801190021

Program studi : Diploma III keperawatan

Judul KTI : Asuhan keperawatan Gawat Darurat Dengan Hipervolemia Pada Pasien Gagal Jantung Kongestif (CHF) di IGD RSUD Provinsi Banten

Menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah ini merupakan hasil karya tulis saya sendiri. Semua sumber baik yang dikutip maupun yang di rujuk telah saya nyatakan dengan benar. Saya bersedia menerima sanksi dalam bentuk apapun jika hasil karya saya ini dapat di nyatakan sebagai hasil karya plagiarism.

Serang, 12 Mei 2022 Yang menyatakan,

Melina NIM. 8801190068

# HALAMAN PENGESAHAN

**ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN DEFISIT PERAWATAN DIRI PADA PASIEN STROKE HEMORAGIK DENGAN TINDAKAN PERAWATAN DIRI DI RUANG ASTER 2 RSUD dr. DRAJAT PRAWIRANEGARA SERANG 2021**

Karya Tulis Ilmiah ini sudah dipertahankan dihadapan Penguji dan diterima sebagai bagian dari persyaratan untuk menyelesaikan pendidikan Program Studi Diploma III Keperawatan di Fakultas Kedokteran Universitas Sultan Ageng Tirtayasa.

Serang Mei 2022

1. Pembimbing

Nelly Hermala Dewi, M.Kep.

NIP. 197906142005012009 (. )

1. Penguji

Ns. Ella Nurlaela, S.Kep., M.Kep.

NIP. 20200203151 (. )

Mengesahkan,

Ketua Program Studi DIII Keperawatan Fakultas Kedokteran

Universitas Sultan Ageng Tirtasaya

Epi Rustiawati, M.Kep., Sp.Kep.M.B NIP. 197811042005022001

# KATA PENGANTAR

*Assalamu’alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh*

Dengan memanjatkan puji syukur kehadirat Allah SWT atas segala limpahan berkah, rahmat, taufik, serta hidayah-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan pembuatan karya tulis ilmiah : studi kasus dengan judul “ Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Dengan Hipervolemia Pada Pasien Gagal Jantung Kongestif di IGD Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Banten“. Karya ilmiah studi kasus ini disusun sebagai salah satu persyaratan dalam menyelesaikan atau menempuh pendidikan akhir pada program studi DIII Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Sultan Ageng Tirtayasa. Selama proses pembuatan karya tulis ilmiah : studi kasus, peneliti banyak mendapatkan dukungan dari berbagai pihak, sehingga krya tulis ilmiah : studi kasus ini dapat di selesaikan dengan baik. Untuk itu dalam kesempatan ini dengan segala hormat peneliti menyampaikan terimakasih kepada:

1. Bapak Dr. H. Fatah Sulaeman ST., MT selaku Rector Universitas Sultan Ageng Tirtayasa.
2. Ibu Dr. Siti Farida, M.Kes., Ph.D selaku Dekan Fakultas kedokteran Universitas Sultan Ageng Tirtayasa
3. Ibu Epi Rustiawati, M.Kep., Sp.Kep.M.B selaku ketua Prodi Diploma III Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Sultan Ageng Tirtayasa
4. Ibu Nelly Hermala Dewi, M.Kep. selaku Dosen Pembimbing yang telah meluangkan waktu untuk memberi arahan dan bimbingan sehingga penyusunan karya tulis ilmiah dapat terselesaikan dengan baik.
5. Ibu Ns. Ella Nurlaela, S.Kep., M.Kep. selaku Dosen Penguji.
6. Dosen Beserta Staf Diploma III Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Sultan Ageng Tirtayasa yang telah memberikan ilmu dan bimbingan dalam pembuatan karya tulis ilmiah.
7. Direktur Rumah sakit umum daerah Provinsi Banten, kepala ruangan, beserta staf yang telah memberikan izin dan memfasilitasi untuk melakukan penelitian.
8. Kepada Ibu saya satu-satu yang saya punya dan selalu saya harapkan untuk selalu sehat, ibu Ariyah yang telah memberikan kasih sayang dan selalu mendo’akan, memberikan nasihat, dan dukungan kepada penulis selama menyelesaikan penelitian.
9. Kepada sahabat saya dari bayi sampai sekarang sudah melangkah kejalan masing-masing untuk menggapai cita-cita nya kepada Hamilah Sari, Ais Fitriasih yang selalu mendukung saya menyelesaikan karya tulis Ilmiah ini.
10. Diri sendiri Melina yang selalu terus berjuang, yang telah sabar ketika jatuh lalu bangkit kembali, suka menangis tapi tidak pernah menyerah.
11. Renaldi sebagai pendengar yang baik atas segala hal, terima kasih selalu ada dan sudah bertahan menemani saya dalam proses menyelesaikan proposal penelitian ini.
12. Sahabat, teman, semua pihak dan rekan rekan angkatan 2019 mahasiswa Diploma III Keperawatan Universitas Sultan Ageng Tirtayasa.

Penulis menyadari bahwa penyusunan karya tulis ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna. Oleh karena itu, penulis membuka hati untuk menerima kritik dan saran yang bersifat membangun sehingga karya tulis ilmiah ini bisa lebih sempurna.

*Wassalamualaikum wr.wb*

Serang, 3 Februari 2022 Penulis

Melina NIM. 8801190021

# ABSTRAK

Gagal Jantung Kongestif merupakan ketidakmampuan dalam jantung untuk memompa darah yang adekuat untuk memenuhi kebutuhan oksigenisasi tubuh, hal ini menyebabkan jantung tidak berfungsi lagi dengan maksimal dalam memompa darah. Masalah keperawatan prioritas yang muncul pada gagal jantung kongestif adalah hipervolemia yang disebabkan kelebihan volume cairan pada paru yang menyebabkan sesak. Berdasarkan masalah tersebut maka diperlukannya asuhan gawat darurat untuk mengatasi agar penyakit tersebut tidak sampai mengancam jiwa. Asuhan keperawatan gawat darurat adalah tindakan keperawatan yang diberikan untuk mencegah kematian pada pasien. Penulisan karya tulis ilmiah ini menggunakan metode penelitian deskriptif dalam bentuk studi kasus dengan pendekatan asuhan keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi. Subjek penelitian dalam studi kasus ini yaitu perbandingan 2 orang pasien dengan gagal jantung kongestif

**Kata kunci** : Asuhan Keperawatan Gawat Darurat, Gagal Jantung Kongestif, Hipervolemia

# ABSTRACK

*Congestive heart failure is the inability of the heart to pump adequate blood to meet the body's oxygen needs, this causes the heart to no longer function optimally in pumping blood. The priority nursing problem that arises in congestive heart failure is hypervolemia caused by excess fluid volume in the lungs which causes shortness of breath. Based on these problems, emergency care is needed to overcome so that the disease does not become life-threatening. Emergency nursing care is a nursing action given to prevent death in patients. The writing of this scientific paper uses descriptive research methods in the form of case studies with a nursing care approach including assessment, diagnosis, intervention, implementation and evaluation. The research subject in this case study is a comparison of 2 patients with congestive heart failure.*

***Keywords*** *: Emergency Nursing Care, Congestive Heart Failure, Hypervolemia*

# DAFTAR ISI

[HALAMAN SAMPUL DEPAN i](#_bookmark0)

[HALAMAN SAMPUL DALAM ii](#_bookmark1)

[HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS iii](#_bookmark2)

[HALAMAN PENGESAHAN iv](#_bookmark3)

[KATA PENGANTAR v](#_bookmark4)

[ABSTRAK vii](#_bookmark5)

[ABSTRACK viii](#_bookmark6)

[DAFTAR ISI ix](#_bookmark7)

[DAFTAR TABEL xii](#_bookmark8)

[DAFTAR BAGAN xiii](#_bookmark9)

[DAFTAR GAMBAR xiv](#_bookmark10)

[DAFTAR LAMPIRAN xv](#_bookmark11)

BAB I [PENDAHULUAN 1](#_bookmark12)

* 1. [Latar Bekalang](#_bookmark13) [1](#_bookmark13)
  2. [Rumusan Masalah](#_bookmark14) [4](#_bookmark14)
  3. [Tujuan Studi Kasus](#_bookmark15) [4](#_bookmark15)
     1. [Secara Umum 4](#_bookmark16)
     2. [Secara Khusus 4](#_bookmark17)
  4. [Manfaat Penelitian](#_bookmark18) [5](#_bookmark18)
     1. [Manfaat Teoritis 5](#_bookmark19)
     2. [Manfaat Praktis 5](#_bookmark20)

BAB II [TINJAUAN PUSTAKA 7](#_bookmark21)

* 1. [Konsep Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Dengan Hipervolemia](#_bookmark22) [Pada Pasien Gagal Jantung Kongestif ( CHF)](#_bookmark22) [7](#_bookmark22)
     1. [Pengkajian 7](#_bookmark23)
     2. [Diagnosis Keperawatan 9](#_bookmark24)
     3. [Intervensi 10](#_bookmark25)
     4. [Implementasi 12](#_bookmark27)
     5. [Evaluasi 12](#_bookmark28)
  2. [Konsep penyakit Gagal Jantung Kongestif (CHF)](#_bookmark29) [13](#_bookmark29)
     1. [Pengertian 13](#_bookmark30)
     2. [Patofisiologi 14](#_bookmark32)
     3. [Etiologi 16](#_bookmark34)
     4. [Manifestasi Klinis 17](#_bookmark35)
     5. [Klasifikasi Gagal Jantung 18](#_bookmark36)
     6. [Komplikasi 19](#_bookmark37)
     7. [Pemeriksaan Penunjang 19](#_bookmark38)
     8. [Penatalaksanaan 19](#_bookmark39)

BAB III [METODOLOGI PENELITIAN 21](#_bookmark40)

* 1. [Desain Penelitian 21](#_bookmark41)
  2. [Tempat dan Waktu Penelitian 21](#_bookmark42)
  3. [Subjek Penlitian/Partisipan 21](#_bookmark43)
  4. [Fokus Studi 21](#_bookmark44)
  5. [Definisi Operasional 22](#_bookmark45)
  6. [Instrumen Penelitan 22](#_bookmark47)
  7. [Metode Pengumpulan Data 22](#_bookmark48)
  8. [Etika Studi Kasus 23](#_bookmark49)
  9. [Langkah-Langkah Pengumpulan Data 24](#_bookmark50)
  10. [Metode Analisa Data 24](#_bookmark51)

[BAB IV HASIL PEMBAHASAN 25](#_bookmark52)

* 1. [Hasil studi kasus 25](#_bookmark53)
     1. [Gambaran Lokasi Pengambilan Data 25](#_bookmark54)
     2. [Pengkajian 25](#_bookmark55)
     3. [Diagnosa keperawatan pada pasien CHF 31](#_bookmark56)
     4. [Implementasi Keperawatan CHF 33](#_bookmark57)
     5. [Evaluasi pada pasien CHF 40](#_bookmark58)
  2. [Pembahasaan 42](#_bookmark59)
     1. [Pengkajian 42](#_bookmark60)
     2. [Diagnosa keperawatan 43](#_bookmark61)
     3. [Implementasi keperawatan 43](#_bookmark62)
     4. [Evaluasi 44](#_bookmark63)

