

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Penelitian studi kasus ini dilaksanakan di RSUD Haji Surabaya. Pengambilan data dan penelitian dilakukan di ruang HCU/Jantung RSUD Haji Surabaya. Ruang HCU/Jantung merupakan ruang perawatan khusus penyakit jantung. Ruang HCU/Jantung tidak memiliki kelas I II III semua pasien diperlakukan sama sesuai keadaan dan kegawatan pasien. Ruang HCU/Jantung memiliki 12 tempat tidur, 7 tempat tidur untuk ruang jantung dan 5 tempat tidur khusus untuk ruang HCU yang dilengkapi monitor. Pada studi kasus ini klien dirawat di ruang HCU 4 dan ruang Jantung 1. Klien studi kasus ini adalah pasien decompensasi cordis dengan masalah hypervolemia.

Setiap asuhan keperawatan yang diberikan oleh perawat sesuai dengan SOP penanganan decompensasi cordis. Perawat diruangan bekerja dengan sistem shift yang dibagi menjadi 3, yaitu pagi, siang, dan malam. Setiap pergantian shift, setiap perawat melaporkan kondisi kesehatan klien kepada perawat yang bertugas selanjutnya sehingga asuhan keperawatan dapat diberikan secara kontinu kepada klien.

4.1.2 Karakteristik Partisipan (Identitas Klien)

Tabel 4.1. Identitas Klien

Identitas Klien	Klien 1	Klien 2
Nama	Tn. S	Tn. M
Umur	66 tahun	67 tahun
Agama	Islam	Islam
Pendidikan Terakhir	SMA	SMA
Pekerjaan	Pensiunan PNS	Wiraswasta
Status Perkawinan	Kawin	Kawin
TB/BB	165 cm/ 70 kg	170 cm / 74kg
Alamat	Kedung Baru	Gubeng Kertajaya 4 – D/7
Tanggal MRS/Jam	01 – 01 – 2020 / 16.00	06 – 01 – 2020 / 23.00
Dx Medis	DC + PJK OMI + HHF + Hiperkalemi	PJK UA + DC

4.1.3 Data Asuhan Keperawatan

1) Pengkajian

Tabel 4.2 Pengkajian

Riwayat Penyakit	Klien 1	Klien 2
Keluhan Utama	Sesak	Sesak
Riwayat Penyakit Sekarang	Sejak satu bulan yang lalu kedua tungkai klien mulai bengkak. Jika berjalan sedikit sudah lelah, dan nafas ngos – ngosan, satu minggu terakhir semakin parah ditambah batuk. Hari Rabu 01 Januari 2020 batuk semakin parah dan sesak napas diikuti nyeri pada dada dengan skala 2. klien masuk IGD setelah itu dikirim diruang pukul 15.30 dengan diagnose DC + PJK OMI + HHF + Hiperkalemi .	Dua minggu yang lalu dirawat di RSUD haji karna penyakit yang sama, pada tanggal 06 – 01 – 2020 klien melakukan control rutin di poli jantung, malam harinya pasien merasa sesak, sesak semakin parah saat jam 23.00. Klien masuk IGD RSUD Haji dengan keluhan sesak. Kemudian klien masuk ruangan jam 24.00 dengan diagnose PJK + DC
Riwayat Penyakit Dahulu	Klien mengatakan mempunyai riwayat HT sejak pasien berumur 30 tahun yang lalu.	Klien mengatakan mempunyai riwayat DM sejak 2 tahun yang lalu, satu tahun yang lalu klien didiagnosa PJK.
Riwayat Penyakit Keluarga	Klien mengatakan ada penyakit turunan yaitu HT dari ibunya.	Klien tidak mempunyai keturunan.
Riwayat Konsumsi Obat	Spironolakton 1x 25 mgP/O	Nitrokaf 2,5 mg 2x1P/O

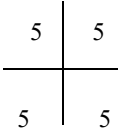
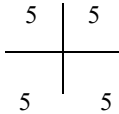
Riwayat Pengkajian Pola Hidup	<p>Candesartan 1 x 16 mgP/O Concor 1 x 2,5 mgP/O ISDN 1 x 5 mgP/O Simvastatin 1x 10 mgP/O</p> <p>Klien mengatakan tidak merokok, tetapi klien bekerja dilingkungan dengan para perokok aktif. Px suka makan makanan berlemak.</p>	<p>Lansoprazole 30 mg 2x1P/O Curcuma 20 mg 3x1P/O Atorvastatin 20 mg 1x1 P/O Lantus 0 – 0 – 14 unit sc</p> <p>Klien merokok 1 hari 1 pack sebelum ddignosa penyakit jantung, setelah didiagnosa klien merokok dua batang sehari. Klien mengatakan dulu suka makan manis.</p>
Riwayat Penyakit Decompensasi cordis	<p>Px sudah terjangkit decompensasi cordis sejak umur 55 tahun Control rutin 1 minggu sekali di poli jantung Tekanan darah yg sulit dikendalikan px harus rutin konsumsi obat penurunan tekanan darah dan obat DC</p>	<p>Px terjangkit decompensasi cordis sejak setengah tahun yang lalu Control rutin 1 minggu sekali di poli jantung Riwayat minum obat pasien lancer tetapi pola hidup susah untuk dikendalikan.</p>

2) Pemeriksaan Fisik

Tabel 4.3 Pemeriksaan Fisik

No.	Pemeriksaan	Klien 1	Klien 2
1.	Tinjauan system Breathing (B1)	<p>Keadaan umum : cukup Tingkat kesadaran : composmentis GCS : 456 TTV : tensi : 170/103 mmHg Nadi : 70 x/mnt SpO2: 95 % RBM 8 LPM Suhu : 36,7 C RR : 32x/mnt</p> <p>DS : Px mengeluh sesak</p> <p>DO: RR : 32 x/mnt Ortopnea Batuk Terdapat retraksi dada Sputum tidak bisa keluar Suara nafas tambahan Ronchi di area posterior paru kanan dan kiri Crackles diarea seluruh paru terdengar kuat didaerah posterior Bentuk dada simetris</p>	<p>Keadaan umum : cukup Tingkat kesadaran : composmentis GCS : 456 TTV : tensi : 160/90 mmHg Nadi : 110 x/mnt SpO2 : 98% Nasal 4 LPM Suhu : 37,3 C RR : 25 x mnt</p> <p>DS : Px mengeluh sesak</p> <p>DO : RR : 25x/mnt Ortopnea Suara nafas tambahan Ronchi halus pada daerah broncus Bentuk dada simetris</p>

2.	Blood (B2)	<p>DS : Px mengeluh nyeri dada dengan skala 2 DO : Terdapat nyeri dada dengan skala 2 P: peneyempitan arteri koronaria Q: ampeg, seperti tertimpa R: dada S: 2 T: sering muncul sejak di dx cardiomegaly (kronis)</p> <p>Kelainan suara jantung terdapat bunyi s4 gallop Distensi vena jugularis Terdapat edema pada kedua tungkai kaki Nadi pada ekstremitas lemah Akral : dingin, kering, pucat CRT : >2 dtk</p>	<p>DS : tidak ada keluhan nyeri di dada DO : Kelainan suara jantung terdapat suara s4 gallop</p> <p>Nadi pada ekstremitas lemah Akral : dingin, kering, pucat CRT : >2 dtk Terdapat edema pada kedua tungkai kaki</p>
3.	Brain (B3)	<p>DS : tidak ada keluhan DO : Composmentis CCS : 456 Mata : Sclera :putih Konjungtiva : pucat Puil :2/2 isokor Leher : terdapat distensi vena jugularis</p>	<p>DS : Klien mengeluh pusing DO : Composmentis GCS : 456 Mata Sclera putih Konjungtiva : pucat Pupil : 2/2 isokor</p>
4.	Bladder (B4)	<p>DS : Px mengeluh jika kencing harus ada dorongan sebelum dipasang cateter Setelah dipasang cateter px mengeluh kurang nyaman pada alat vitalnya DO: Produksi urin: 550 cc/6 jam Warna : bening Bau : khas urin Cateter 550cc</p>	<p>DS : Klien tidak bisa kencing dari shubuh tanggal 07 – 01 – 2020 DO : Oliguria Produksi urin : 250 cc / 8 jam Warna : kuning Bau : khas urin</p>
5.	Bowel (B5)	<p>DS : Px mengatakan nafsu makannya menurun DO: Bab 1x/ hari dipagi hari Diit rendah natrium, rendah lemak</p>	<p>DS : Klien mengatakan nafsu makannya turun DO : Bab 1x/hari dipagi hari warnanya kuning lunak Diit rendah natrium, rendah karbohidrat.</p>

6.	Bone (B6)	<p>DS : Px mengatakan jika berjalan jauh kakinya tidak kuat Px mengatakan kakinya bengkak</p> <p>DO: Kemampuan mobilitas : terbatas Tonus otot</p>  <p>Akral: pucat, dingin, kering Turgor : buruk Edema kedua tungkai derajat 2. Edema pitting selama 5 dtk</p>	<p>DS : Klien mengatakan tidak bisa beraktivitas karena sesak. DO Kemampuan mobilitas : terbatas</p> <p>Tonus otot</p>  <p>Akral: pucat, dingin, kering Turgor : buruk Edema pada kedua tungkai derajat 1. Edema pitting selama 2 dtk</p>
----	-----------	---	--

3) Data Penunjang

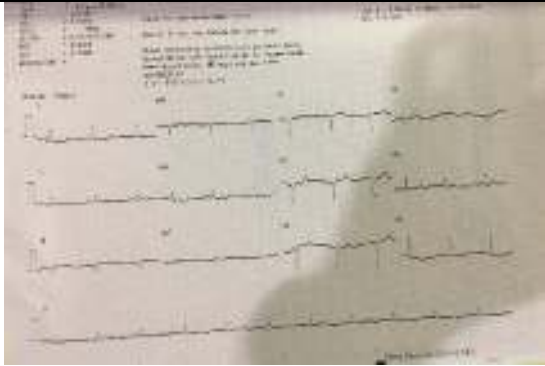

Tabel 4.4 Data Penunjang

Data Penunjang	Klien 1	Klien 2
Laboratorium	Pemeriksaan Lab Darah Tanggal 01-01-2020 Hb 12.0 g / dl Leukosit 9.420 / mm ³ Trombosit 194.000 / mm ³ Hematokrit 38,3% GDA STIK 98 mg / dl BUN 31 mg / dl SERUM CREATININ 2,7 mg / dl SGOT 96 U / L SGPT 48 U / L Kalium 5,6 mmol / L Natrium 140 mmol / L Chlorida 104 mmol / L CKMB 49 U / L 7- 25 Pemeriksaan Lab Darah tanggal 03-03-2020 BSN (PUASA) 118 mg / dl 2JPP 135 mg / dl TRIGLISERIDA 74 mg / dl HDL CHOLESTEROL 39 mg / dl LDL CHOLESTEROL 108 mg / dl	Pemeriksaan Lab Darah Tanggal 06 – 01 – 2020 Hb 11,8 g / dl Leukosit 2.520 / mm ³ Hematokrit 35,8 % Trombosit 376.000 / mm ³ GDA STIK 89 mg / dl BUN 25 mg / dl SERUM CREATININ 1,7 mg / dl SGOT 106 U / L SGPT 26 U / L Kalium 4 , 5 mmol / L Natrium 141 mmol / L Klorida 108 mmol / L CKMB 75 (duplo) U / L Pemeriksaan Lab Darah Tanggal 07 – 01 – 2020 BSN (PUASA) 155 mg / dl 2JPP 169 mg / dl TRIGLISERIDA 223 mg / dl HDL CHOLESTEROL 32 mg/dl LDL CHOLESTEROL