[BAB V KESIMPULAN DAN SARAN 45](#_bookmark64)

* 1. [KESIMPULAN 45](#_bookmark65)
  2. [SARAN 45](#_bookmark65)

[LEMBAR KEHADIRAN 47](#_bookmark66)

[DAFTAR PUSTAKA 48](#_bookmark67)

# DAFTAR TABEL

[**Tabel 2.1** Intervensi Keperawatan 10](#_bookmark26)

[**Tabel 3.1** Definisi Operasional 22](#_bookmark46)

# DAFTAR BAGAN

[**Bagan 2.1** Pathway 15](#_bookmark33)

# DAFTAR GAMBAR

[**Gambar 2.1** Jantung 13](#_bookmark31)

# DAFTAR LAMPIRAN

[**Lampiran 1** Lembar Persetujuan Proposal 50](#_bookmark68)

[**Lampiran 2** Lembar Bimbingan 51](#_bookmark69)

[**Lampiran 3** Format Asuhan Keperawatan Gawat Darurat 53](#_bookmark70)

[**Lampiran 4** Lembar SOP 58](#_bookmark71)

# BAB I PENDAHULUAN

# Latar Bekalang

Gagal jantung atau disebut juga dengan *congestive heart failure* adalah suatu keadaan dimana ketika jantung tidak mampu mempertahankan sirkulasi yang cukup bagi kebutuhan tubuh, meskipun tekanan darah pada vena itu normal. Gagal jantung akan menjadi penyakit yang akan terus meningkat terutama pada lanjut usia. Pada *congestive heart failure* atau gagal jantung adalah ketidakmampuan jantung untuk mempertahankan curah jantung yang adekuat guna untuk memenuhi kebutuhan metabolic didalam tubuh dan akan membutuhkan oksigenisasi pada jaringan meskipun aliran balik vena yang adekuat. (Asmoro, 2017) *congestive heart failure* merupakan ketidakmampuan dalam jantung untuk memompa darah yang adekuat untuk memenuhi kebutuhan oksigenisasi tubuh, jaringan akan dan nutrisi (Kasron, 2016).

Congestive heart failure mengakibatkan kegagalan pada fungsi pulmonal sehingga terjadi penimbunan cairan dialveoli, hal ini akan menyebabkan jantung tidak dapat berfungsi lagi dengan maksimal dalam memompa darah. Dampak lain yang akan muncul yaitu perubahan yang terjadi pada otot-otot respirator sehingga akan terjadi hal tersebut dapat mengakibatkan suplai oksigen keseluruh tubuh dapat terganggu dan sehingga terjadinya dyspnea. Perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan melalui tindakan mandiri dan kaloboratif untuk memfasilitasi pasien untuk menyelesaikan masalahnya.

Menurut WHO (World Health Organization, 2017), 17,3 juta orang meninggal akibat penyakit kardiovaskuler pada tahun 2008, mewakili 30% dari semua kejadian atau kematian global. Dari kematial gagal jantung ini, diperkirakan 7,3 juta disebabkan oleh penyakit jantung. Lebih dari 80%

kematian kardiovaskuker terjadi dinegara berpenghasilan rendah dan menegah fan terjadi hampir sama pada pria dan prevalensi penyakit gagal jantung di indonesia tahun 2018 sebesar 1,5% prevalensi penyakit gagal jantung diprovinsi Nusa Tenggara Timur Tengah tahun 2018 sebesar 0,7% (RISKESDAS 2018) prevalensi penyakit gagal jantung meningkat seiring dengan bertambhnya umur, umur tertingga pada 75+tahun (4,7%) untuk yang terdiagnosis oleh dokter, sedikit menurun 65-74 tahun (4,6) tetapi untuk yang terdiagnosis dokter prevalensi lebih tinggi perempuan (1,6%) dibanding dengan laki-laki (1,3) (RISKESDAS, 2018).

Hasil riset kesehatan dasar kementrian kesehatan, data menunjukan prevelensi penyakit jantung berdasarkan diagnosis dokter di Indonesia yaitu sebesar 1,5% dari total penduduk. Data riskesdas 2018 mengungkapkan tiga utara 2,2%, daerah istimewa yogyakarta 2%, dan Gorontalo 2%. Selain itu 8 provinsi lain juga memiliki prevelensi lebih tinggi dibandingkan prevelensi nasional, salah satunya provinsi Kalimantan Timur yaitu 1,8% (Kemenkes RI, 2018).

Pada tahun 2020 pasien *congestive heart failure* (CHF) di Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Banten terdapat 61 pasien dan pada tahun 2021 mengalami peningkatan menjadi 67 pasien. Pasien yang datang ke IGD dengan penyakit *congestive heart failure* (CHF) mengalami gejala seperti sesak nafas, nyeri pada dada dan terdapat edema pada ekstermitas atas maupun bawah.

Kebutuhan cairan adalah bagian dari kebutuhan dasar manusia yang memiliki proporsi besar dalam tubuh, pengaturan cairan dilakukan oleh mekanisme rasa haus, system hormonal takni anti diuretic hormon. Cairan tubuh dapat berpindah dengan berbagai cara yaitu dengan difusi, osmosis, dan transport aktif. Cara perpindahan yang pertama yaitu difusi yang berarti molekul berpindah dari konsentrasi yang tinggi kerendah. Cara perpindahan cairan yang kedua yaitu osmosis yang berarti perpindahan zat

dari larutan dengan konsentrasi sehingga volume cairan dengan konsentrasi kurang pekat akan berkurang dan volume cairan dengan konsentrasi lebih pekat akan bertambah. (Astuti, Dkk 2018) Kelebihan volume cairan (FVE) mengacu pada perluasan isotonik dari CES yang disebabkan natrium yang abnormal dalam proporsi yang kurang lebih sama dimana mereka secara normal berada dalam CES tersebut. Hal ini selalu menjadi sesudah ada peningkatan kandungan natrium tubuh total, yang pada akhirnya menyebabkan peningkatan air tubuh total. Kerena ada retasi isotonik dari substansi tubuh, konsentrasi natrium serum tetap normal. Penyebab kelebihan volume cairan mungkin berhubungan dengan kelebihan cairan biasa atau penurunan fungsi dari mekanisme homeostatis yang bertanggung jawab untuk mengatur keseimbangan cairan faktor-faktor yang menyebabkan dapat termasuk gagal jantung kongestif (CHF), gagal ginjal dan sirosis hepar. (Brunner & Suddarth, 2015).

Asuhan keperawatan gawat daruratan adalah tindakan keperawatan yang diberikan guna mencegah terjadinya kematian maupun kecacatan pada pasien. Pada saat dilakukannya pengkajian, pada penyakit gagal jantung kongestif akan terdapat masalah pada *circulation* atau hipervolemi kelebihan volume cairan. Pemeriksaan *circulation* digunakan untuk mengetahui apakah terdapat kelebihan volume cairan pada jantung, maupun ada tidaknya Gerakan dada. Setelah dilakukan pengkajian maka perawat dapat mengetahui masalah yang timbul pada penyakit tersebut dan dapat dilakukan Tindakan keperawatan lebih lanjut.

Masalah keperawatan prioritas yang muncul menurut PPNI pada buku SDKI (2016) pada gagal jantung kongestif adalah hipervolemia. Masalah tersebut muncul akibat kelebihan volume cairan pada penyakit gagal jantung kongestif yang mana perlu diberikan tindakan pemberian oksigen dapat terpenuhi oleh tubuh. Menurut PPNI pada buku SIKI (2018) salah satu tindakan keperawatan atau intervensi keperawatan yang dapat dilakukan untuk mengatasi kelebihan volume cairan yaitu kebutuhan

oksigen. Penangan pertama kali dilakukan pada saat pasien gagal jantung masuk ke UGD adalah dengan mengecek kesadaran dan keluhan utama pasien. Jika saat dilakukan pengkajian pasien terlihat mengeluh sesak maka diberikan Tindakan dengan pemberian oksigen. Setelah masalah utama teratasi pemberian cairan melalu intravena serta pemberian antibiotic dilakukan. Pemberian antibiotic bertujuan untuk mengatasi atau mencegah infeksi bakteri pada tubuh. Pemberian tindakan dilakukan untuk mengatasi masalah-masalah yang terjadi pada pasien.

Berdasarkan pembahasan yang dapat diperoleh diatas penulis akan mengangkat kasus dalam sebuah karya tulis ilmiah yang berjudul : “Asuhan keperawatan gawat darurat dengan Hipervolemia pada pasien gagal jantung kongestif (CHF) Di IGD Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Banten”.

# Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas maka timbul lah permasalahan mengenai “Bagaimana Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Dengan Hipervolemia Pada Pasien Gagal Jantung Kongestif (CHF)?“

# Tujuan Studi Kasus

# Secara Umum

Secara umum, karya tulis ilmiah ini bertujuan untuk melakukan asuhan keperawatan Hipervolemia pada pasien Gagal Jantung Kongestif di IGD Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Banten.

# Secara Khusus

1. Melaksanakan pengkajian asuhan keperawatan di IGD Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Banten.
2. Mengetahui diagnosa keperawatan pada pasien gagal jantung kongestif di IGD Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Banten.
3. Merencanakan intervensi asuhan keperawatan di IGD Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Banten.
4. Melaksanakan implementasi asuhan keperawatan pada pasien gagal jantung kongestif (CHF) di IGD Rumah Sakit Umun Daerah Provinsi Banten.
5. Melaksanakan evaluasi asuhan keperawatan pada pasien gagal jantung kongestif (CHF) di IGD RSUD Provinsi Banten.
6. Melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan di IGD Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Banten.

# Manfaat Penelitian

# Manfaat Teoritis

Karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat menjadi media informasi untuk ilmu keperawatan, terutama mengenai pemberian asuhan keperawatan dengan hipervolemia pada pasien gagal jantung kongestif (CHF). Selain itu diharapkan pula hasil dari penelitian ini dapat digunakan sebagai referensi dan rujukan untuk melakukan penelitian atau studi kasus berikutnya berdasarkan pada kelemahan dan kelebihan yang ada pada laporan ini.

# Manfaat Praktis

Adapun manfaat praktis dari penulisan karya tulis ilmiah ini yang sebagai berikut;

1. Bagi fasilitas pelayanan kesehatan

Karya tulis ini diharapkan dapat berkontribusi dalam meningkatkan mutu pelayanan fasilitas kesehatan (rumah sakit, puskesmas,dan yang lainnya). dalam memberikan pelayanan kesehatan pada pasien gagal jantung kongestif.

1. Bagi profesi keperawatan

Karya tulis ini diharapakan dapat menjadi bahan masukan lagi bagi profesi keperawatan dalam meningkatkan mutu pelayanan terutama dalam mengatasi kelebihan volume cairan pada pasien gagal jantung kongestif.

1. Bagi instansi pendidikan

Penulis berharap karya tulis ini dapat digunakan sebagai referensi untuk mengembangkan ilmu tentang asuhan keperawatan kelebihan volume cairan pada pasien gagal jantung kongestif.

1. Manfaat bagi peneliti selanjutnya

Diharapkan dapat menjadi acuan data awal peneliti mengenai masalah kelebihan volume cairan pada pasien gagal jantung kongestif.

# BAB II TINJAUAN PUSTAKA

# Konsep Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Dengan Hipervolemia Pada Pasien Gagal Jantung Kongestif ( CHF)

# Pengkajian

Pengkajian pada pasien CHF diajukan sebagai pengumpulan data dan infiormasi terkini mengenai status pasien dengan pengkajian system kardiovaskuler sebagai prioritas dan merupakan tahap awal dari proses dimana kegiatan yang dilakukan yaitu : menggumpulkan data, mengelompokan data dan menganalisa data. Data fokus yang berhubungan dengan gagal jantung kongestif :

# Pengkajian primer

Setelah pasien sampai ke IGD yang pertama harus dilakukan adalah memastikan atau memeriksa ABCDE (*Airway, Breathing, Circulation, Disability, serta Exposure*) pasien guna menemukan masalah keperawatan yang terjadi pada pasien

* 1. *Airway* (Jalan nafas)

Pada pengkajian ini dilakukan observasi kepatenan jalan napas, pada pasien Gagal Jantung Kongestif ditemukan gejala nyeri dada, produksi sputum berlebih, apakah terdengar saura wheezing atau bunyi napas ronchi.

* 1. *Breathing* (Pernafasan)

Pada pengkajian ini dilakukan observasi pada gerakan dada, apakah ada gerakan dada atau tidak, pada pasien gagal jantung kongestif apabila gerakan dada spontan berarti jalan nafas nafas lancar atau paten, sedangkan apabila tidak ada gerakan pada dada walaupun diberikan bantuan nafas artinya terjadinya sumbatan pada jalan nafas, distress cuping hidung.

* 1. *Circulation*

Pada pasien Gagal Jantung Kongestif ditemukan adanya sianosis pada mukosa mulut maupun ujung jari tengan CRT >2detik, Suhu akral dingin atau hangat, turgor kulit pucat, tekanan darah batas meningkat atau menurun, nadi lemah dan tidak teratur.

* 1. *Disability* (ketidakmampuan)

Pada pasien CHF biasanya mengalami penurunan kesadaran akibat suplay dan kebutuhan oksigen kejantung tidak seimbang.

* 1. *Eksposure*

Pada pasien CHF mengalami nyeri dada sehingga mengakibatkan sesak napas akibat kurangnya oksigen ke jantung sehingga mengalami kegelisahan serta cemas.

# Pengkajian Sekunder

Pemeriksaan sekunder adalah anamnesis dan pemeriksaan fisik. Tujuan dari pengkajian sekunder adalah mengidentifikasi semua penyakit atau masalah yang dikeluhkan pasien sehingga tidak ada yang terlewatkan untuk mengobati. Apabila pasien sadar dan dapat bicara maka kita harus mengambil riwayat AMPLE dari pasien . sangat penting menayakan komponen dari kecelakaan untuk menemukan masalah atau mengantisipasi luka yang dialami oleh pasien. Pemeriksaan fisik *head to toe* meliputi :

1. Kesadaran umum
   * Baik, sadar
   * Gelisah
   * Lemah, kesadaran menurun (Sesak berat)
2. Kepala

Bentuk kepala normal

1. Mata
   * Konjungtiva anemis
   * Sekrela iktrik tidak ada
2. Hidung
   * Terdapat kembang kempis
3. Mulut

Tidak ada tanda infeksi

1. Telingan

Tidak ditemukan masalah pada telinga

1. Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid

1. Thorak
   * Paru-paru adanya nyeri tekan, peningkatan vocal fremitus
   * Jantung perhatikan kesimetrisan dada, tidak adanya nyeri tekan, terdengar suara jantung normal (Lup dup lup dup)
   * Dada

Bentuk dada simetris, terdapat nyeri tekan dan terdapat bunyi jatung tambahan, serta redup

1. Abdomen

Perut normal tidak ada lesi, tidak adanya asites tergor kulit >2detik

1. Punggung

Pada kasus CHF nyeri pada punggung terasa panas

1. Ektremitas
   * Kulit pucat, turgor kulit menurun >2 detik, akral dingin
   * Atas terpasang infus atau tidak adanya kelemahan ektremitas atas atau tidak
   * Bawah ada atau tidaknya gangguan ektremitas bawah seperti kelemahan

# Diagnosis Keperawatan

Menurut diagnosa keperawatan SDKI (2018), diagnosa keperawatan yang muncul dapat diambil pada pasien Hipervolemia sesuai dengan data yang diperoleh berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) menurut PPNI (2017) adalah :

Diagnosis keperawatan yang muncul pada kasus Gagal Jantung Kongestif di ruang gawat darurat adalah hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan.

# Intervensi

Berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (PPNI, 2018) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (PPNI, 2018) tujuan dan kriteria hasil serta intervensi yang dapat dilakukan pada pasien gagal jantung kongestif (CHF) yaitu sebagai berikut.

# Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan

Intervensi Asuhan Keperawatan Gawat Daruratan Hipervolemia Pada Pasien Gagal Jantung Kongestif (CHF)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N**  **o** | **Diagnosa Keperawatan** | **Tujuan dan Kriteria Hasil** | **Intervensi** |
| 1. | Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 jam diharapkan hipervolemia membaik  Kriteria hasil :  Asupan cairan meningkat   * Haluaran urin meningkat * Kelembapan membran mjukosa meningkat * Asupan makanan meningkat * Edema menurun * Dehidrasi menurun * Asites menurun * Konfusi menurun * Tekanan darah membaik * Denyut nadi | Manajemen Hipervolemia  *Observasi*  Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis. Ortopnea, dipsnea, edema, JVP/CPV meningkat refleks hepatojugular positif, napas tambahan)  Identifikasi penyebab hipervolemia  Monitor status hemodinamik (mis. Frekuensi jantung, tekanan darah, MAP, CVP, PAP, PCWP,  CO, CI) *jika tersedia*  Monitor intake dan output cairan  Monitor tanda hemokonsentrasi (mis. Kadar natrium, BUN, hematocrit, berat jenis urine)  Monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma (mis, |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | radial membaik   * Tekanan arteri rata-rata membaik * Membran mukosa membaik * Mata cekung membaik * Turgor kulit membaik * Berat badan membaik | kadar protein, dan albumin meningkat)  Monitor kecepatan infus secara ketat  Monitor efek  samping diuretic  (mis. Hipotensi ortortostatik, hipolovemia, hypokalemia, hiponatremia)  *Terapeutik*   * Timbang berat badan   setiap hari pada waktu yang sama   * Batasi asupan   cairan Tinggikan kepala tempat tidur  *Edukasi*   * Anjurkan melapor jika haluaran urin   <0,5 Ml/kg/jam  dalam 6 jam   * Anjurkan melapor jika BB bertambah   >1kg dalam sehari   * Ajarkan cara membatasi cairan   *Kaloborasi*   * Kaloborasi   pemberian diuretic   * Kaloborasi   penggantian kehilangan kalium akibat diuretic   * Kaloborasi   pemberian continus renal  replacement teraphy |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | (CRRT)  *jika perlu* |

# Implementasi

Dalam melaksanakan implementasi adalah tahap keempat dari keperawatan dalam proses implementasi yaitu mencakup pengkajian ulang kondisi pasien, validasi rencana keperawatan yang telah disusun, menentukan kebutuhan yang tepat untuk memberikan bantuan, melaksanakan strategi keperawatan mengkomunikasikan kegiatan baik dalam bantuk lisan maupun tulisan.

Implementasi atau pelaksanaan keperawatan yang diberikan kepada pasien Gagal Jantung Kongestif dengan masalah hipervolemia diantaranya : dengan tindakan monitor status hemodinamik, monitor intake dan output cairan, monitor tanda hemokonsentrasi (SIKI DPP PPNI, 2018).

# Evaluasi

Evaluasi yang merupakan tahap akhir dari proses keperawatan bertujuan untuk menilai hasil akhir dari seluruh tindakan, perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan pasien dengan tujuan/kriteria hasil yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara keseimbangan dengan melibatkan tenaga medis yang lain agar mencapai tujuan/kriteria hasil yang telah ditetapka. Evaluasi pada asuhan keperawatan dilakukan secara sumatif dan formatif (Fantri Ndun, 2019) Untuk menentukan masalah pada pasien teratasi sebagian, atau tidak teratasi adalah dengan cara membandingkan atara SOAP dengan tujuan kriteria hasil yang telah ditetapkan format evaluasi yaitu :

S : *Subjective*, yaitu pernyataan atau keluhan dari pasien. Pasien gagal jantung kongestif dengan hipervolemia diharapkan mampu dan tidak mengeluh sulit bernafas dan tidak mengeluh ortopne

O : *Objective*, yaitu data yang diobservasi oleh perawat atau keluarga. Pada pasien dengan hipervolemia akibatnya sesak nafas akibat cairan yang terlalu banyak pada jaringan paru

A : *Analisis*, yaitu kesimpulan dari objektif dan subjektif

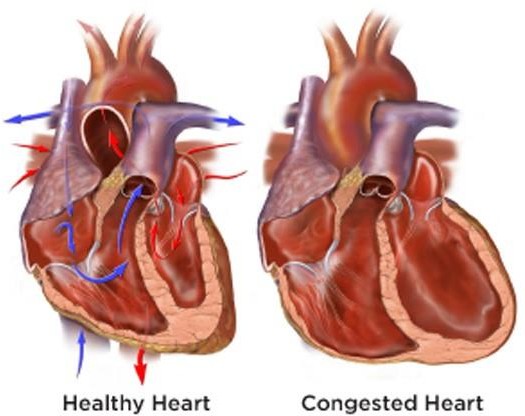
P : *Planning*, yaitu rencana tindakan keperawatan lanjutan yang dilakukan berdasarkan analisa.

# Konsep penyakit Gagal Jantung Kongestif (CHF)

# Pengertian

Gagal jantung adalah suatu keadaan yang patofisiologinya Gagal jantung mempertahankan sirkulasi adekuat untuk kebutuhan tubuh meskipun tekanan pengisian cukup (Ongkowijaya & Wantania, 2016). Gagal jantung adalah sindrome klinis (sekumpulan data dan gejala), ditandai oleh sesak napas dan fatigue (saat istirahat atau aktivitas) yang disebabkan oleh kelainan struktur atau fungsi jantung, akibat cairan yang terlalu banyak didalam paru. Gagal jantung disebabkan oleh gangguan yang menghabiskan terjadinya pengurangan pengisian ventrikel (disfungsi diastolic) atau kontraktilitas miokardial (disfungsi sistolik) (nurarif, a.h 2015).

# Gambar 2.1 Jantung



# Patofisiologi

Kekuatan jantung untuk merespon sters tidak mencukupi dalam memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh. Jantung akan gagal melakukan tugasnya sebagai organ pemompa, sehingga terjadi yang namanya gagal jantung. Pada tingkat awal disfungsi komponen pompa dapat mengakibatkan kegagalan jika cadangan jantung normal mengalami payah dan kegagalan respon fisiologis tertentu pada penurunan curah jantung. Semua respon ini menunjukkan upaya tubuh untuk mempertahankan perfusi organ vital normal. Sebagai respon terhadap gagal jantung ada tiga mekanisme respon primer yaitu meningkatnya aktivitas adrenergik simpatis meningkatnya beban awal akibat aktifitas neurohormon, dan hipertrofi ventrikel. Ketiga respon ini mencerminkan usaha untuk mempertahankan curah jantung. Mekanisme-mekanisme ini mungkin memadai untuk mempertahankan curah jantung pada tingkat normal atau hampir normal pada gagal jantung dini pada keadaan normal.