	<p>K / NA / CL Kalium 3,8 mmol / L Natrium 145 mmol / L Chlorida 96 mmol / L Calsium 9,9 mg / dL Fosfor 4,7 mg / dL</p>	<p>111 mg / dl CKMB 99 (LISIS) U / L</p> <p>Pemeriksaan Lab Darah Tanggal 08 – 01 – 2020 CKMB 33 U/L</p>
Radiologi	<p>Kesimpulan foto thorax tanggal 01 – 01 - 2020 : cardiomoegalli</p>	<p>Kesimpulan foto thorax Tanggal 06 – 01 – 2020 : Normal</p>
EKG	<p>Gelombang QT mengalami perpanjangan(pernah mengalami infak sebelumnya) Gelombang T terbalik (riwayat HT)</p>	<p>Lead II segmen ST Elevasi Terdapat Left Atrial Hipertropi Sinus takikardi</p>
Terapi Medis	<p>Terapi IGD Infus NaCl 0,9% 7 TPM Nebul Bricasma + Pulmicot Injeksi bolus Lasix 20 mg IV Pump ISDN 1 mg/jam Pump Furosemid 5 mg/jam Terapi Ruang taggal 01 - 01 -2020 Infus NaCl 0,9 % 7 TPM Pump ISDN 1 mg/jam Pump Furosemid 5 mg/jam Kalitake 3 x 5 mg P/O CPG 0-75mg-0 P/O</p> <p>Tanggal 02 - 01 - 2020 Infus NaCl 0,9% 7 TPM Pump ISDN 1 mg/jam HS Pump Furosemid 2,5 mg/jam jika perlu Injeksi Lansoprazole 1x1 Kalitake 3 x 5 mg P/O CPG 0 – 75mg – 0 P/O ISDN 3x5 mg bila pump habisP/O Amlodiphine 0 – 0 – 5mg P/O Alprazolam 0 – 0 – 0,5mg P/O jika perlu</p> <p>Tanggal 03 – 01 – 2020 Infus NaCl 0,9% 7 TPM Lansoprazole 1x1 P/O Kalitake 3x5mg (stop) CPG 0 – 75mg – 0 P/O ISDN 3x5 mg P/O Furosemide 50 mg – 0 – 0</p>	<p>Terapi IGD Infus NaCl 0,9% 7 TPM Ketorolac 30 mg IV Ranitidine 50 mg IV Lasix 10 mg IV Terapi Ruang Tanggal 06 – 01 – 2020 Infus NaCl 0,9 % 7 TPM Injeksi Furosemide 1x10 mg Injeksi Omeprazole 1x 40 mg SC Lantus 0 – 0 – 14 unit Nitrkaf 2,5 mg – 0 – 2,5 mg P/O Concor 0 – 0 – 1,25 mg</p> <p>Tanggal 07 – 01 – 2020 Infus NaCl 0,9 % 7 TPM Ijeksi Furosemid 1x20 mg Injeksi Omeprazole 1x40mg Pump ISDN 1 mg/jam SC Lantus 0 – 0 – 14 unit SC Arixtra 1x7,5 mg (bila CKMB masih tinggi) Nitrkaf 2,5 mg – 0 – 2,5 mg P/O Concor 0 – 0 – 1,25 mg Sphirolacton 25mg – 0 – 0 Simvastatin 0 – 0 – 20mg Cilostazole 100 mg – 0 – 0</p> <p>Tanggal 08 – 01 – 2020 Infus NaCl 0,9 % 7 TPM Injeksi Omeprazole 1x40mg Pump ISDN 0,5 mg/jam HS Ijeksi Furosemid 1x20 mg SC Lantus 0 – 0 – 14 unit</p>

	<p>P/O Amlodhipine 0 – 0 – 5mg stop jika tensi > 140</p>	<p>Nitrokaf 2,5 mg – 0 – 2,5 mg P/O Concor 0 – 0 – 1,25 mg Sphirolacton 25mg – 0 – 0 Simvastatin 0 – 0 – 20mg Cilostazole 100 mg – 0 – 0</p> <p>Tanggal 09 – 01 – 2020 Infus NaCl 0,9 % 7 TPM Injeksi Omeprazole 1x40mg SC Lantus 0 – 0 – 14 unit Nitrokaf 2,5 mg – 0 – 2,5 mg P/O Concor 0 – 0 – 1,25 mg Furosemide 50mg – 0 – 0 Sphirolacton 25mg – 0 – 0 Simvastatin 0 – 0 – 20mg Cilostazole 100 mg – 0 – 0 Lactulac syrup 3x 2 sendok makan</p> <p>Tanggal 10 – 01 – 2020 Infus NaCl 0,9 % 7 TPM Injeksi Omeprazole 1x40mg SC Lantus 0 – 0 – 14 unit Nitrokaf 2,5 mg – 0 – 2,5 mg P/O Concor 0 – 0 – 1,25 mg Furosemide 50mg – 0 – 0 Sphirolacton 25mg – 0 – 0 Simvastatin 0 – 0 – 20mg Cilostazole 100 mg – 0 – 0 Lactulac syrup 3x 2 sendok makan Levofloxacin 0 – 0 – 500mg Ambroxol 30mg – 0 – 30mg Acetil Sistein 200mg – 0 – 200mg Interhistin 50mg – 0 – 50mg</p>
--	---	---

Tabel 4.5 EKG

Partisipan 1	Partisipan 2
	

Tabel 4.6 Foto Thoex

Partisipan 1	Partisipan 2
	

4) Analisa Data**Tabel 4.7 Analisa Data**

Data	Etiologi	Masalah
Klien 1		
DS: - Klien mengeluh sesak - Klien mengatakan jika berjalan sedikit sudah lelah dan ngos – ngosan - Klien mengatakan kakinya bengkak sejak satu bulan yang lalu - Klien jika kencing perlu dorongan DO : - RR: 32x/mnt	Aktivasi system renin angiotensin aldosterone ↓ Angiotensin I berubah menjadi angiotensin II ↓ Pengeluaran aldosterone ↓ Meningkatkan reabsorpsi	Hypervolemia

<ul style="list-style-type: none"> - SpO2: 95% RBM 8 LPM - Pulsasi lemah pada vena radialis - Terdapat sura nafas tambahan crackles dan ronchi halus - Distensi vena jugularis - Terdapat suara jantung S4 gallop - Akral : dingin, pucat, kering - Turgor kulit buruk - CRT > 2 dtk - Bacaan foto thorax cardiomegaly - Edema kedua tungkai kaki derajat 2 - Pitting edema sealam 5 dtk - BUN 31 mg/dl - Kreatinin 2,7 mg/dl - Bacaan EKG gelombang QT mengalami perpanjangan, gelombang T terbalik 	<p>natrium dan air oleh tubulus distal</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Menurunkan ekresi natrium dan natrium dalam urin</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Urine output turun, volume plasma meningkat</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Hypervolemia</p>	
Klien 2		
<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengeluh sesak - Klien mengeluh tidak bisa kencing <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Takikardi Nadi 110x/mnt - RR 25 x/mnt Nasal 4 LPM - Ortopnea - Terdapat tanda iskemik lead II ST Elevasi - Edema kedua tungkai kaki derajat 1 - Pulsasi lemah pada vena radialis - Terdapat sura nafas ronchi halus - Terdapat suara jantung S4 gallop - Akral : dingin, pucat, kering - CRT > 2 dtk - Piting edema selam 2 dtk - Turgor kulit buruk - BUN 25 mg/dl - Kreatinin 1,7 mg/dl - Bacaan EKG Lead II segmen ST elevasi, terdapat left atrial hipertropi, sinus takikardi. 	<p>Aktivasi system renin angiotensin aldosterone</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Angiotensin I berubah menadi angiotensin II</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Pengeluaran aldosterone</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Meningkatan reabsorsi natrium dan air oleh tubulus distal</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Menurunkan ekresi natrium dan natrium dalam urin</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Urine output turun, volume plasma meningkat</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Hypervolemia</p>	Hypervolemia

5) Diagnosa Keperawatan

Klien 1 : Hipervolemia berhubungan dengan gangguan aliran balik vena dibuktikan dengan klien mengeluh sesak, klien mengatakan jika berjalan sedikit sudah lelah dan ngos – ngosan, klien mengatakan kakinya bengkak sejak satu bulan yang lalu, klien jika kencing perlu dorongan sebelum dipasang cateter, RR: 32x/mnt, SpO2: 95% RBM 8 LPM, Pulsasi lemah pada vena radialis, distensi vena jugularis, terdapat suara nafas tambahan crackles dan ronchi halus, terdapat suara jantung S4 gallop, akral : dingin, pucat, kering, turgor kulit buruk, CRT > 2 dtk, bacaan foto thorax cardiomegaly, edema kedua tungkai kaki derajat 2, pitting edema selam 5 dtk, BUN 31 mg/dl, Kreatinin 2,7 mg/dl, bacaan EKG gelombang QT mengalami perpanjangan, gelombang T terbalik

Klien 2 : Hipervolemia berhubungan dengan gangguan aliran balik vena ditandai dengan klien mengeluh sesak, klien mengeluh tidak bisa kencing, takikardi Nadi 110x/mnt, RR 25 x/mnt Nasal 4 LPM, Ortopnea, terdapat tanda iskemik lead II ST Elevasi, edema kedua tungkai kaki derajat 1, pulsasi lemah pada vena radialis, terdapat suara nafas ronchi halus, terdapat suara jantung S4 gallop, akral : dingin, pucat, kering, CRT > 2 dtk, pitting edema selam 2 dtk, turgor kulit buruk, BUN 25 mg/dl, Kreatinin 1,7 mg/dl, bacaan EKG Lead II segmen ST elevasi, terdapat left atrial hipertropi, sinus takikardi.

6) Intervensi Keperawatan Partisipan 1

Tabel 4.8 Intervensi Partisipan 1

No Dp	Tujuan	Intervensi Keperawatan Klien 1	Rasional
1.	<p>Setelah diberi asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Haluaran urin meningkat 2) Edema menurun 3) Tekanan darah membaik 4) Denyut nadi radial membaik 5) Tekanan arteri rata – rata membaik 6) Turgor kulit membaik 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Monitor intake dan output cairan 2) Monitor edema 3) Monitor tanda hemokonsentrasi (missal: kadar natrium, BUN, hematocrit, berat jenis urin) 4) Monitor kecepatan infus secara ketat 5) Batasi asupan cairan dan garam sebanyak 1600cc 6) Tinggikan kepala tempat tidur 30-45 derajat 7) Berikan pispot di samping tempat tidur. Hindari aktivitas valsava, contoh mengejan saat defekasi 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Haluaran urin biasanya menurun selama sehari karena perpindahan cairan ke jaringan, tetapi dapat meningkat pada malam hari sehingga cairan berpindah kembali ke sirkulasi bila pasien tidur. 2) Pitting edema dapat menjadi patokan berhasil tidaknya terapi deuritik untuk mengurangi retensi 3) Tanda hemokonsentrasi dapat mengathui fungsi ginjal dalam tubuh 4) Pembatasan cairan termasuk cairan infus. 5) Konsumsi natrium dan cairan dapat memperparah hypervolemia. 6) Pada posisi ini aliran balik vena ke jantung (preload) dan paru berkurang, serta penekanan hepar ke diafragma menjadi minimal. Pasien yang dapat bernafas pada posisi tegak (ortopnea) dapat didudukan di sisi tempat tidur. 7) Pispot digunakan untuk menurunkan kerja ke kamar mandi. Maneuver valsava menyebabkan rangsang vagal diikuti takikardi, yang

		<p>atau menahan nafas saat perubahan posisi</p> <p>8) Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran urin</p> <p>9) Berikan lingkungan yang tenang, batasi aktivitas sesuai toleransi</p> <p>10) Kolaborasi pemberian deuretik Pump ISDN 1 mg/jam Pump Furosemide 5mg/jam</p> <p>11) Kolaborasi pemberian kalium karena efek deuritik Kalitake 3x5mg P/O</p> <p>12) Pemberian HE tentang diet jantung yang sesuai (misalnya ; natrium, batasi makanan tinggi lemak dan kafein.)</p>	<p>diikuti dengan fungsi curah jantung.</p> <p>8) Dengan dibantu keluarga atau psen monitor intake dan output dapat menghasilkan hasil yang lebih valid</p> <p>9) Lingkungan yang tenang dapat menurunkan emosi. Emosi yang turun juga menurunkan vasokonstriksi dan tekanan darah serta menurunkan kerja jantung.</p> <p>10) Tipe dan dosis deuritik tergantung pada derajat decompensasi cordis dan fungsi ginjal.</p> <p>11) Pemberium kalium digunakan untuk mengantisipasi penurunan kadar kadium dalam tubuh karena efek deuritik.</p> <p>12) Memimalkan retensi natrium dan air serta penumpukan lemak pada miokard.</p>
--	--	---	---

Intervensi Keperawatan Partisipan 2

Tabel 4.9 Intervensi Partisipan 2

No Dp	Tujuan	Intervensi Keperawatan Klien 2	Rasional
1.	<p>Setelah diberi asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Haluaran urin meningkat 2) Edema menurun 3) Tekanan darah membaik 4) Denyut nadi radial membaik 5) Tekanan arteri rata – rata membaik 6) Turgor kulit membaik 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Monitor intake dan output cairan 2) Monitor edema 3) Monitor tanda hemokonsentrasi (missal: kadar natrium, BUN, hematocrit, berat jenis urin) 4) Monitor kecepatan infus secara ketat 5) Batasi asupan cairan dan garam 975cc 6) Tinggikan kepala tempat tidur 30-45 derajat 7) Berikan pispot di samping tempat tidur. Hindari aktivitas valsava, contoh mengejan saat defekasi 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Haluaran urin biasanya menurun selama sehari karena perpindahan cairan ke jaringan, tetapi dapat meningkat pada malam hari sehingga cairan berpindah kembali ke sirkulasi bila pasien tidur. 2) Pitting edema dapat menjadi patokan berhasil tidaknya terapi deuritik untuk mengurangi retensi 3) Tanda hemokonsentrasi dapat mengathui fungsi ginjal dalam tubuh 4) Pembatasan cairan termasuk cairan infus. 5) Konsumsi natrium dan cairan dapat memperparah hypervolemia. 6) Pada posisi ini aliran balik vena ke jantung (preload) dan paru berkurang, serta penekanan hepar ke diafragma menjadi minimal. Pasien yang dapat bernafas pada posisi tegak (ortopnea) dapat didudukan di sisi tempat tidur. 7) Pispot digunakan untuk menurunkan kerja ke kamar mandi. Maneuver valsava menyebabkan ransang vagal

		<p>atau menahan nafas saat perubahan posisi</p> <p>8) Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran urin</p> <p>9) Berikan lingkungan yang tenang, batasi aktivitas sesuai toleransi</p> <p>10) Kolaborasi pemberian deuretik Injeksi Furosemide 1x 20mg Pump ISDN 1mg/jam Sphironolacton 25mg – 0 – 0 P/O</p> <p>11) Pemberian HE tentang diet karbo dan jantung</p>	<p>diikuti takikardi, yang diikuti dengan fungsi curah jantung.</p> <p>8) Dengan dibantu keluarga atau pasien monitor intake dan output dapat menghasilkan hasil yang lebih valid</p> <p>9) Lingkungan yang tenang dapat menurunkan emosi. Emosi yang turun juga menurunkan vasokonstriksi dan tekanan darah serta menurunkan kerja jantung.</p> <p>10) Tipe dan dosis deuretik tergantung pada derajat decompensasi cordis dan fungsi ginjal.</p> <p>11) Meminimalkan retensi natrium dan air serta pengendalian gula darah.</p>
--	--	--	---

7) Implementasi Keperawatan Partisipan 1

Tabel 4.10 Implementasi Partisipan 1

Diagnosa Keperawatan	01 Januari 2020	02 Januari 2020	03 Januari 2020			
Klien 1						
Hypervolemia berhungan dengan aktivasi system renin – angiotensin - aldosterone	15.30	Memonitor tanda hemokonsentrasi. Hasil : Creatinine Serum : 2,7 mg/dl BUN : 31 mg/dl	14.00	Memonitor kecepatan infus secara ketat Hasil : Terpasang infus NaCl 0,9% 7 TPM	07.30	Monitor tanda hemokonsentrasi Hasil : Kalium : 3.8 mmol Natrium ; 145 mmol Chlorida : 96 mmol
	15.30	Memonitor kecepatan infus secara ketat Hasil : Terpasang infus NaCl 0,9% 7 TPM	14.10	Monitor keadaan edema Hasil : pitiing edema 3 dtk	08.00	Memonitor kecepatan infus secara ketat Hasil : Terpasang infus NaCl 0,9% 7 TPM
	15.45	Menganjurkan untuk membatasi asupan cairan dan natrium Hasil : Pemberian asupan cairan sesuai dengan balance cairan ditambah 55% x balance cairan = 1000 cc	14.15	Mengajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haran cairan Hasil : Intake : 550 cc Output : 1400 cc	08.10	Monitor keadaan edema Hasil : pitiing edema 1 dtk
	15.30	Meninggikan kepala tempat tidur pasien 30 – 45 derajat Hasil : Posisi px semifowler	14.15	Menganjurkan membatasi cairan dan garam Hasil : Batas pemberian cairan 1800 cc	07.40	Mengejarkan cara mengukur dan menctat asupan dan haluaran urin Hasil : Intake : 300cc Output : 900cc
	15.45	Memberikan pispot disamping	17.05	Memberikan kolaborasi penggantian kalium akibat deuritik Hasil : Pemberian obat kalitake 5 mg P/O	07.45	Menganjurkan membatasi cairan dan garam Hasil : Batas asupan cairan 450 cc

		tempat tidur px untuk menghindari aktivitas valsava Hasil : Px terpasang cateter 550 cc			07.30	Memberikan kolaborasi obat deuritik Hasil : Furosemide 40 mg P/O ISDN 5 mg P/O
	15.50	Memberikan lingkungan yang tenang, dan membatasi aktivitas sesuai toleransi Hasil : Tempat tidur px tertutup tirai, keluarga yg menjaga px hanya satu, px hanya diatas tempat tidur dan aktivitasnya hanya makan.			07.30	Memberikan kolaborasi penggantian kalium akibat deuritik Hasil : Pemberian obat kalitake 5 mg P/O
	17.05	Melakukan kolaborasi pemberian dueritik Hasil : Pump furosemide 0,5 mg/ jam			12.05	Memberikan kolaborasi obat deuritik Hasil : ISDN 5 mg P/O
	15. 45	Memberikan HE tentang diet jantung seperti pembatasan natrium, makanan tinggi lemak, dan kafein. Hasil : Px tidak nafsu makan jika makanan tidak berasa.			12.05	Memberikan kolaborasi penggantian kalium akibat deuritik Hasil : Pemberian obat kalitake 5 mg P/O