Mekanisme dasar dari gagal jantung adalah gangguan kontraktilitas jantung yang menyebabkan curah jantung lebih rendah dari curah jantung normal. Bila curah jantung berkurang, sistem saraf simpatis akan mempercepat frekuensi jantung untuk mempertahankan curah jantung. Bila mekanisme ini gagal, maka volume sekuncup yang harus menyesuaikan. Volume sekuncup adalah jumlah darah yang dipompa pada setiap kontraksi, yang dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu preload (jumlah darah yang mengisi jantung), kontraktilitas (perubahan kekuatan kontraksi yang terjadi pada tingkat sel yang berhubungan dengan perubahan panjang serabut jantung dan kadar kalsium), dan afterload (besarnya tekanan ventrikel yang harus dihasilkan untuk memompa darah melawan perbedaan tekanan yang ditimbulkan oleh tekanan arteriol). Apabila salah satu komponen itu terganggu maka curah jantung akan menurun. Kelainan fungsi otot jantung disebabkan karena aterosklerosis koroner, hipertensi arterial dan penyakit otot degeneratif atau inflamasi. Aterosklerosis koroner mengakibatkan disfungsi miokardium karena terganggu alirannya darah ke otot jantung. Terjadi hipoksia dan asidosis (akibat penumpukan asam laktat). Infark miokardium biasanya

mendahului terjadinya gagal jantung. Hipertensi sistemik atau pulmonal (peningkatan afterload) meningkatkan beban kerja jantung pada gilirannya mengakibatkan hipertrofi serabut otot jantung. Efek (hipertrofi miokard) dapat dianggap sebagai mekanisme kompensasi karena akan meningkatkan kontraktilitas jantung (Fajriah, n.r 2020)

# Bagan 2.1 Pathway

Gagal Jantung Kongestif

Gagal jantung kiri

Gagal jantung kanan

Kegagalan memompa darah ke sistemik

Darah Kembali ke atrium, ventrikel dan sirkulasi

Pembengkakan di seluruh tubuh dan paru

Jantung kanan lupertropi

Perpindahan cairan intrasel keinterstitial

Tekanan pulmonal

Transudasi cairan (edema paru)

Ekspansi paru

**Kelebihan volume**

Sesak napas

**Pola nafas tidak efektif**

# Etiologi

Menurut Majid (2018) gagal jantung kongestif memiliki beberapa etiologi atau penyebab, antara lain :

* + - 1. Beban tekanan berlebihan-pembebanan sistolik (systolic overload). Beban sistolik yang berlebihan diluar kemampuan ventrikel (systolic overload) menyebabkan hambatan pada pengosongan ventrikel, sehingga menurunkan curah ventrikel atau isi sekuncup.
      2. Beban volume berlebihan-pembebanan diastolik (diastolik overload). Preload yang berlebihan dan melampaui kapasitas ventrikel (diastolik overload) akan menyebabkan volume dan tekanan pada akhir diastolik dalam ventrikel meninggi.
      3. Peningkatan kebutuhan metabolik-peningkatan kebutuhan yang berlebihan (demand overload). Beban kebutuhan metabolik meningkat melebihi kemampuan daya kerja jantung di mana jantung sudah bekerja maksimal
      4. Gangguan pengisian (hambatan input). Hambatan pada pengisian ventrikel karena gangguan aliran masuk ke dalam ventrikel atau pada aliran balik vena/venous return
      5. Kelainan otot jantung. Gagal jantung paling sering terjadi pada penderita kelainan otot jantung yang menyebabkan menurunnya kontraktilitas jantung.
      6. Aterosklerosis coroner. Mengakibatkan disfungsi miokardium karena terganggunya aliran darah ke otot jantung. Terjadi hipoksia dan asidosis (akibat pemupukan asam laktat).
      7. Hipertensi sistemik/pulmonal. Meningkatkan beban kerja jantung dan pada gilirannya mengakibatkan hipertropi serabut otot jantung.
      8. Peradangan dan penyakit miokardium. Berhubungan dengan gagal jantung karena kondisi ini secara langsung merusak serabut jantung, menyebabkan kontraktilitas menurun.
      9. Penyakit jantung. Gagal jantung dapat terjadi sebagai akibat penyakit jantung yang sebenarnya secara langsung mempengaruhi jantung.

# Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis atau tanda dan gejala dari gagal jantung dibagi menjadi dua yaitu pada gagal jantung kiri dan gagal jantung kanan (fajriah, n.r 2020).

1. Gagal Jantung Kiri

Keluhan berupa perasaan badan lemah, cepat lemah, berdebar-debar, sesak nafas, batuk, anoreksia, dan keringat dingin, batuk dan batuk berdarah, fungsi ginjal menurun. Tanda dan gejala kegagalan ventrikel kiri :

* 1. Kongestif pulmonal : dyspnea (sesak), batuk, kadar saturasi oksigen yang rendah, adanya bunyi jantung tambahan bunyi jantung S3 atau bunyi “gallop ventrikel” bisa dideteksi melalui auskultasi.
  2. Dyspnea saat beraktifitas, ortopnea, dyspnea nocturnal proksismal (PND)
  3. Batuk kering dan tidak berdahak diawali, lama kelamaan dapat berubah menjadi batuk berdahak.
  4. Sputum berbusa, sebanyak dan berwarna pink (berdarah).
  5. Perfusi jaringan yang tidak memadai.
  6. Oliguria (penurunan urin) dan nokturia (sering berkemih dimalam hari)
  7. Dengan berkembangnya gagal jantung akan timbul gejala-gejala seperti: gangguan pencernaan, pusing, sakit kepala, konfusi, gelisah, ansietas, sianosis, kulit pucat dan akral terasa dingin dan lembab.
  8. Takikardia, lemah, dan keletihan

.

1. Gagal Jantung Kanan

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

* 1. Edema ekstemitas bawah
  2. Distensi vena leher dan acites
  3. Hepatomegali dan nyeri tekan pada kuadran kanan atas abdomen terjadi akibat pembesaran vena hepar.
  4. Anoreksia dan mual
  5. Kelemahan

# Klasifikasi Gagal Jantung

Menurut klinis dapat dibedakan menjadi beberapa kelompok (Narolita, Y. 2018)

* + - 1. Gagal jantung Akut dan Kronik
         1. Gagal jantung akut terjadi secara tiba-tiba, ditandai dengan adanya penurunan *cardiac output* dan dan ketidak adekuat pada perfusi jaringan. Yang berakibat edema paru dan kolaps pada pembuluh darah.
         2. Gagal jantung kronik terjadi secara perlahan, ditandai dengan penyakit jantung iskemik, penyakit paru kronis. Pada gagal jantung kronik ini terjadi retensi air dan sodium pada vertikel sehingga menyebabkan hipervolemia, akibatnya ventrikel dilatasi hipertrofi.
      2. Gagal jantung Kanan dan Kiri
         1. Gagal jantung kanan disebabkan adanya peningkatan tekanan pada pulmona akibat dari gagal jantung kiri yang berlangsung lama, sehingga cairan terbendung dan akan berakumulasi secara sistemik pada kaki, hepatomegali, asites, efusi pleura.
         2. Gagal jantung kiri dapat terjadi karena ventrikel gagal dalam memompa darah secara adekuat sehingga menyebabkan kongesti pulmona, hipertensi.
      3. Gagal jantung Sistolik san Diastolik
         1. Gagal jantung sistolik terjadi karena penurunan pada kontraktilitas ventrikel kiri sehingga tidak mampu untuk memompa darah akibatnya penurunan pada *cardia output* dan ventrikel hipertrofi
         2. Gagal jantung diastolik terjadi karena kertidakmampuan pada ventrikel dalam pengisian darah akibatnya stroke volume *cardia output* menurun.

# Komplikasi

Komplikasi dari gagal jantung kongestif (CHF) diantaranya :

1. Syok kardiogenik
2. Episode tromboemboli karena pembentukan pembekuan vena karena statis darah.
3. Efusi dan tamponade perikardium.
4. Toksisitas digitalis akibat pemakaian obat-obatan digitalis ( Isnaeni, N.N, 2018)

# Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan laboratorium

Gangguan hematologis atau elektrolit yang bermakna jarang dijumpai pada pasien dengan gejala ringansampai sedangyang belum terpai.

1. EKG

Dapat ditemukan kelainan primer jantung (iskemik, hipertrofi ventrikel, ganguuan irama) dan tanda-tanda faktor pencetus akut (infrak miokard, emboli paru)

1. Ekokardiografi

Ekokardiografi merupakan metode yang paling berguna adalah melakukan evaluasi disfungsi sistolik dan diastolik gambaran yang paling sering ditemukan pada gagal jantung adalah akibat penyakit jantung

1. CT-Scan

Dilakukan untuk melihat paru-paru secara lebih detail.

# Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada kasus gagal jantung kongestif yaitu :

* + - 1. Terapi Nonfarmakologi sekresi aldosteron sehingga menyebabkan penurunan sekresi natrium dan air. Inhibitor ini juga menurunkan retensi vaskuler vena dan tekanan darah yang menyebabkan peningkatan curah jantung (Alfitriani, Dkk 2021)
         1. Antagonis aldosterone

Menurunkan moralitas pasien dengan gagal jantung sedang sampai berat

* + - * 1. Obat inotropic

Meningkatkan kontraksi otot jantung dan curah jantung

* + - * 1. Glikosida digitalis

Meningkatkan kekuatan kontraksi otot jantung menyebabkan penurunan volume distribusi

* + - 1. Terapi Farmakologis
         1. Diuretik

Penderita dianjurkan untuk membatasi aktivitas sesuai beratnya keluhan seperti : diet rendah garam, mengurangi berat badan, mengurangi lemak mengurangi stres psikis, menghindari rokok, dan olahraga teratur

* + - * 1. ACE inhibitor

Mengurangi kadar angiostensi II dalam sirkulasi dan mengurangi

* + - * 1. Vasodilator

Mengurangi preload dan afterload yang berlebihan, dilatasi pembuluh darah vena menyebabkan berkurangnya preload jantung dengan meningkatnya kapasitas vena.

# BAB III METODOLOGI PENELITIAN

# Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah jenis penelitian deskriptif. Penelitian deskriptif terdiri atas rancangan penelitian studi kasus dan rancangan survei. Penelitian studi kasus merupakan rancangan penlitian yang mencakup pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi. Studi kasus adalah studi ini untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada pasien Hipervolemia di IGD RSUD Provinsi Banten.

# Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di IGD RSUD Provinsi Banten pada tahun 2022 selama 3 hari sesuai dengan kalender akademik program studi Diploma 3 keperawatan Universitas Sultan Ageng Tirtayasa.