Implementasi Keperawatan Partisipan 2

Tabel 4.11 Implementasi Partisipan 2

Diagosa Keperawatan	07 – 01 – 2020	08 – 01 – 2020	09 – 01 – 2020	10 – 01 – 2020				
Klien 2								
Hypervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi	07.15	Memonitor tanda hemokonsentrasi. Hasil : Creatinine Serum : 1,7 mg/dl BUN : 25 mg/dl	07.30	Memonitor kecepatan infus secara ketat Hasil : Terpasang infus NaCl 0,9% 7 TPM	07..30	Memonitor kecepatan infus secara ketat Hasil : Terpasang infus NaCl 0,9% 7 TPM	14.30	Memonitor kecepatan infus secara ketat Hasil : Terpasang infus NaCl 0,9% 7 TPM
	07.15	Memonitor kecepatan infus secara ketat Hasil : Terpasang infus NaCl 0,9% 7 TPM	07.30	Menganjurkan untuk membatasi asupan cairan dan natrium Hasil : Pemberian asupan cairan sesuai dengan balance cairan ditambah 55% x balance cairan = 325 cc	07.30	Menganjurkan untuk membatasi asupan cairan dan natrium Hasil : Pemberian asupan cairan sesuai dengan balance cairan ditambah 55% x balance cairan = 375 cc	15.00	Menganjurkan untuk membatasi asupan cairan dan natrium Hasil : Pemberian asupan cairan sesuai dengan balance cairan ditambah 55% x balance cairan = 675 cc
	07.30	Menganjurkan untuk membatasi asupan cairan dan natrium Hasil : Pemberian asupan cairan sesuai dengan balance cairan ditambah 55% x balance cairan = 375 cc	07.45	Monitor edema Hasil : piting odem 2 dtk	07.35	Monitor edema Hasil : piting odem 2 dtk	15.05	Monitor edema Hasil : tidak ada piting odem
	07.20	Meninggikan kepala tempat tidur pasien 30	07.35	Memberikan pispot disamping tempat tidur px untuk menghindari aktivitas valsava Hasil : Px masih belum bisa	07.35	Memberikan pispot disamping tempat tidur px untuk menghindari aktivitas valsava Hasil : Px sudah bisa kencing 3 kali	15.05	Memberikan pispot disamping tempat tidur px untuk menghindari aktivitas valsava Hasil :

		– 40 derajat Hasil : Posisi px semifowler		kencing, dan menolak pemasangan kateter	07.45	Mengajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haran cairan	15.15	Px sudah bisa kencing 3 kali Mengajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haran cairan
	07.25	Memberikan pispot disamping tempat tidur px untuk menghindari aktivitas valsava Hasil : Px mengeluh tidak bisa kencing	07.40	Mengajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haran cairan Hasil : Intake : 450 cc Output : - cc	07.50	Membatasi aktivitas sesuai toleransi Hasil : Px hanya diatas tempat tidur dan aktivitasnya hanya makan.	15.15	Membatasi aktivitas sesuai toleransi Hasil : Px hanya diatas tempat tidur dan aktivitasnya hanya makan.
	07.15	Memberikan lingkungan yang tenang, dan membatasi aktivitas sesuai toleransi Hasil : Tempat tidur px tertutup tirai, keluarga yg menjaga px hanya satu, px hanya diatas tempat tidur dan aktivitasnya hanya makan.	07.45	Membatasi aktivitas sesuai toleransi Hasil : Px hanya diatas tempat tidur dan aktivitasnya hanya makan.	08.00	Melakukan kolaborasi pemberian diuretik Hasil : Pump ISDN 0,5 mg/ jam Injeksi Furosemid 20 mg		
	12.00	Melakukan kolaborasi pemberian diuretik Hasil : Pump ISDN 1 mg/ jam Injeksi Furosemid 1x 20mg						

	08.00	Memberikan HE tentang diet jantung seperti pembatasan natrium, makanan tinggi lemak, dan kafein. Hasil : Px tidak nafsu makan jika makanan tidak berasa asin.						
--	-------	--	--	--	--	--	--	--

8) Evaluasi Keperawatan Partisipan 1

Tabel 4.12 Evaluasi Partisipan 1

Diagnosa	Jam	Hari 1	Jam	Hari 2	Jam	Hari 3
Klien 1		01 – 01 – 2020		02 – 01 – 2020		03 – 01 – 2020
Hypervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi	20.00	S : Px mengatakan sesak turun, px mengeluh batuk terus tidak bisa tidur.	20.00	S : Px mengeluh sesaknya berkurang, batuk juga berkurang tetapi secret tidak bisa keluar.	12.00	S : Px tidak mengeluh sesak. Px masih mengeluh batuk tetapi secret bisa keluar
	20.30	O : Dyspnea Akral dingin pucat kering RR : 25 x/ mnt Suhu 36 C SpO2 : 98 % RBM 8 LPM CRT : > 2 dtk Haluaran urin 2700 cc/ 24 jam Piting odem 4 dtk Tekanan darah 170/98 mmHg Denyut nadi radial palpasi 74x/mnt Tekanan arteri rata – rata membaik Turgor kulit cukup Intake – output = 1500 – 2700 = - 1200 cc Asupan intake yg boleh masuk dalam tubuh 1200 x 50 % = 600 cc. balance cairan + 600 cc = 1800 cc	20.30	O : Akral dingin pucat kering RR : 24 x/mnt Suhu : 36,2 C SpO2 : 97 % nasal 3 LPM CRT : < 2 dtk Haluaran urin 3700 cc/24 jam Piting odem 2 dtk Tekanan darah : 137/71 mmHg Denyut nadi radial palpasi 66 x/ mnt Tekanan arteri rata – rata membaik Tergor kulit cukup Intake – output = 1125 – 3700 = 2400cc Asupan intake yg boleh masuk dalam tubuh 2400 x 50% = 1200cc. balance cairan + 1200 cc = 3600cc	12.20	O : Akral hangat merah kering RR : 20 x/mnt Suhu : 36,5 C SpO2 : 98 % CRT : < 2 dtk Haluaran urin 3600 cc/24 jam Pitting odem tidak ada Tekanan darah : 135/73 mmHg Denyut nadi radial palpasi 64 x/ mnt Tekanan arteri rata – rata membaik Tergor kulit cukup Intake – output = 900 – 1500 = 600cc Asupan intake yg boleh masuk dalam tubuh 600 x 50% = 300cc. balance cairan + 300 cc = 900cc
	20.45	A : Masalah hypervolemia belum tertasi	20.45	A : Masalah hypervolemia teratasi sebagian	12.40	A : Masalah hypervolemia teratasi
			21.00		13.00	P : Lanjutkan intervensi Pemberian HE tentang diit jantung Pemberian HE membatasi aktivitas

	21.00	P : Lanjutkan intervensi No. 1 – 11		P : Lanjutkan intervensi No. 1 – 11		dulu Pembelian HE membatasi asupan cairan dengan mengajarkan cara menghitung balance cairan.
--	-------	--	--	--	--	---

		tubuh 250 x 50 % = 125 cc. balance cairan + 125 cc = 375 cc		- 325 cc = 325 cc		125cc. balance cairan + 125 cc =375cc		
	13.40	A : Masalah hypervolemia belum tertasi	13.40	A :Masalah hypervolemia teratasi sebagian	13.40	A :Masalah hypervolemia teratasi sebagian	17.50	A :Masalah hypervolemia teratasi
	14.00	P : Lanjutkan intervensi No. 1 – 11	14.00	P : Lanjutkan intervensi No. 1 – 11	14.00	P : Lanjutkan intervensi No. 1 – 11	18.00	P : Lanjutkan intervensi Pemberian HE tentang diit jantung Pemberian HE membatasi aktivitas dulu Pemberian HE membatasi asupan cairan dengan mengajarkan cara mengitung balance cairan.

Tanggal : 02/01/2020

LEMBAR OBSERVASI PASIEN

Nama Px : Tn S/ 66 th

Ruang: Jantung

DX Medis : DC + PJK OMI + HHF + HT DPJP : Cardio, Interna

Hari Rawat: 2

Sift/ jam	Pagi								Sore							Malam										
	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	
Situation																										
Vital Sign	T	135/76				125/66			154/95			137/71			150/81									142/76		
	N	54				83			119			66			72									66		
	S	36				36,8			36,7			37,2			36,7									36,4		
	RR	22				20			22			22			22									20		
	GCS	456				456			456			456			456									456		
	SpO2	99%				99%			98%			99%			99%									98%		
Score	Nyeri																									
	EWS	2				1			2			1			1									1		
Intake	Makan	50cc				100cc					75cc															
	Cairan infus	Pz 500cc																								
	Injeksi	Pump Lasix 2,5 mg/jam				Pump ISDN 1 mg/jam																				
	Minum	Kalitake 100cc				Kalitake, CPG 100cc					Kaliake, amplo Dhipine, aprazo lam 100cc															
Ouput	Urin							1400cc						800cc											200cc	
	Muntah																									
	BAB	100cc																								
	IWL																								43cc	

Tanggal : 08/01/2020

LEMBAR OBSERVASI PASIEN

Nama Px : Tn M/ 67 th

Ruang: Jantung 1

DX Medis : PJK UA + DC

DPJP : Cardio, Interna

Hari Rawat: 2

Sift/ jam		Pagi							Sore							Malam															
		7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7					
Situation																															
Vital Sign	T	100/60					110/60					110/60					120/60					110/60					120/70				
	N	75					71					76					84					70					80				
	S	36					36,5					36,5					36,5					36,5					36,5				
	RR	20					20					20					20					20					20				
	GCS	456					456					456					456					456					456				
	SpO2	99%					98%					98%					98%					98%					98%				
Score	Nyeri																														
	EWS	1					1					1					1					1					1				
Intake	Makan	100cc					100cc					100cc																			
	Cairan infus	Pz 500cc																													
	Injeksi						OMZ 10cc Pump ISDN 0,5mg/jam Lasix 5cc															Lantus 14 unit									
	Minum	Nitrokaf Sphiro lacton Cilostazole 100cc															Nitrokaf Concor Simvastatin 100cc														
Ouput	Urin																														
	Muntah																														
	BAB																														
	IWL																														
		46cc																													

Tanggal : 09/01/2020

LEMBAR OBSERVASI PASIEN

Nama Px : Tn M/ 67 th

Ruang: Jantung 1

DX Medis : PJK UA + DC

DPJP : Cardio, Interna

Hari Rawat: 3

Sift/ jam	Pagi								Sore							Malam										
	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	
Situation																										
Vital Sign	T	120/60			130/70			110/70			130/70			120/70			120/70									
	N	69			72			72			67			82			66									
	S	36,5			36,4			36,5			36,7			36			36									
	RR	20			20			20			20			20			20									
	GCS	456			456			456			456			456			456									
	SpO2	99%			99%			97%			99%			99%			99%									
Score	Nyeri																									
	EWS																									
Intake	Makan	100cc			100cc			100cc																		
	Cairan infus	Pz 500cc																								
	Injeksi				OMZ 10cc									Lantus 14 U												
	Minum	Furosemide Sphironolacton Nitrokaf Lactulac Syrp Cilostazole 150cc			Lactulac syrp 75cc			Nitrokaf Concor Lactulac Syrp Simvastatin 100cc																		
Ouput	Urin				600cc									300cc						500cc						
	Muntah																									
	BAB							100cc																		
	IWL																									