# Subjek Penlitian/Partisipan

Subyek dalam penelitian kasus ini adalah pasien di IGD Rumah sakit umum daerah Provinsi Banten dengan penyakit Gagal Jantung Kongestif (CHF) yang mana mengalami masalah keperawatan Hipervolemia memenuhi kriteria sebagai berikut:

* + 1. Dua pasien yang mempunyai penyakit Gagal Jantung Kongestif
    2. Pasien dirawat di RSUD Provinsi Banten.

# Fokus Studi

Fokus studi dalam penelitian ini adalah asuhan keperawatan gawat darurat dengan Hipervolemia pada pasien Gagal jantung kongestif di IGD RSUD Dr. Drajat Prawiranegara Serang.

# Definisi Operasional

**Tabel 3.1 Definisi Operasional**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No** | **Fokus Studi** | **Definisi Operasional** |
| 1. | Asuhan Keperawatan Gawat Daruratan | Dalam studi kasus ini yang di maksud dengan asuhan keperawatan gawat daruratan adalah tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien yang datang ke RSUD Provinsi Banten untuk mencegah terjadinya kematian pada pasien |
| 2. | CHF | Dalam studi kasus ini yang dimaksud dengan CHF adalah pasien yang datangke IGD RSUD Provinsi Banten yang mengalami nyeri pada area dada, batuk berdahak dan kering, sesak nafas, buang air kecil berlebih, jantung berdebar lebih cepat, bengkak pada ektemitas atas dan bawah. |
| 3. | Hipervolemia | Dalam studi kasus ini yang dimaksud hipervolemia adalah pasien yang datang ke IGD RSUD Provinsi Banten yang mengami sesak nafas akibat cairan yang terlalu banyak pada jaringan paru |

# Instrumen Penelitan

Dalam studi kasus ini instrument penelitian yang digunakan adalah :

1. Format asuhan keperawatan yang terdiri dari lembar pengkajian, lembar diagnosa, lembar intervensi, lembar implementasi, lembar evaluasi, dan alat alat pemeriksaan fisik.
2. Lembar SOP tindakan sesuai ketentuan yang berlaku di D3 Keperawatan Universitas Sultan Ageng Tirtayasa.

# Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Wawancara dalam teknik wawancara adalah untuk mengadakan komunikasi dengan subjek penelitian sehingga diperoleh data-data yang diperlukan. Teknik wawancara ini dilakukan dengan cara mengajukan bebera papertanyaan sesuai dengan pertanyaan yang telah dipersiapkan

Dengan tujuan untuk mendapatkan informasi yang akurat baik itu dari pasien, atau pun keluarga pasien.

1. Pemeriksaan fisik adalah pemeriksaan fisik pasien untuk menentukan masalah yang dialami kesehatan pasien. (IPPA : Inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi).
2. Observasi merupakan pengkajian yang dilakukan dengan menggunakan lima indra yaitu penglihatan, sentuhan, pendegaran, penciuman, dan pengecapan untuk mencari informasi mengenai pasien.
3. Studi dokumentasi yaitu pengumpulan data dengan cara mengambil data yang berasal dari rekam medis pasien. Berupa gambar tabel atau daftar periksa, hasil laboratorium status pasien dan lembar observasi.

# Etika Studi Kasus

Dicantumkan etika yang mendasari penyusunan studi kasus, terdiri dari :

1. Kerahasiaan (*confidentially*)

Penelitian harus menjaga kerahasiaan informasi yang diberikan subjek, penelitihanya menggunakan informasi tersebut untuk kepentingan penelitian saja . Peneliti harus meyakinkan subjek penelitian bahwa semua hasil tidakakan dipergunakan dalam hal-hal yang dapat meugikan subjek

1. Persetujuan (*informed consent*)

klien harus mendapatkan informasi secara lengkap tentang tujuan penelitian yang akan di laksanakan , mempunyai hak untuk bebas berpartisipasi atau menolak menjadi responden. Pada informed consent juga dicantumkan bahwa data yang di peroleh hanya akan di pergunakan untuk pengembangan ilmu.

1. Tanpa nama (*anonymity*)

Klien mempunyai hak untuk meminta bahwa data yang diberikan harus dirahasiakan, untuk itu perlu adanya tanpa nama, data cukup dengan

menggunkan inisial atau kode saja, sehingga karakteristik pribadi menjadi tidak dikenal.

# Langkah-Langkah Pengumpulan Data

Dalam studi kasus ini metode pengumpulan data yang digunakan yaitu :

1. Wawancara (hasil anamnesis bersisi tentang identitas pasien dengan hipervolemia, keluhan utama, riwayat penyakit (sekarang, dahulu, keluarga dll).
2. Pemeriksaan fisik dengan menggunakan tehnik : Inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi.
3. Observasi intake dan output cairan, hasil laboratorium.
4. Studi dokumentasi (hasil dari pemeriksaan diagnostik).

# Metode Analisa Data

Pada studi kasus ini analisa data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta. Selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan. Tehni analisis yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban dari penelitian yang diperoleh dari hasil interpretasi wawamcara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah penelitian. Teknik yang dilakukan dengan cara mengobservasi oleh peneliti dan studi dokumentasi yang menggunakan data selanjutnya diinterprestasikan oleh peneliti dibandingkan teori yang sudah ada sebagai bahan untuk rekomendasi dalam intervensi tersebut.

# Hasil studi kasus

**BAB IV**

# HASIL PEMBAHASAN

# Gambaran Lokasi Pengambilan Data

Studi kasus ini dilakukan di RSUD Provinsi Banten yang terletak dijalan Syah Nawawi Al Bantani, Kelurahan Banjarsari, kecamatan Cipocok Jaya, kota serang, Banten yang terdiri sejak 4 oktober 2013. Fasilitas yang tersedia di RSUD Provinsi Banten antara lan pelayanan gawat darurat (IGD, rawat inap, rawat jalan, ICU, HCU, kamar bedah, dan kamar isolasi), pelayana penunjang medis (laboratorium, hemodialis, farmasi, radiologi, rontgen), pelayanan administrasi rekam medic dan lain-lain. Studi kasus ini dilakukan di ruang IGD dan kemudian pemberian terapi dilanjutkan keruang Garuda dimana pasien menjalani rawat inap setelah dari IGD.

# Pengkajian

* + - 1. IDENTITAS KLIEN

***Table 4.1 identitas klien***

|  |  |
| --- | --- |
| Nama | Tn. B |
| Umur | 30 Tahun |
| Jenis kelamin | Laki-laki |
| Alamat | Kp. Salam tonggoh RT/RW 14/04 angsana mancak kel. Angsana kec. Mancak kabupaten serang |
| Status perkawinan | Menikah |
| Agama | Islam |
| Suku bangsa | Indonesia |
| Pendidikan | SD |
| Pekerjaan | Buruh |
| DX medis | ASITES, CHF |
| Tanggal MRS | 18 Maret 2022 |
| No RM | 114149 |

|  |  |
| --- | --- |
| Tangal pengkajian | 19 Maret 2022 |

* Penangung jawab

|  |  |
| --- | --- |
| Nama | Ny.M |
| Status keluarga | Istri |
| Pekerjaan | Ibu rumah tangga |
| Alamat | Kp. Salam tonggoh RT/RW 14/04 angsana mancak kel. Angsana kec. Mancak kabupaten serang |
| Pendidikan | SD |

# Pasien 2

|  |  |
| --- | --- |
| Nama | Ny.M |
| Umur | 57 tahun |
| Jenis kelamin | Perempuan |
| Alamat | Kp. Pematang pasar RT/RW 002/001 kec.kragilan kota serang |
| Status perkawinan | Menikah |
| Agama | Islam |
| Suku bangsa | Indonesia |
| Pendidikan | SD |
| Pekerjaan | Tidak bekerja |
| DX medis | CHF |
| Tanggal MRS | 25 maret 2022 |
| No RM | 114415 |
| Tangal pengkajian | 26 maret 2022 |

* Penangung jawab

|  |  |
| --- | --- |
| Nama | Ninis |
| Status keluarga | Anak kandung |
| Pekerjaan | Buruh pabrik |
| Alamat | Kp. Pematang pasar RT/RW 002/001 kec.kragilan kota serang |
| Pendidikan | SMA |

* + - 1. Riwayat penyakit

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Riwayat penyakit | Pasien 1 | Pasien 2 |
| Keluhan utama | Pasien datang ke IGD dengan keluhan nyeri dibagian perut, perut dan kaki bengkak disertai sesak nafas  E:4 M:6 V:5 | Pasien datang ke IGD dengan keluhan demam dengan mual dan muntah 5x/sehari disertai sesak  E :4 M:6 V:5 |
| Riwayat penyakit sekarang | Pasien datang ke IGD dengan keluhan nyeri dibagian perut, perut dan kaki bengkak dan disertai sesak sebelum masuk kerumah sakit pasien mengeluh sesak sejak 1 minggu yang lalu | Pasien datang ke IGD dengan keluhan demam mual dan muntah disertai sesak |
| Riwayat penyakit dahulu | Pasien mengatakan belum pernah masuk rumah sakit, dan belum pernah periksa | Pasien mengatakan sudah pernah masuk rumah sakit dengan penyakit jantung |
| Riwayat penyakit keluarga | Pasien mengatakan keluarga dari Tn.B tidak ada riwayat penyakit jantung | Pasien mengatakan keluarga dari Ny.m tidak mempunyai riwaya penyakit jantung . |

* + - 1. Pengkajian primer

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PENGKAJIAN PRIMER** | **Pasien 1** | **Pasien 2** |
| AIRWAY | Klien tidak ada sumbatan jalan nafas, vesikuler, lidah tidak jatuh kebelakang | Klien tidak mengalami sumbatan jalan nafas |
| BREATHING | RR : 26x / menit Spo2 : 97 %  Pasien mengatakan sesak serta terpasang o2 nasal kanul | Frekuensi nafas RR:28x/menit  SPO2 :96% serta terpasang o2 nasal kanul |
| CIRCULATION | Nadi : 98x / menit  TTD : 133/79  mmHg  CRT >2detik akral teraba hangat | TD : 120/81 mmHg Nadi : 87x/menit Suhu :35,9  Crt >2detik akral teraba dingin |
| DISABILITY | Kesadaran pasien composmentis dengan keadaan umum sedang  GCS : 15 (E: 4 V:6 M;5)  Pupil mata isokor, tidak terdapat tanda trauma | Kesadaran pasien composmentis dengan keadaan umum lemah  GCS : 15 (E: 4 V:6 M;5 )  Pupil mata isokor, tidak terdapat tanda trauma |
| EXPOSURE  Muka Belakang | Suhu : 36,1  Pasien tidak terdapat luka maupun lesi | Suhu : 35,9  Pasien tampak lemas dan sesak, tidak |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | terdapat luka maupun lesi |