46cc

Tabel 4.16 SOAP Ruang Partisipan 1

CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERPADU RUANGAN

RSU HAJI SURABAYA

Nama : Tn S Umur : 66 th Alamat : kedung baruk No. RM : 745xxx

Tanggal / Jam	Profesi / Bagian	Hasil Pemeriksaan, Analisis, Rencana Penatalaksanaan pasien	TTD
01/01/2020 16.00	Perawat Jantung Sore	S : Pasien sesak O : K/U cukup, Composmentis 456, TD 170/103, N : 70x/mnt, S : 36,7 C, RR : 32 x/mnt, semifowler +, mob -, terpasang infus pz 7 tpm, edema + A : hypervolemia, ggn pola nafas P : balance cairan terpenuhi, pola nafas tertaur 16 – 20 x / mnt I : mengobservasi TTV Memberikan posisi semifowler Mengarjakan pengukuran intake dan output Berkolaborasi dengan medis EKG basal Konsul dokter jantung	F. M.
16.30	Konsul Dokter Jantung	S : pasien sesak O : K/U cukup, Composmentis 456, TD 170/103, N : 70x/mnt, S : 36,7 C, RR : 32 x/mnt, edema + A : DC + CHF + HT + HHF P : Mnitro EKG Pump ISDN 1 mg/jam Pump Lasix 2,5 mg/jam CPG 0 – 75 mg – 0	dr. D. H
17.00	Perawat Jantung	S : Sesak B : Pemeriksaan lab Hb 12.0 g / dl Lekosit 9.420 / mm ³ Trombosit 194.000 / mm ³ Hematokrit 38,3% GDA STIK 98 mg / dl BUN 31 mg / dl SERUM CREATININ 2,7 mg /dl SGOT 96 U / L SGPT 48 U / L Kalium 5,6 mmol / L Natrium 140 mmol / L Chlorida 104 mmol /	

20.20	Perawat Jantung	<p>L CKMB 49 U / L 7- 25 Hasil radiologi : thorax : cardiomegaly Sign : K/U cukup, Composmentis 456, TD 170/103, N : 70x/mnt, S : 36,7 C, RR : 32 x/mnt, edema + A : lapor px baru R: - Perawat : F. M. DPJP: dr. D. H. Advice DPJP : lanjutkan terapi IGD + CPG 75 mg, EKG monitor</p> <p>S : Pasien sesak O : K/U cukup, Composmentis 456, TD 170/70, N : 98x/mnt, S : 36,3 C, RR : 27 x/mnt, semifowler +, mob -, terpasang infus pz 7 tpm, edema + A : hypervolemia, ggn pola nafas P : balance cairan terpenuhi, pola nafas tertaur 16 – 20 x / mnt I : mengobservasi TTV Memberikan posisi semifowler Mengarjakan pengukuran intake dan output Berkolaborasi dengan medis EKG basal Konsul dokter Interna kallium +</p>	F. M.
22.00	Perawat Jantung Malam	<p>S : Pasien sesak O : K/U cukup, Composmentis 456, TD 170/91, N : 72x/mnt, S : 36,2 C, RR : 22 x/mnt, semifowler +, mob -, terpasang infus pz 7 tpm, edema + A : hypervolemia, ggn pola nafas P : balance cairan terpenuhi, pola nafas tertaur 16 – 20 x / mnt I : mengobservasi TTV Memberikan posisi semifowler Mengarjakan pengukuran intake dan output Berkolaborasi dengan medis EKG basal Konsul dokter Interna kallium +</p>	D
02/01/2020 05.00	Perawat Jantung	<p>S : Pasien sesak O : K/U cukup, Composmentis 456, TD 160/79, N : 63x/mnt, S : 36,2 C,</p>	D

08.00	Perawat Jantung Pagi	<p>RR : 20 x/mnt, semifowler +, mob -, terpasang infus pz 7 tpm, edema +, Intake : 1500, Output : 2700 A : hypervolemia, ggn pola nafas P : balance cairan terpenuhi, pola nafas tertaur 16 – 20 x / mnt I : mengobservasi TTV Memberikan posisi semifowler Mengarjakan pengukuran intake dan output Berkolaborasi dengan medis EKG basal Konsul dokter Interna kallium +</p> <p>S : Pasien sesak O : K/U cukup, Composmentis 456, TD 135/76, N : 54x/mnt, S : 36 C, RR : 22 x/mnt, semifowler +, mob -, terpasang infus pz 7 tpm, edema +, Intake A : hypervolemia, ggn pola nafas P : balance cairan terpenuhi, pola nafas tertaur 16 – 20 x / mnt I : mengobservasi TTV Memberikan posisi semifowler Mengarjakan pengukuran intake dan output Berkolaborasi dengan medis EKG basal Konsul dokter Interna kallium +</p>	D. K.
10.00	Dokter Interna	<p>S : lemas O : kalium 5,6mmol/L TD 135/76, N : 54x/mnt, S : 36 C, RR : 22 x/mnt A : hiperkalemi P : cek lab BSN puasa, 2 JPP, Kimia Klinik Kalitake 3 x 5 mg, injeksi lanso Jika perlu</p>	dr. B
10.30	Perawat Jantung	<p>S : pasien lemas, tidak bisa tidur B : Hb 12.0 g / dl Lekosit 9.420 / mm3 Trombosit 194.000 / mm3 Hematokrit 38,3% GDA STIK 98 mg / dl BUN 31 mg / dl</p>	E

12.00	Dokter Jantung	<p>SERUM CREATININ 2,7 mg /dl SGOT 96 U / L SGPT 48 U / L Kalium 5,6 mmol / L Natrium 140 mmol / L Chlorida 104 mmol / L CKMB 49 U / L 7- 25 TD 135/76, N : 54x/mnt, S : 36 C, RR : 22 x/mnt A : lapor kalium pasien tinggi R : Advice : cek lab BSN puasa, 2 JPP, Kimia Klinik Kalitake 3 x 5 mg Aprzolam 0,5 mg jika perlu Perawat : E DPJP : dr B.</p> <p>S : - O : piting odem 3 dtk TD 125/66, N : 83x/mnt, S : 36 C, RR : 20 x/mnt, EKG + A : kelebihan cairan P : Pump ISDN 1 mg/jam habis stop – ISDN 3x 5 mg P/O Amplodipidhine jika tensi tinggi Lanjutkan terapi</p>	dr. D. H.
12.30	Perawat Jantung	<p>S : - B : EKG + TD 125/66, N : 83x/mnt, S : 36 C, RR : 20 x/mnt A : - R : ISDN pump 1 mg/jam Lasix Pump 2,5 mg/jam Concor 1x75mg P/O Advice DPJP Pump ISDN 1 mg/jam habis stop – ISDN 3x 5 mg P/O Amplodipidhine jika tensi tinggi Pump Lasix HS – furo 1x50 mg P/O , jika px stabil acc KRS</p>	E
13.30	Perawat Jantung	<p>S: batuk O : TD 125/66, N : 83x/mnt, S : 36 C, RR : 20 x/mnt, infus 7 tpm A : hypervolemia P : balance cairan terpenuhi,</p>	D. K.

16.00	Perawat Jantung Sore	<p>I : mengobservasi TTV Memberikan posisi semifowler Mengarjakan pengukuran intake dan output Berkolaborasi dengan medis EKG basal Konsul dokter Interna</p> <p>S: batuk O : TD 154/95, N : 119x/mnt, S : 36,7 C, RR : 22 x/mnt, infus 7 tpm A : hypervolemia P : balance cairan terpenuhi, I : mengobservasi TTV Memberikan posisi semifowler Mengarjakan pengukuran intake dan output Berkolaborasi dengan medis EKG basal Konsul dokter Interna</p>	F. M.
20.20	Perawat Jantung Sore	<p>S: batuk tidak bisa mengeluarkan dahak O : TD 137/71, N : 66x/mnt, S : 37,2 C, RR : 22 x/mnt, infus 7 tpm A : hypervolemia P : balance cairan terpenuhi, I : mengobservasi TTV Memberikan posisi semifowler Mengarjakan pengukuran intake dan output Berkolaborasi dengan medis EKG basal Konsul dokter Interna Cek lab BSN puasa, 2 JPP, Kimia Klinik</p>	F.M.
22.00	Perawat Jantung Malam	<p>S: batuk tidak bisa mengeluarkan dahak, px tidak bisa tidur O : TD 150/81, N : 72x/mnt, S : 36,7 C, RR : 22 x/mnt, infus 7 tpm A : hypervolemia P : balance cairan terpenuhi, I : mengobservasi TTV Memberikan posisi semifowler Mengarjakan pengukuran intake</p>	E

03/01/2020 05.00	Perawat Jantung Malam	<p>dan output Berkolaborasi dengan medis EKG basal Konsul dokter Interna Cek lab BSN puasa, 2 JPP, Kimia Klinik Aprazolam 0,5 mg P/O, amplodiphipnine 5 mg</p> <p>S: batuk bisa mengeluarkan dahak O : TD 142/76, N : 66x/mnt, S : 36,4 C, RR : 20 x/mnt, infus 7 tpm, pitting odem 1 dtk, intake 1.125, ouput, 3.700 A : hypervolemia P : balance cairan terpenuhi, I : mengobservasi TTV Memberikan posisi semifowler Mengarjakan pengukuran intake dan output Berkolaborasi dengan medis EKG basal Konsul dokter Interna Cek lab BSN puasa, 2 JPP, Kimia Klinik</p>	E
08.00	Perawat Jantung Pagi	<p>S: batuk tidak bisa mengeluarkan dahak O : TD 126/67, N : 65x/mnt, S :36,5 C, RR : 20 x/mnt, infus 7 tpm A : hypervolemia P : balance cairan terpenuhi, I : mengobservasi TTV Memberikan posisi semifowler Mengarjakan pengukuran intake dan output Berkolaborasi dengan medis EKG basal Konsul dokter Interna Cek lab BSN puasa, 2 JPP, Kimia Klinik</p>	D.K
09.00	Dokter Interna	<p>S : px tidak mengeluh lemas O : TD 126/67, N : 65x/mnt, S :36,5 C, RR : 20 x/mnt, infus 7 tpm, Hasil lab</p>	Dr. B

09.30	Perawat Jantung	<p>BSN (PUASA) 118 mg / dl 2JPP 135 mg / dl TRIGLISERIDA 74 mg / dl HDL CHOLESTEROL 39 mg / dl LDL CHOLESTEROL 108 mg / dl K / NA / CL Kalium 3,8 mmol / L Natrium 145 mmol / L Chlorida 96 mmol / L Calsium 9,9 mg / dL Fosfor 4,7 mg / dL A : masalh tertasi P : ACC KRS</p> <p>S : px tidak mengeluh lemas B : TD 126/67, N : 65x/mnt, S :36,5 C, RR : 20 x/mnt, infus 7 tpm, Hasil lab BSN (PUASA) 118 mg / dl 2JPP 135 mg / dl TRIGLISERIDA 74 mg / dl HDL CHOLESTEROL 39 mg / dl LDL CHOLESTEROL 108 mg / dl K / NA / CL Kalium 3,8 mmol / L Natrium 145 mmol / L Chlorida 96 mmol / L Calsium 9,9 mg / dL Fosfor 4,7 mg / dL A : - R : cek darah Advice DPJP : ACC KRS, Kalitake stop Perawat : E DPJP : dr. B</p>	E
12.00	Konsul Dokter Jantung	<p>S : px stabil B : TD 126/67, N : 65x/mnt, S :36,5 C, RR : 20 x/mnt, infus 7 tpm, output : 1500, intake : 900 A : konsul px KRS R : cek darah Advice DPJP : ACC KRS resep lansoprazole 1x1 pagi P/O, ISDN 3x5mg P/O, Furosemede 1x 50mg pagi Perawat : E DPJP : dr. D. H.</p>	D. K.