* + - 1. Pengkajian sekunder

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pemeriksaan fisik | Pasien 1 | Pasien II |
| Kesadaran umum | Sedang GCS : 15  E: 4 V:6 M: 5 | Lemah GCS : 15  E: 4 V:6 M: 5 |
| Kepala & leher | Kepala bersih tidak ada jejas  Mata : konjungtiva tidak anemis, skelera tidak ikterik, tidak ada nyeri tekan  Hidung : simetris  Mulut :bersih tidak terdapat sekret dan jejas | Kepala bersih tidak ada jejas  Mata : konjungtiva tidak anemis, skelera tidak ikterik, tidak ada nyeri tekan  Hidung : simetris  Mulut :bersih tidak terdapat sekret dan jejas |
| Dada | Bentuk dan gerak simetris, bunyi jantung S2 ireguler, tidak terdapat galop dan murmur, suara nafas ireguler | Bentuk dan gerak simetris, bunyi jantung S2 ireguler, tidak terdapat galop dan murmur, suara nafas ireguler tidak terdapat ronchi |
| Abdomen | Cembung terdapat asites | Terdapat bising usus, terdapat nyeri tekan |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Punggung | Normal tidak ada jejas dan edema bentuk simetris | Normal tidak ada jejas dan edema bentuk simetris |
| Pelvis & ektremitas | CRT >2 detik, tidak dapat pitting edema | CRT >2 detik, tidak dapat pitting edema |

PROGRAM TERAPI / OBAT-OBATAN

|  |  |
| --- | --- |
| Pasien I | Pasien II |
| 1. Ondansenton 4mg 2. Furosemide 2x2 3. Digoxin 1x1 tab 4. Omz 2x40g | 1. Ondansenton 4mg 2. Omeprazole 40mg 3. Molagit 1 tab 4. Paracetamol 1gr 5. Ranitidine 150mg 6. Oksigen nk 5lpm |

* Hasil pemeriksaan diagnostik ( Laboratorium )

# Pasien I

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pemeriksaan | Hasil | Nilai nomal |
| Hemoglobin | 10.8 g/dl | 13.2 / 17.3 g/dl |
| Leukosit | 8,5 | 3.8 – 10.6 |
| Hematokrit | 39 | 40-52 |
| Trombosit | 308 | 150-440 |
| Eritrosit | 4.88 | 4.4-5.9 |
| Albumin | 3.2 | 3.5-5 |
| Kreatinin | 1.7 | 0.62-1.10 |
| Ureum | 109 | 15-40 |
| Natrium | 131 | 135-147 |
| Kalium | 4.8 | 3.5-5.0 |

**Pasien II**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pemeriksaan | Hasil | Nilai normal |
| Hemoglobin | 10,2 g/dl | 11.7 -15.5 g/dl |
| Leukosit | 10.2 | 3.6 – 11.0 |
| Trombosit | 249 | 150 – 440 |
| Eritrosit | 4.3 | 38.8 – 5.2 juta/Ul |

# Diagnosa keperawatan pada pasien CHF

* + - 1. Analisa data

# Pasien I

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data | Etiologi | Masalah keperawatan |
| DS :  Pasien mengatakan sesak, dan nyeri dibagian perut dan kaki bengkak  Do :  K/u sedang kesadaran compos mentis  TD :122/77 mmHg N : 92x/menit SPO2 : 98%  RR : 24  S : 36,9  Akral teraba hangat | Gagal jantung kiri  Kegagalan memompa darah ke sistemik  Pembengkakan diseluruh tubuh dan paru  Perpindahan cairan intrasel keintersititial | Hipervolemia |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Kelebihan cairan |  |

* + - 1. Diagnosa keperawatan

|  |  |
| --- | --- |
| Pasien I | Diagnosa keperawatan |
| Tn.B | Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan |
| Ny.M | Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan |

* + 1. Perencanaan keperawatan chf

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Intervensi | Kriteria hasil | Implementasi |
| Hipervolemia | Setelah dilakukan asuhan keperawatan maka hipervolemia membaik dengan kriteria hasil :   * Asupan cairan meningkat * Haluaran urin meningkat * Kelembaban membran mukosa meningkat * Asupan makanan meningkat * Edema menurun * Asites menurun * Tekanan darah membaik * Denyut nadi | Observasi   * Periksa tanda dan gejala hipervolemia mis : suara nafas tambahan * Identifikasi penyebab hipervolemia * Monitor status hemodinamik mis : frekuensi jantung, tekanan darah * Monitor intake dan output cairan * Memonitor tekanan infus   Terapeutik |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | radial membaik  - Tekanan arteri membaik | * Timbang berat badan * Batasi asupan cairan * Tinggikan kepala tempat tidur   Edukasi   * Anjurkan melapor jika   haluaran urin  <0,5 mL/jam  Kaloborasi   * Kaloborasi pemberian diuretik * Kaloborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretik |

# Implementasi Keperawatan CHF

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Implementasi pada pasien I | Hari ke 1  (21 maret 2022) | Nama / paraf |
| Observasi   * Periksa tanda dan gejala hipervolemia mis : suara nafas tambahan * Identifikasi penyebab hipervolemia * Monitor status hemodinamik   mis : frekuensi jantung, | Monitor tanda-tanda vital :  TD : 155/90 mmHg N : 85x/menit  RR : 27  S :35,9  SPO2 : 98%  terpasang nasal kanul |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| tekanan darah   * Monitor intake dan output cairan * Memonitor tekanan infus   Terapeutik   * Timbang berat badan * Batasi asupan cairan * Tinggikan kepala tempat tidur   Edukasi   * Anjurkan melapor jika   haluaran urin  <0,5 mL/jam  Kaloborasi   * Kaloborasi pemberian diuretik   Kaloborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretik | 5Lpm  Periksa suara nafas tambahan  Memonitor cairan infus :  Nacl 0,9% 500ml/24 jam |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Implementasi pada pasien I | Hari ke 2  (22 maret 2022) | Nama / paraf |
| Observasi   * Periksa tanda dan gejala hipervolemia mis : suara nafas tambahan * Identifikasi | Monitor tanda-tanda vital :  TD : 130/80 mmHg N : 80x/menit  RR : 22 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| penyebab hipervolemia   * Monitor status hemodinamik mis : frekuensi jantung, tekanan darah * Monitor intake dan output cairan * Memonitor tekanan infus   Terapeutik   * Timbang berat badan * Batasi asupan cairan * Tinggikan kepala tempat tidur   Edukasi   * Anjurkan melapor jika   haluaran urin  <0,5 mL/jam  Kaloborasi   * Kaloborasi pemberian diuretik   Kaloborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretik | S :36  SPO2 : 98%  terpasang nasal kanul 5Lpm  Sesak sudah sedikit berkurang  Periksa suara nafas tambahan  Tidak ada suara nafas tambahan  Memonitor cairan infus :  Nacl 0,9% 500ml/24 jam  Memposisikan tinggi bantal kepala pasien |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Implementasi pada pasien I | Hari ke 3  (23 maret 2022) | Nama / paraf |
| Observasi | Monitor tanda-tanda |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * Periksa tanda dan gejala hipervolemia mis : suara nafas tambahan * Identifikasi penyebab hipervolemia * Monitor status hemodinamik mis : frekuensi jantung, tekanan darah * Monitor intake dan output cairan * Memonitor tekanan infus   Terapeutik   * Timbang berat badan * Batasi asupan cairan * Tinggikan kepala tempat tidur   Edukasi   * Anjurkan melapor jika   haluaran urin  <0,5 mL/jam  Kaloborasi   * Kaloborasi pemberian diuretik   Kaloborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretik | vital :  TD : 121/105 mmHg  N : 82x/menit RR : 20  S :36,5  SPO2 : 98%  terpasang nasal kanul 5Lpm  Sesak terasa mulai berkurang  Periksa suara nafas tambahan tidak ada suara nafas tambahan  Memonitor cairan infus :  Nacl 0,9% 500ml/24 jam  Memposisikan bantal pasien |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Implementasi pada pasien II | Hari ke 1  (25 maret 2022) | Nama / paraf |
| Observasi   * Periksa tanda dan gejala hipervolemia mis : suara nafas tambahan * Identifikasi penyebab hipervolemia * Monitor status hemodinamik mis : frekuensi jantung, tekanan darah * Monitor intake dan output cairan * Memonitor tekanan infus   Terapeutik   * Timbang berat badan * Batasi asupan cairan * Tinggikan kepala tempat tidur   Edukasi   * Anjurkan melapor jika   haluaran urin  <0,5 mL/jam  Kaloborasi   * Kaloborasi pemberian diuretik   Kaloborasi | Monitor tanda-tanda vital :  TD : 120/81 mmHg N : 81x/menit  RR : 28  S :36,9  SPO2 : 96%  terpasang o2 nasal kanul 10Lpm dan memposisikan semi fowler  Pasien tampak cemas  Memonitor cairan infus :  Nacl 0,9% 500ml/24 jam |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| penggantian kehilangan kalium akibat diuretik |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Implementasi pada pasien II | Hari ke 2  (27 maret 2022) | Nama / paraf |
| Observasi   * Periksa tanda dan gejala hipervolemia mis : suara nafas tambahan * Identifikasi penyebab hipervolemia * Monitor status hemodinamik mis : frekuensi jantung, tekanan darah * Monitor intake dan output cairan * Memonitor tekanan infus   Terapeutik   * Timbang berat badan * Batasi asupan cairan * Tinggikan kepala tempat tidur   Edukasi   * Anjurkan melapor jika   haluaran urin  <0,5 mL/jam | Monitor tanda-tanda vital :  TD : 128/78 mmHg N : 95x/menit  RR : 24x/menit S :37  SPO2 : 98%  terpasang o2 nasal kanul 10Lpm dan memposisikan semi fowler  Sesak sudah mulai berkurang  Memonitor cairan infus :  Nacl 0,9% 500ml/24 jam |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kaloborasi  - Kaloborasi pemberian diuretik  Kaloborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretik |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Implementasi pada pasien II | Hari ke 3  (28 maret 2022) | Nama / paraf |
| Observasi   * Periksa tanda dan gejala hipervolemia mis : suara nafas tambahan * Identifikasi penyebab hipervolemia * Monitor status hemodinamik mis : frekuensi jantung, tekanan darah * Monitor intake dan output cairan * Memonitor tekanan infus   Terapeutik   * Timbang berat badan * Batasi asupan cairan * Tinggikan   kepala tempat tidur | Monitor tanda-tanda vital :  TD : 120/81 mmHg N : 81x/menit  RR : 20  S :36,9  SPO2 : 98%  terpasang o2 nasal kanul 10Lpm dan memposisikan semi fowler  Memonitor cairan infus :  Nacl 0,9% 500ml/24 jam |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Edukasi   * Anjurkan melapor jika   haluaran urin  <0,5 mL/jam  Kaloborasi   * Kaloborasi pemberian diuretik   Kaloborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretik |  |  |

# Evaluasi pada pasien CHF

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pasien 1 |  | | |
| SLKI | Hari ke 1 | Hari ke 2 | Hari ke 3 |
| Setelah dilakukan asuhan keperawatan maka hipervolemia membaik dengan kriteria hasil :   * Asupan cairan meningkat * Asupan makanan meningkat * Asites menurun * Tekanan darah membaik * Denyut nadi radial membaik | **S :** pasien | **S :** pasien | **S :** pasien |
| mengatakan | mengatakan sesak | mengataka |
| nyeri dibagian | berkurang, bengkak | n sesak |
| perut dan kaki | pada kaki dan perut | berkurang |
| bengkak serta | berkurang | bengkak |
| terasa sesak |  | berkurang |
|  | **O :** |  |
| **O :** | -TD: 130/80 mmHg | **O :** |
| -TD: 155/90  mmHg | -N:80x/mnt | -TD:  121/105 |
| -N: 85x/mnt | -S:36 | mmHg |
| -S:35.9 | -RR:22 x/mnt | -  N:82x/mnt |
| -RR:27 x/mnt | Spo2 : 98% | -S:36,5 |
| -Spo2 : 98% | Infus Nacl 0,9% | -RR:20 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| - Tekanan arteri membaik | **A:** masalah nyeri dan sesak belum teratasi  **P :**Intervensi dilanjutkan  - Sesak berkura ng | 500ml/24jam  **A:** nyeri dan sesak belum teratasi  **P :**Intervensi dilanjutkan   * Digoxin 1 tablet * Furosemide 2x2 * Omz | x/mnt  Spo2 : 98%  **A:**  intoleransi aktivitas  **P**  **:**Intervensi dihentikan |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pasien 2 |  | | |
| SLKI | Hari ke 1 | Hari ke 2 | Hari ke 3 |
| Setelah dilakukan asuhan keperawatan maka hipervolemia membaik dengan kriteria hasil :   * Asupan cairan meningkat * Asupan makanan meningkat * Asites menurun * Tekanan darah membaik | **S :** pasien | **S :** pasien mengatakan | **S :** pasien |
| mengatakan | masih terasa sesak | mengatakan |
| sesak nafas |  | sesak |
|  |  | berkurang |
| **O :** | **O :**  -TD: 128/78 mmHg | bengkak berkurang |
| pasien tampak sesak  -TD: 120/81  mmHg | -N:95x/mnt  -S:37  -RR:22 x/mnt | **O :**  -TD: 120/81  mmHg |
| -N: 81x/mnt | Spo2 : 98% | -N:81x/mnt |
| -S:36,9 | Infus Nacl 0,9% | -S:36,5 |
|  |  | -RR:20 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * Denyut nadi radial membaik * Tekanan arteri membaik | -RR:28  x/mnt  -Spo2 : 96%  Melakukan pemasangan o2 nasal kanul 10lpm  **A:** masalah belum teratasi  **P :**Intervensi dilanjutkan  pemasangan o2 nasal kanul 5lpm | 500ml/24jam  **A:** sesak belum teratasi  **P :**Intervensi dilanjutkan  - Salbutamol | x/mnt  Spo2 : 98%  **A:**  intoleransi aktivitas  **P**  **:**Intervensi dihentikan |

# Pembahasaan

Dari hasil penelitian yang telat saya lakukan pada 2 pasien yang menderita CHF diruang IGD RSUB BANTEN Dalam pembahasan ini mencakup semua tahap proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnose keperawatan, intervensi keperawatan (perencanaan), implementasi keperawatan (pelaksanaan), dan evaluasi. Pada studi kasus ini di pilih 2 pasien yaitu pasien 1 ( Tn.B) dan pasien 2 ( Ny.M) kedua pasien tersebut sudah sesuai dengan kriteria pasien CHF

# Pengkajian

pengkajian adalah tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan. pengkajian merupakan tahap yang paling menentukan bagi tahap berikutnya ( rohmah & walid 2016 ) Pengkajian adalah suatu proses pengumpulan data secara sistematis

yang bertujuan untuk menentukan status kesehatan dan fungsional pasien pada saat ini dan sebelumnya.

Pada pasien Tn.B saat dilakukan pengkajian didapatkan data pasien mengeluhkan sesak nafas, nyeri pada bagian perut dan ektemitas bawah diseratai bengkak Pada saat pengkajian TD : 133/79 mmHg Nadi: 86 x/mnt S : 36,0 oC RR : 25 x/mnt, pasien tampak hanya lemah

Pada pasien Ny.m saat dilakukan pengkajian didapatkan data pasien mengeluhkan penkajian TD : 120/81 mmHg Nadi: 81 x/mnt S : 36,9 oC RR : 27 x/mnt. Pasien tampak lemah dan cemas

# Diagnosa keperawatan

Manajemen hipervolemia adalah mengidentifikasi dan mengelola kelebihan volume cairan intravaskuler dan ektraseluler serta mencegah terjadinya komplikasi ( SDKI 2016 ).

Berdasarkan data pengkajian yang diperoleh diatas, penulis merumuskan Diagnosa medis Tn.B dan Ny.M yaitu manajemen hipervolemia. Hal ini mengacu pada buku standar diagnose keperawatan (SDKI 2016), bahwa Manajemen hipervolemia adalah mengidentifikasi dan mengelola kelebihan volume cairan intravaskuler dan ektraseluler serta mencegah terjadinya komplikasi (SDKI 2016).

# Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah suatu bentuk rencana untuk dilakukannya penanganan oleh perawat berdasarkan pertimbangan dan pengetahuan klinis yang bertujuan untuk mencapai peningkatan, pencegahan,dan pemulihan kesehatan pada pasien ( SIKI 2018 ).

# Implementasi keperawatan

Implementasi merupakan tahap ke empat dalam proses keperawatan yang dimuai setelah perawat menyusun rencana keperawatan. Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi untuk mendapatkan kriteria hasil yang diharapkan baik tindakan secara mandiri maupun secara kolaborasi yang dilihat sesuai dengan kebutuhan pasien. (afrian 2015 ).

Berdasarkan penegakan intervensi yang telat digunakan diatas maka implementasi pada pasien Tn.B yaitu mengobservasi tanda-tabda vital, pemberian oksigenisasi susuai dengan anjuran dokter, pemberian obat sesua dengan penyakit.

pada pasien Ny.m yaitu mengobservasi tanda-tabda vital, pemberian oksigenisasi susuai dengan anjuran dokter, pemberian obat sesua dengan penyakit mengobservasi sesak nafas

# Evaluasi

Setelah dilakukan implementasi keperawatan tahap selanjutnya penulis mengevaluasi kegiatan yang telah dilaksanakan dengan tujuan untuk mengetahui apakah tindakan yang telah perawat lakukan mengatasi masalah sebagian, belum teratasi, atau masalah teratasi. Menurut Bakri (2020) tahap evaluasi dapat dilakukan secara formatif atau sumatif. Evaluasi formatif adalah tindakan evaluasi selama proses asuhan keperawatan. Sedangkan evaluasi sumatif adalah evaluasi akhir. Untuk evaluasi akan lebih baik disusun dengan menggunakan SOAP secara oprasional.

Dari hasil implementasi tindakan keperawatan yang telat dilakukan hasil dari evaluasi masalah kelebihan cairan teratasi sebagian. Pada pasien Tn.B ini membuktikan dari hasil pengkajian selama 3 hari didapatkan data sesak sudah mula berkurang tekanan darah semakin membaik 110/90 mmHg, nadi:90x/mnt RR: 20x/mnt saturasi oksigen 99% maka masalah teratasi

Dari hasil implementasi tindakan keperawatan yang telat dilakukan hasil dari evaluasi masalah kelebihan cairan teratasi sebagian. Pada pasien Ny.M ini membuktikan dari hasil pengkajian selama 3 hari didapatkan data sesak sudah mulai berkurang RR: 20x/mnt saturasi oksigen 99% maka masalah teratasi

# KESIMPULAN

# BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

Dari hasil studi kasus yang dilakukan, maka peneliti membuat kesimpulan :

* + 1. Pengkajian

Dari hasil studi kasus yang dilakukan, maka peneliti membuat kesimpulan sebagai berikut : Pada saat pengkajian peneliti menemukan perbedaan anatara pasien1 Tn.B dan pasien 2 Ny.M. pada pasien 1 Tn.B pasien terkena syok hipervolemia. Sedangkan pasian 2 Ny.M pasien terkena sesak nafas dan merasakan mual disertai muntah yang membuat pasien lemah

* + 1. Intervensi

Perencanaan pada diagnose hipervolemia : pada kasus tidak ada perbedaan dengan perencanaan yang ada pada teori.

* + 1. Implementasi

Pada kedua pasien dilakukan implementasi sesuai intervensi yang dibuat. namun ada beberapa intervensi yang tidak dilkukan pada implementasi karena menyesuaikan kebutuhan pasien. Pada saat dilakukan nya implementasi perawat melibatkan keluarga agar keluarga paham mengnai cara merawat pasien.

* + 1. Evaluasi

Evaluasi dilakukan selama 3 hari untuk menilai sejauh mana keberhasilan tindakan keperawatan yang dilakukan kepada pasien 1 Tn.b dan pasien Ny.M

# SARAN

Setelah penulis melakukan studi kasus, penulis mengalami beberapa hambatan dalam penulisan ini. Namun, dengan bantuan dari berbagai pihak penulis mampu menyelesaikan karya tulis ilmiah ini tepat pada waktunya, demi kemajuan selanjutnya maka penulis menyarankan sebagai berikut :

1. Bagi rumah sakit

Khususnya untuk perawat yang bertugas di ruangan garuda dan IGD supaya lebih meningkatkan dalam mengobservasi setiap pasien CHF

1. bagi institusi pendidikan

Penulis berharap agar D III keperawata universitas sultan agung tirtayasa sebagai salah satu institusi,diharapkan bisa untuk meningkatkan penyediaan referensi penyakit stroke hemoragik dengan pemenuhan

kebeutuhan defisit perawatan diri yang lebih banyak lagi untuk memudahkan penulis mendapatkan sumber yang akurat.

1. Bagi peneliti selanjutnya

Hasil studi kasus ini dapat dijadikan data dasar untuk melakukan penelitian selanjutnya, dengan pengembangan atau tindakan yang berbeda.

# LEMBAR KEHADIRAN

Nama mahasiswa : Melina Nama pasien : Tn.B dan Ny.M Ruangan : IGD dan Garuda

# DAFTAR PUSTAKA

Alfitriana, T., Rafsanjani, I., & Trihartanto, M. A. (2021). NY. M DENGAN GAGAL JANTUNG KONGESTIF: LAPORAN KASUS MRS. M WITH

CONGESTIVE HEART FAILURE. Proceeding Book National Symposium and Workshop Continuing Medical Education XIV.

Asmoro, D. A. (2017). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Congestive Heart Failure (Chf) Dengan Penurunan Curah Jantung Melalui Pemberian Terapi Oksigen Di Ruang Icu Pku Muhammadiyah Gombong (Doctoral dissertation, STIKES MUHAMMADIYAH GOMBONG).

Astuti, Y. E., Setyorini, Y., & Rifai, A. (2018). Hipervolemia Pada Pasien Congestive Heart Failure (CHF). Interest: Jurnal Ilmu Kesehatan, 7(2), 155-167.

Aulia, E. A., Sarwono, B., & Widigdo, D. A. M. (2021). ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN GAGAL JANTUNG KONGESTIF: STUDI

KASUS. Jurnal Ilmiah Keperawatan Sai Betik, 16(1), 99-103.

Baskoro, C. A. Asuhan Keperawatan Pasien Congestive Heart Failure Pada Tn. Sg dan Tn. Sd Dengan Masalah Keperawatan Kelebihan Volume Cairan Di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018.