Tabel 4.17 SOAP Ruang Partisipan 2

CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERPADU RUANGAN

RSU HAJI SURABAYA

Nama : Tn M Umur : 67 th Alamat : Gubeng Kertajaya No. RM : 745xxx

Tanggal / Jam	Profesi / Bagian	Hasil Pemeriksaan, Analisis, Rencana Penatalaksanaan pasien	TTD
06/01/2020 23.50	Perawat Jantung Malam	S : Pasien sesak O : K/U cukup, Composmentis 456, TD 170/90, N : 110x/mnt, S : 37,5 C, RR : 25 x/mnt, semifowler +, mob -, terpasang infus pz 7 tpm, edema + A : hypervolemia, ggn pola nafas P : balance cairan terpenuhi, pola nafas tertaur 16 – 20 x / mnt I : mengobservasi TTV Memberikan posisi semifowler Mengarjakan pengukuran intake dan output Berkolaborasi dengan medis EKG basal Konsul dokter jantung dan interna	D
05.00	Perawat Jantung Malam	S : Pasien sesak O : K/U cukup, Composmentis 456, TD 170/80, N : 112x/mnt, S : 36,5 C, RR : 27 x/mnt, semifowler +, mob -, terpasang infus pz 7 tpm, edema +, A : hypervolemia, ggn pola nafas P : balance cairan terpenuhi, pola nafas tertaur 16 – 20 x / mnt I : mengobservasi TTV Memberikan posisi semifowler Mengarjakan pengukuran intake dan output Berkolaborasi dengan medis EKG basal Konsul dokter jantung dan interna	D
08.00	Perawat Jantung Pagi	S : Pasien sesak, tidak bisa kencing O : K/U cukup, Composmentis 456, TD 160/90, N : 110x/mnt, S : 37,5 C, RR : 25 x/mnt, semifowler +, mob -, terpasang infus pz 7 tpm, edema +,	

10.00	Dokter Jantung	<p>tidak terpasang cateter A : hypervolemia, ggn pola nafas P : balance cairan terpenuhi, pola nafas tertaur 16 – 20 x / mnt I : mengobservasi TTV Memberikan posisi semifowler Mengarjakan pengukuran intake dan output Berkolaborasi dengan medis EKG basal Konsul dokter jantung dan interna</p> <p>S : pasien sesak O : K/U cukup, Composmentis 456, TD 160/90, N : 110x/mnt, S : 37,5 C, RR : 25 x/mnt, terdapat ST Depresi, CKMB 75 A : PJK UA + DC + DM P : Mnitor EKG SC Arixtra jika CKMB masih tinggi Pump ISDN 1 mg/jam injeksi Lasix 1x20 mg Nitrkaf 2,5 mg – 0 – 2,5 mg P/O Concor 0 – 0 – 1,25 mg Sphiolacton 25mg – 0 – 0 Simvastatin 0 – 0 – 20mg Cilostazole 100 mg – 0 – 0</p>	dr. K
10.20	Perawat Jantung	<p>S : Sesak B : Pemeriksaan lab TRIGLISERIDA 223 mg / dl HDL CHOLESTEROL 32 mg/dl LDL CHOLESTEROL 111 mg / dl CKMB 99 (LISIS) U / L A : konsul ckmb tinggi R: - Perawat : D.K DPJP: dr. K. Advice DPJP : Mnitor EKG SC Arixtra jika CKMB masih tinggi Pump ISDN 1 mg/jam injeksi Lasix 1x20 mg Nitrkaf 2,5 mg – 0 – 2,5 mg P/O Concor 0 – 0 – 1,25 mg Sphiolacton 25mg – 0 – 0 Simvastatin 0 – 0 – 20mg Cilostazole 100 mg – 0 – 0</p>	D. K.

11.00	Konsul Dokter Interna	S : mengeluh lemas O : K/U cukup, Composmentis 456, TD 160/90, N : 110x/mnt, S : 37,5 C, GDA acak 170 RR : 25 x/mnt, A : DM + hiperglikemi P : cek 2 JPP, BSN puasa, lantus 14 unit	A
11.10	Perawat Jantung	S : B : K/U cukup, Composmentis 456, TD 160/90, N : 110x/mnt, S : 37,5 C, GDA acak 170 RR : 25 x/mnt, BSN (PUASA) 155 mg / dl 2JPP 169 mg / dl A : R : Advice: lab +, lantus 14 unit	A
12.00	Perawat jantung pagi	S : px mengeluh sesak, dan tidak bisa kencing O : TD 140/70, N : 98, S : 36,4 C, RR : 24 , GCS 456 SpO2 : 98% nasal 4 LPM, edema + A : ggn eliminasi urin, ggn pola nafas, hypervolemia P : urin dapat keluar, pola nafas normal 16-20x/mnt, balance cairan terpenuhi I ; memposisikan semifowler Pemberian O2 nasal Mengukur intake dan output Mendekatkan pispot E: edukasi pemasangan cateter	D.K
16,.00	Perawat jantung sore	S : px mengeluh sesak, dan tidak bisa kencing O : TD 130/60, N : 86, S : 37 C, RR : 24 , GCS 456 SpO2 : 98% nasal 4 LPM, edema + A : ggn eliminasi urin, ggn pola nafas, hypervolemia P : urin dapat keluar, pola nafas normal 16-20x/mnt, balance cairan terpenuhi I ; memposisikan semifowler	D

20.00	Perawat jantung sore	<p>Pemberian O2 nasal Mengukur intake dan ouput Mendekatkan pispot</p> <p>S : px mengeluhesak, dan tidak bisa kencing, px menolak dipasang cateter O : TD 130/60, N : 86, S : 37 C, RR : 22 , GCS 456 SpO2 : 98% nasal 4 LPM, edema + A : ggn eliminasi urin, ggn pola nafas, hypervolemia P : urin dapat keluar, pola nafas normal 16-20x/mnt, balance cairan terpenuhi I ; memposisikan semifowler Pemberian O2 nasal Mengukur intake dan ouput Mendekatkan pispot</p>	E
22.00	Perawat jantung malam	<p>S : px mengeluhesak, dan tidak bisa kencing, px menolak dipasang cateter O : TD 110/70, N : 76, S : 36,5C, RR : 20 , GCS 456 SpO2 : 98% nasal 4 LPM, edema + A : ggn eliminasi urin, ggn pola nafas, hypervolemia P : urin dapat keluar, pola nafas normal 16-20x/mnt, balance cairan terpenuhi I ; memposisikan semifowler Pemberian O2 nasal Mengukur intake dan ouput Mendekatkan pispot</p>	T
08/01/2020 05.00	Perawat jantung malam	<p>S : px tidak mengeluhesak, dan tidak bisa kencing, px menolak dipasang cateter O : TD 130/70, N : 76, S : 36C, RR : 24 , GCS 456 SpO2 : 98% nasal 4 LPM, edema +, intake 1200, output : 550 A : ggn eliminasi urin, ggn pola nafas, hypervolemia P : urin dapat keluar, pola nafas normal 16-20x/mnt, balance cairan terpenuhi</p>	T

08.00	Perawat jantung pagi	<p>I ; memposisikan semifowler Pemberian O2 nasal Mengukur intake dan ouput Mendekatkan pispot S : px tidak mengeluh sesak, dan tidak bisa kencing, px menolak dipasang cateter O : TD 110/70, N : 76, S : 36,5C, RR : 20 , GCS 456 SpO2 : 98, edema +, infus 7 tpm A : ggn eliminasi urin, hypervolemia P : urin dapat keluar, balance cairan terpenuhi</p> <p>I ; memposisikan semifowler Pemberian O2 nasal Mengukur intake dan ouput Mendekatkan pispot</p>	D. K.
09.00	Dokter jantung	<p>S : sesak hilang O : TD 110/70, N : 76, S : 36,5C, RR : 20 , GCS 456 SpO2 : 98 A : penurunan curah jantung P : cek CKMB ulang</p>	Dr. K
09.10	Konsul dokter interna	<p>S : px tidak bisa BAB O : TD 110/70, N : 76, S : 36,5C, RR : 20 , GCS 456 SpO2 : 98 A : konstipasi P : lactulac syrup 3x2sendok makan</p>	E
09.40	Perawat jantung	<p>S : B : TD 110/70, N : 76, S : 36,5C, RR : 20 , GCS 456 SpO2 : 98% A : cek CKMB ulang R : Advice DPJP cardio dan interna: jika CKMB masih tinggi lanjut SC arixtra Lactulac syrup 3x2sendok makan Pearawat : DK DPJP: dr.K</p>	D. K.
12.00	Perawat jantung pagi	<p>S : px tidak mengeluh sesak, dan tidak bisa kencing, px menolak dipasang cateter, tidak bisa BAB O : TD 110/60, N : 71, S : 36,5C, RR : 20 , GCS 456 SpO2 : 98, edema +,</p>	E

16.00	Perawat jantung sore	<p>infus 7 tpm A : ggn eliminasi urin, hypervolemia, konstipasi P : urin dapat keluar, balance cairan terpenuhi I ; memposisikan semifowler Pemberian O2 nasal Mengukur intake dan ouput Mendekatkan pispot Anjurkan miring kanan miring kiri</p> <p>S : px tidak mengeluhesak, dan tidak bisa kencing, px menolak dipasang cateter, tidak bisa BAB O : TD 110/60, N : 76, S : 36,5C, RR : 20 , GCS 456 SpO2 : 98, edema +, infus 7 tpm A : ggn eliminasi urin, hypervolemia, konstipasi P : urin dapat keluar, balance cairan terpenuhi I ; memposisikan semifowler Pemberian O2 nasal Mengukur intake dan ouput Mendekatkan pispot Anjurkan miring kanan miring kiri</p>	F.M.
20.00	Perawat jantung sore	<p>S : px tidak mengeluhesak, dan tidak bisa kencing, px menolak dipasang cateter, tidak bisa BAB O : TD 120/60, N : 84, S : 36,5C, RR : 20 , GCS 456 SpO2 : 98, edema +, infus 7 tpm A : ggn eliminasi urin, hypervolemia, konstipasi P : urin dapat keluar, balance cairan terpenuhi I ; memposisikan semifowler Pemberian O2 nasal Mengukur intake dan ouput Mendekatkan pispot Anjurkan miring kanan miring kiri</p>	F.M.
22.00	Perawat jantung malam	<p>S : px tidak mengeluhesak, dan tidak bisa kencing, px menolak dipasang cateter, tidak bisa BAB</p>	E

		<p>O : TD 110/60, N : 70, S : 36,5C, RR : 20 , GCS 456 SpO2 : 98, edema +, infus 7 tpm</p> <p>A : ggn eliminasi urin, hypervolemia, konstipasi</p> <p>P : urin dapat keluar, balance cairan terpenuhi</p> <p>I ; memposisikan semifowler</p> <p>Pemberian O2 nasal</p> <p>Mengukur intake dan ouput</p> <p>Mendekatkan pispot</p> <p>Anjurkan miring kanan miring kiri</p>	
09/01/2020 05.00	Perawat jantung mlam	<p>S : px tidak mengeluh sesak, klien bisa kencing, tidak bisa BAB</p> <p>O : TD 120/70, N : 80, S : 36,5C, RR : 20 , GCS 456 SpO2 : 98, edema +, infus 7 tpm intake: 760, ouput : 350</p> <p>A : hypervolemia, konstipasi</p> <p>P : urin dapat keluar, balance cairan terpenuhi</p> <p>I ; memposisikan semifowler</p> <p>Pemberian O2 nasal</p> <p>Mengukur intake dan ouput</p> <p>Mendekatkan pispot</p> <p>Anjurkan miring kanan miring kiri</p>	E
08.00	Perawat jantung pagi	<p>S : px mengeluh sesak, klien bisa kencing</p> <p>O : TD 120/70, N : 80, S : 36,5C, RR : 20 , GCS 456 SpO2 : 98, edema +, infus 7 tpm</p> <p>A : hypervolemia</p> <p>P ;, balance cairan terpenuhi</p> <p>I ; memposisikan semifowler</p> <p>Pemberian O2 nasal</p> <p>Mengukur intake dan ouput</p> <p>Mendekatkan pispot</p> <p>Anjurkan miring kanan miring kiri</p>	
09.00	Konsul dokter jantung	<p>S :</p> <p>O : TD 120/70, N : 80, S : 36,5C, RR : 20 , GCS 456 SpO2 : 98, edema +,</p> <p>A : kelebihan cairan</p> <p>P : Stop pump ISDN</p> <p>Lasixinjek – furosemide 1x50 mg</p>	D

09.00	Perawat jantung	<p>P/O</p> <p>S :</p> <p>B : TD 120/70, N : 80, S : 36,5C, RR : 20 , GCS 456 SpO2 : 98, edema +, CKMB 33</p> <p>A : lapor kondisi pasien</p> <p>R :</p> <p>Advice : Stop pump ISDN Lasixinjek – furosemide 1x50 mg P/O, stop arixtra</p>	
12.00	Perwata jantung	<p>S : px mengeluh sesak, klien bisa kencing</p> <p>O : TD 120/70, N : 80, S : 36,5C, RR : 20 , GCS 456 SpO2 : 98, edema +, infus 7 tpm</p> <p>A : hypervolemia</p> <p>P ;, balance cairan terpenuhi</p> <p>I ; memposisikan semifowler</p> <p>Mengukur intake dan output</p> <p>Mendekatkan pispot</p> <p>Anjurkan miring kanan miring kiri</p>	
16.00	Perawat jantung sore	<p>S : px mengeluh sesak, klien bisa kencing</p> <p>O : TD 120/70, N : 80, S : 36,5C, RR : 20 , GCS 456 SpO2 : 98, edema +, infus 7 tpm</p> <p>A : hypervolemia</p> <p>P ;, balance cairan terpenuhi</p> <p>I ; memposisikan semifowler</p> <p>Mengukur intake dan output</p> <p>Mendekatkan pispot</p> <p>Anjurkan miring kanan miring kiri</p>	
20.00	Perawat jantung sore	<p>S : px mengeluh sesak, klien bisa kencing</p> <p>O : TD 120/70, N : 80, S : 36,5C, RR : 20 , GCS 456 SpO2 : 98, edema +, infus 7 tpm</p> <p>A : hypervolemia</p> <p>P ;, balance cairan terpenuhi</p> <p>I ; memposisikan semifowler</p>	

22.00	Perawat jantung malam	<p>Mengukur intake dan ouput Mendekatkan pispot Anjurkan miring kanan miring kiri</p> <p>S : px mengeluh sesak, klien bisa kencing O : TD 120/70, N : 80, S : 36,5C, RR : 20 , GCS 456 SpO2 : 98, edema +, infus 7 tpm A : hypervolemia P ;, balance cairan terpenuhi I ; memposisikan semifowler Mengukur intake dan ouput Mendekatkan pispot Anjurkan miring kanan miring kiri</p>	
10/01/2020 05.00	Perawat jantung malam	<p>S : px mengeluh sesak, klien bisa kencing O : TD 120/70, N : 80, S : 36,5C, RR : 18 , GCS 456 SpO2 : 98, edema pitting 1 dtk, infus 7 tpm, intake 1150, ouput : 1400 A : hypervolemia teratasi sebagian P ;, balance cairan terpenuhi I ; memposisikan semifowler Mengukur intake dan ouput Mendekatkan pispot Anjurkan miring kanan miring kiri</p>	
08.00	Perawat jantung pagi	<p>S : px mengeluh sesak, klien bisa kencing O : TD 120/70, N : 80, S : 36,5C, RR : 18 , GCS 456 SpO2 : 98, edema pitting 1 dtk, infus 7 tpm, intake 1150, ouput : 1400 A : hypervolemia teratasi sebagian P ;, balance cairan terpenuhi I ; memposisikan semifowler Mengukur intake dan ouput Mendekatkan pispot Anjurkan miring kanan miring kiri</p>	
09.00	Konsul dokter jantung	<p>S : tidak ada keluhan O : TD 120/70, N : 80, S : 36,5C, RR : 18 , GCS 456 SpO2 : 98, edema pitting 1 dtk, infus 7 tpm, intake 1150,</p>	

09.10	Perawat jantung	<p>ouput : 1400 A : acc krs dan rawat jalan jika edema membaik P : acc krs S : B : TD 120/70, N : 80, S : 36,5C, RR : 18 , GCS 456 SpO2 : 98, edema pitting 1 dtk, infus 7 tpm, intake 1150, ouput : 1400 A : konsul krs R : Advice DPJP acc krs dan rawat jalan jika edema membaik</p>	
12.00	Perawat jantung pagi	<p>S : px mengeluhesak, klien bisa kencing O : TD 140/70, N : 61, S : 36,5C, RR : 18 , GCS 456 SpO2 : 98, edema pitting 1 dtk, infus 7 tpm, intake 1150, ouput : 1400 A : hypervolemia teratasi sebagian P : , balance cairan terpenuhi I ; memposisikan semifowler Mengukur intake dan ouput Mendekatkan pispot Anjurkan miring kanan miring kiri</p>	
16.00	Pearawat jantung sore	<p>S : px mengeluhesak, klien bisa kencing O : TD 130/70, N : 67, S : 36,5C, RR : 18 , GCS 456 SpO2 : 98, edema pitting 1 dtk, infus 7 tpm, intake 1150, ouput : 1400 A : hypervolemia teratasi sebagian P : , balance cairan terpenuhi I ; memposisikan semifowler Mengukur intake dan ouput Mendekatkan pispot Anjurkan miring kanan miring kiri</p>	
18.00	Pearwat jantung sore	<p>S : px mengeluhesak, klien bisa kencing O : TD 120/80, N : 64, S : 36,5C, RR : 18 , GCS 456 SpO2 : 98, edema pitting tidak ada, infus 7 tpm, intake 1150, ouput : 1400</p>	

18.10	<p>Perawat jantung sore</p> <p>Pearwat jantung</p>	<p>A : hypervolemia teratasi sebagian P ; balance cairan terpenuhi I ; memposisikan semifowler Mengukur intake dan ouput Mendekatkan pispot Anjurkan miring kanan miring kiri</p> <p>S : B : TD 120/80, N : 64, S : 36,5C, RR : 18 , GCS 456 SpO2 : 98, edema pitting tidak ada, infus 7 tpm, intake 1200, ouput : 2000 A : acc krs R : Advice : acc krs pasien rawawt jalan Perawat : F.M. DPJP : dr. K.</p>	
-------	--	---	--

4.2 Pembahasan

Pada sub bab ini berisi tentang pembahasan asuhan keperawatan melalui pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi dengan maksud memperjelas karena tidak semua yang ada pada teori dapat diterapkan dengan mudah pada kasus yang nyata. Sub bab ini juga membahas tentang perbandingan partisipan 1 dan partisipan 2 antara kasus nyata dengan teori.

4.2.1 Pengkajian.

Hasil dari pengkajian yang bisa diketahui pasien hypervolemia adalah didapatkan kedua partisipan mengalami bengkak di kedua tungkai, pada partisipan 1 derajat edemanya pada derajat 2 sedangkan pada partisipan 2 pada derajat 1, dengan lama pitting edema masing – masing 5 dan 2 dtk.

Menurut teori (Muttaqin, 2009) edema terjadi karena penumpukan cairan akibat respon ginjal yang mengekskresikan renin – angiotensin – aldosterone guna memenuhi perfusi organ vital. Efek dari aktivasi tersebut terjadilah retensi cairan yang mengakibatkan cairan bertumpuk pada pembuluh darah dan akhirnya cairan berpindah ke jaringan interstitial (Evans, 2017).

Dilihat dari hasil pengkajian kedua partisipan mengalami hipervolemi karena terjadi edema di bagian tubuhnya, selain itu ada tanda tanda yang mendukung bahwa kedua participant mengalami hipervolemi pada kasus decompensasi cordis seperti RR yang meningkat.

Hasil pengkajian pada partisipan 1 dan 2 didapatkan mengalami keluhan utama yang sama yaitu sesak napas saat beraktivitas dengan didapatkan Partisipan 1 RR 32x/menit dan Partisipan 2 RR 25x/menit.