Fajriah, N. R. (2020). KARYA TULIS ILMIAH ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN GAGAL JANTUNG KONGESTIF (CHF) YANG DI RAWAT DI RUMAH SAKIT.

Isnaeni, N. N., & Puspitasari, E. (2018). PEMBERIAN AKTIVITAS BERTAHAP UNTUK MENGATASI MASALAH INTOLERANSI

AKTIVITAS PADA PASIEN CHF. Jurnal Manajemen Asuhan Keperawatan, 2(1), 1-6.

Kasron, K. (2019). Pengaruh Ventilatory Muscle Training (VMT) terhadap penurunan dispnea pada penderita gagal jantung kongestif. JURNAL MEDIKA USADA , 2 (1), 31-37.Riana Nur Aisyah, R. (2021). Asuhan Keperawatan Pasien Gagal Jantung Kongestif Dalam Pemenuhan Kebutuhan Oksigenasi Di Ruang ICU RSUD Karanganyar (Disertasi Doktor, Universitas Kusuma Husada Surakarta).

Kemenkes RI (2018). Hasil utama Riskesdas 2018

Mbenu, A. W. (2019). Asuhan Keperawatan Pada Klien Chronic Kidney Disease Dengan Masalah Hipervolemia Di Rumah sakit Panti Waluya sawahan Malang (Doctoral dissertation, STIKES Panti Waluya Malang).

Narolita, Y. (2018). Asuhan Keperawatan Pada Klien Gagal Jantung Konegstif Dengan Hipervolemia Di Ruang Cvcu Rumah Sakit Umum Dareah Bangil Pasuruan (Doctoral dissertation, STIKes Insan Cendekia Medika Jombang).

PPNI (2018). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi Dan Indicator Diagnostic, Edisi 1, Jakarta : DPP PPNI

PPNI (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi Dan Tindakan Keperawatan Edisi 1, JAKARTA : DPP PPNI

PPNI (2018). Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi Dan Kriteria Hasil Keperawatan, Edisi 1, JAKARTA : DPP PPNI

RIKESDA. (2018) Hasil Utama RIKESDA. Jakarta : kementrian Kesehatan RI

# Lampiran 1

**HALAMAN PERSETUJUAN SEMINAR PROPOSAL KARYA TULIS ILMIAH**

Nama : Melina

NIM : 8801190021

Program Studi : Diploma III Keperawatan Fakultas : Kedokteran

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Dengan

Hipervolemia Pada Pasien Gagal Jantung Kongestif (CHF) di IGD RSUD Provinsi Banten

Disetujui untuk Seminar Proposal Karya Tulis Ilmiah pada : Hari/Tanggal : Senin, 12 Mei 2022

Serang, 12 Mei 2022

Mengetahui, Disetujui oleh,

Ketua Program Studi DIII Keperawatan Dosen Pembimbing FK UNTIRTA

Epi Rustiawati, M.Kep., Sp.Kep.M.B Nelly Hermala Dewi, M.Kep. NIP. 197811042005022001 NIP. 197906142005012009

# Lampiran 2

**LEMBAR BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH TAHUN AJARAN 2020/2021**

Nama : Melina

NIM : 8801190021

Program Studi : Diploma III Keperawatan

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Dengan

Hipervolemia Pada Pasien Gagal Jantung Kongestif (CHF) di IGD RSUD Provinsi Banten

Pembimbing : Nelly Hermala Dewi, M.Kep.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **Tanggal** | **Materi Bimbingan** | **Hasil** | **Paraf Pembimbing** |
| 1. | 27 November 2021 | Membahas Pedoman KTI | - |  |
| 2. | 31 November 2021 | Pengajuan judul | Belum di ACC |  |
| 3. | 1 Desember 2021 | Pengajuan judul | ACC Judul |  |
| 4. | 15 Desember 2021 | Pengajuan BAB 1 | Revisi Latar Belakang |  |
| 5. | 27 Desember 2021 | Konsultasi Bab 1 | Revisi Latar Belakang |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 6. | 7 Januari 2022 | Pengajuan BAB 1, BAB 2, BAB 3 | Revisi |  |
| 7. | 24 Januari 2022 | Pengajuan BAB 1, BAB 2, BAB 3 | Revisi |  |
| 8. | 4 Februari 2022 | Pengajuan Proposal | ACC |  |

# Lampiran 3

**ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT**

|  |  |
| --- | --- |
| NAMA MAHASISWA TANGGAL  JAM  NAMA PASIEN UMUR  JENIS KELAMIN AGAMA PENDIDIKAN PEKERJAAN  STATUS PERKAWINAN | :  :  : WIB.  :  :  :  :  :  :  : |

KELUHAN UTAMA :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PENGKAJIAN PRIMER** | | **DIAGNOSIS KEPERAWATAN** | | **TINDAKAN** | |
| AIRWAY | |  | |  | |
| BREATHING | |  | |  | |
| CIRCULATION | |  | |  | |
| DISABILITY | |  | |  | |
| EXPOSURE  Muka Belakang  C:\Documents and Settings\hp\My Documents\body-image.gif | |  | |  | |
|  | | | | | |
| EVALUASI HASIL PENGKAJIAN PRIMER JAM WIB | | | | | |
| * GCS:   ………………… | * Nadi:   ………………  …. | | * RR:   …………………... | | * Urin output:   ………… |
|  | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| PENGKAJIAN SEKUNDER  Tanda vital   * GCS:  Nadi:   ………………… ………………  ….  Pemeriksaan Head to toe: Kepala dan leher :  Dada : Abdomen : Punggung :  Pelvis dan ekstremitas : | JAM WIB | |
| * RR:  Urin output: | |
| …………………... ………… | |
| ANAMNESIS (KOMPAK) |  | |
| Keluhan : | Alergi | : |
| Obat ………………………………… | Kejadian | ……………………………… |
| Penyakit ………….. | …………….. | |
| : | : | |
| ………………………………… | ……………………………… | |
| ………….. | …………….. | |
| : |  | |
| ………………………………… |  | |
| ………….. |  | |
| HASIL PMERIKSAAN DIAGNOSTIK |  | |
| Rontgen : | USG | : |
| Laboratorium ……………………………… | Lainnya | ……………………………… |
| CT Scan ………… | …………….. | |
| : | : | |
| ……………………………… | ……………………………… | |
| ………… | …………….. | |
| : |  | |
| ……………………………… |  | |
| ………… |  | |
| TERAPI YANG DIBERIKAN : | | |

ANALISIS DATA HASIL PENGKAJIAN SEKUNDER

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DATA | ETIOLOGI | DIAGNOSIS KEPERAWATAN |
|  |  |  |

DIGNOSIS KEPERAWATAN PRIMER DAN SEKUNDER: 1.

2.

3

ASUHAN KEPERAWATAN

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NO DX | TUJUAN DAN KRITERIA | INTERVENSI | IMPELEMENTASI | EVALUASI | PARAF |
|  |  |  |  |  |  |

CATATAN PASIEN KELUAR IGD

Keadaan umum Kesadaran :

GCS :

Tanda Vital :

TD :

N :

RR :

SaO2 :

Terpasang alat :

Tindakan yang telah diberikan: Obat-obatan yang telah diberikan: Pasien keluar:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| □ Rawat inap di: ……... | □ Menolak dirawat | □ Di rujuk ke RS:  …...... | □ Pulang | □ Meninggal |

# Lampiran 4

**SOP PEMBERIAN OKSIGEN DENGAN MASKER REBREATHING DAN NON-REBREATHING**

# Definisi :

Memberikan tambahan oksigen dengan masker reberthing atau non Rebrtihting untuk mengatasi kondisi kekurangan oksigen jaringan

# Prosedur :

1. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap tanggal lahir, dan atau nomer rekam medis)
2. Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur
3. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan :
   1. Sumber oksigen (tabung oksigen atau oksigen sentral)
   2. Selang masker rebreathing atau non-rebreathing
   3. Flowmeter oksigen
   4. Humidifier
   5. Cairan steril
   6. Stetoskop
4. Lakukan kebersihan tangan
5. Tuangkan cairan steril ke humidifier sesuai batas
6. Pasang flowmeter dan humidifier ke sumber oksigen
7. Sambungkan selang masker rebreathing atau non-rebreathing ke humidifier
8. Atur aliran oksigen 8-12 L/menit (untuk masker rebreathing) atau 10-15 L/menit (untuk masker non-rebreathing)
9. Pastikan oksigen mengalir melalui selang
10. Pastikan oksigen mengisi kantung reservoir sehingga mengembang
11. Pasang masker menutupi hidung dan mulut
12. Lingkarkan dan eratkan tali karet melingkari kepala
13. Bersihkan kulit area mulut dan hidung serta masker setiap 2-3 jam jika pemberian oksigen dilakukan secara kontinu
14. Monitor cuping, septum, dan hidung luar terhadap adanya gangguan integritas mukosa/kulit hidung setiap 8jam
15. Monitor kecepatan oksigen dan status pernapasan (frekuensi napas, upaya napas, bunyi paru, saturasi oksigen) setiap 8 jam atau sesuai idikasi
16. Pasang tanda ”oksigen sedang digunakan “ di dinding dibelakang tempat tidur dan dipintu masuk kamar *jika perlu*
17. Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan
18. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
19. Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respons pasien:
    1. Metode pemberian oksigen
    2. Kecepatan oksigen
    3. Respon pasien
    4. Efek samping/merugikan yang terjadi

# SOP PEMBERIAN OKSIGEN DENGAN NASAL KANUL

**Definisi :**

Memberikan tambahan oksigen dengan selang nasal untuk mencegah dan/atau mengatasi kondisi kekurangan oksigen jaringan.

# Prosedur :

1. Identifikasi pasien menggunkan minimal 2 identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/atau nomor rekam medis)
2. Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur
3. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan :
   1. Sumber oksigen (tabung oksigen atau oksigen sentral)
   2. Selang nasal kanul
   3. Humidifier
   4. Cairan steril
   5. Stetoskop
4. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
5. Tuangkan cairan steril ke humidifier sesuai batas
6. Pasang flowmeter dan humidifier ke sumber oksigen
7. Sambungkan selang nasal kanul ke humidifier
8. Atur aliran oksigen 2-4 L/menit sesuai kebutuhan
9. Pastikan oksigen mengalir melalui selang nasal kanul
10. Tempatkan cabang kanul pada lubang hidung
11. Lingkarkan dan eratkan tali karet melingkari kepala
12. Monitor cupung, septum, dan hidung luar terhadap adanya gangguan integritas mukosa/kulit hidung setiap 8 jam
13. Monitor kecepatan oksigen dan status pernapasan (frekuensi napas, upaya napas, bunyi paru, saturasi oksigen) setiap 8 jam atau sesuai indikasi
14. Pasang tanda “oksigen sedang digunakan” didinding dibelakang tempat tidur dan pintu masuk kamar, jika perlu
15. Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan
16. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
17. Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respon pasien :
    1. Metode pemberian oksigen
    2. Kecepatan oksigen
    3. Respon pasien
    4. Efek samping/merugikan pada pasien setelah dilakukan pemasangan oksigen