Sesak napas (*dypnsea*) disebabkan karena adanya kelainan fungsional jantung salah satunya yaitu pada disfungsinya sistol, yang terjadi jika ventrikel kiri tidak dapat memompa cukup darah keluar dari sistemik selama sistol dan terjadi penurunan fraksi ejeksi. Kegagalan ventrikel kiri memompa darah keluar menyebabkan tekanan tinggi pada bantalan kapiler disekitar alveoli yang menyebabkan cairan bocor ke alveolus dan menyebabkan kelebihan volume cairan pada paru (*edema paru*) (Muttaqin, 2009).

Pada penderita *decompensasi cordis* juga bisa terjadi sesak napas saat tidak melakukan aktivitas atau pada saat istirahat. Dari hasil pengkajian menurut peneliti dampak dari *edema paru*, keadaan paru dipenuhi cairan.

Hasil pengkajian pada partisipan 1 memiliki riwayat penyakit dahulu yaitu hipertensi yang menjadi faktor pencetus dari penyakit *Decompensatio Cordis*. Partisipan 1 mengalami *decompensasi cordis* disebabkan karena adanya hipertensi ditandai dengan perpanjangan segmen Q-T pada hasil EKG. Pada partisipan 2 mempunyai riwayat diabetes militus. Diabetes nilitus menyebabkan keadaan dimana pembuluh darah terjadi penumpukan gula cenderung disertai peningkatan trigliserida. Didapatkan trigliserida 223 mg / dl pada partisipan 2.

Pada penderita HT terjadi peningkatan *afterload* yang kronis menyebabkan timbulnya hipertrofi ventrikel kiri sebagai mekanisme kompensasi. Hipertrofi menyebabkan gangguan pengisian saat diastolik karena penurunan komplians ventrikel dan juga menyebabkan peningkatan kebutuhan oksigen miokardium.. Terjadinya pembengkakan pada jantung disebabkan karena adanya pembesaran otot jantung atau bisa juga disebabkan karena penumpukan cairan darah karena

adanya bendungan pada ruangan jantung. Jika sudah terjadi kondisi tersebut, maka akan berpotensi mengalami decompensasi cordis, yang mana jantung tidak dapat berfungsi secara optimal, akibat darah tidak dapat dialirkan keseluruh tubuh. Kondisi sesak napas adalah manifestasi yang dapat didapatkan hamper pada semua penderita decompensasi cordis karena kebanyakan yang terjadi kegagalan adalah jantung sebelah kiri yang mengakibatkan terakumulasi cairan di paru – paru akibat adanya peningkatan tekanan pada vaskuler paru yang dapat menyebabkan perpindahan cairan dari pembuluh darah menuju jaringan intttian dan alveoli (Evans, 2017; Yasmara, 2017). Sedangkan pada kasus 2 dengan factor pencetus DM. Diabetes militus menyebabkan keadaan dimana pembuluh darah terjadi penumpukan gula cenderung disertai peningkatan trigleserida. Peumpukan ini dapat menyebabkan meperberat kerja jantung untuk memompa darah keseluruh tubuh karena terjadi penyepitan arteri dan keadaan gangguan vikositas darah sehingga dapat mengakibatkan tekanan darah naik, jika keadaan terus menerus terjadi maka akan terjadi decompensasi cordis (Evans, 2017).

Dari pembahasan pengakajian dan teori disimpulkan peneliti bahwa partisipan 1 mengalami decompensasi cordis karena adanya hipertensi dan Partisipan 2 karena adanya diabetes militus yang megakibatkan hipertensi. Berdasarkan data dan teori faktor pencetus juga sangat berpengaruh terhadap keparahan decompensasi cordis dan cara penanganan yang berbeda. Tetapi pada kasus ini penelit hanya berfokus pada kasus hypervolemia jadi kelian dianjurkan untuk diit yang sesai untuk kesembuhan klien tersebut.

Selain dari riwayat penyakit participant, keparahan kondisi jantung juga dapat dilihat dari riwayat pengobatan decompensasi cordis pada partisipan. Pada partisipan 1 didapatkan hasil pengkajian sudah mengalami decom sejak berumur 55 tahun, beliau control ruti 1 minggu sekali dengan riwayat oemkaian obat deuritik dan penurun tekanan daran, beliau rutin meminum obat. Sedang pada partisipan kedua didapat hasil sudah terjadi decompensasi cordis sejak setengah tahun yang lalu. Partisipan control 1 bulan sekali, tetapi beliau tidak mampu tarak. Untuk riwayat minum obat partisipan belum diberi deuritik, tetapi sudah muali diberi spinorolcton untuk menghambat penyerapan garam.

Menurut teori (Lemone, 2016) keparahan jantung bisa terjadi karena jantung dipaksa bekerja lebih keras dan berlangsung dalam jangka waktu yang panjang. Mengakibatkan ventrikel mengalami hipertopi atau pelebaran, yang mengakibatkan menurunkan kerja jantung untuk memompa darah keseluruh tubuh.

Dari pengkajian ini dapat dilihat tingkat keparahan konsisi jantung partisipan. Pengkajian ini juga dapat menentukan partisipan decompenssi cordis stadium berapa.

Berdasarkan pemeriksaan B1 (Breathing) Partisipan 1 dan Partisipan 2 mengalami keluhan sesak napas (dipsnea) dan ortopnea. Gejala tersebut merupakan salah satu tanda dan gejala mayor dan minor untuk menentukan adanya masalah keperawatan hipervolemmia yang terdapat dalam buku SDKI tahun 2017. Ditemukan pada partisipan 1 terdapat batuk disertai sputum dan

adanya retraksi intercoste, serta RR 32x/menit. Sedangkan pada partisipan 2 tidak terdapat retraksi, RR 25x/mnt.

Menurut teori adanya tanda dan gejala dyspnea dan ortopnea pada partisipan 1 dan 2 disebabkan oleh perpindahan cairan dari sirkulasi splanchnic dan ektermis bawah menuju sirkulasi sentral ketika pasien berbaring. Peningkatan cairan di sirkulasi sentral akan meningkatkan tekanan kapiler paru dan akhirnya kongesti bertambah parah. Dyspnea juga dapat disebabkan karena adanya penimbunan cairan dalam alveoli yang mengganggu terjadinya pertukaran gas. Dyspnea bahkan dapat terjadi saat beristirahat atau dicetuskan oleh gerakan minimal atau sedang yang lebih dirasakan pada Partisipan 2. Menurut peneliti berdasarkan pemeriksaan B1 (Breathing) antara fakta dan teori pada Partisipan 1 dan 2 memiliki kesamaan. Namun ada perbedaan tanda dan gejala yang dirasakan Partisipan 1 dan Partisipan 2. Partisipan 1 terdapat batuk disertai sputum dan adanya retraksi intercoste. Batuk juga dapat menjadi gejala gagal jantung karena ketika jantung tidak dapat memompa darah secara efisien, darah dari paru-paru yang sudah dipompa jantung akan kembali lagi ke paru-paru. Akibatnya, paru-paru akan mengalami penyumbatan. Tersumbatnya paru-paru menyebabkan adanya kebocoran cairan yang sedikit darah ke alveoli dan membuat pernapasan terganggu, dan salah satu cara tubuh untuk membersihkan jalan napas yaitu dengan adanya batuk. Penyumbatan pada saluran pernapas juga dapat menyebabkan retraksi intercostal. Partisipan 2 mengalami gejala dyspnea, yang disebabkan oleh perpindahan cairan dari jaringan ke dalam kompartemen intravascular sebagai akibat dari posisi terlentang. Pada saat duduk, khususnya pada bagian bawah tubuh karena adanya

gravitasi, peningkatan volume cairan, dan peningkatan tonus simpatis. Dengan peningkatan tekanan hidrostatis ini, sejumlah cairan keluar masuk ke area jaringan secara normal. Namun, dengan posisi terlentang, tekanan pada kapiler-kapiler dependen menurun dan cairan diserap kembali ke dalam sirkulasi. Peningkatan volume cairan dalam sirkulasi akan memberikan jumlah tambahan darah yang dialirkan ke jantung untuk dipompa tiap menit (peningkatan beban awal) dan memberikan beban tambahan pada dasar vaskular pulmonal yang telah mengalami kongesti (Mutaqqin,2009).

Berdasarkan pengkajian B1 pada kedua partisipan, peneliti menyimpulkan bahwa kedua partisipan juga memiliki tanda dan gejala yang berbeda. Untuk hasil pasti berbeda karena manusia tidak selalu memiliki kondisi yang sama meskipun memiliki penyakit yang sama.

Pengkajian pada B2 (Blood) Partisipan 1 memiliki riwayat penyakit hipertensi dengan TD 170/103 mmHg, sedangkan partisipan 2 memiliki riwayat penyakit diabetes melitus dengan TD 160/90 mmHg. Kondisi ini terjadi disebabkan oleh meningkatkan afterload (tahanan terhadap ejsi jantung).

Menurut teori ini adalah kondisi ini dapat meningkatkan beban jantung dan memicu terjadinya hipertrofi otot jantung. Meskipun sebenarnya hipertrofi bertujuan untuk meningkatkan kontraktilitas sehingga dapat melewati tingginya afterload, namun hal tersebut mengganggu saat pengisian ventrikel selama diastole. Partisipan 1 mengalami tanda dan gejala distensi vena jugularis yang tampak pada saat pasien dalam posisi berbaring di sepanjang musculus sternocleidomastoideus terlihat hingga setinggi leher jauh lebih tinggi daripada

normal. Distensi vena jugularis salah satu tanda dan gejala kelebihan volume cairan pada pasien Decomp Cordis. Pada buku Asuhan keperawatan klien dengan gangguan system kardiovaskular (Mutaqqin,2009) dijelaskan bahwa distensi vena jugularis terjadi karena adanya ventrikel kanan tidak mampu berkompensasi terhadap kegagalan ventrikel kiri, akan terjadi dilatasi dari ruang ventrikel, peningkatan volume, dan tekanan pada diastolic akhir ventrikel kanan, tahanan untuk mengisi ventrikel, dan peningkatan lanjut pada tekanan atrium kanan. Peningkatan tekanan ini akan diteruskan ke hulu vena kava dan dapat diketahui dengan peningkatan pada tekanan vena jugularis. Dan pada prtisipant 1 mengalami cardiomegalai sedangkan pada pasien kedua tidak terjadi kedua hal tersebut, tetapi keadua participant tersebut adalah terdengar bunyi jantung tambahan terdengar S4 gallop menandakan terjadi penurunan pengisian sekuncup.

Berdasarkan hasil pengkajian B2 menurut peneliti Partisipan 1 dan 2 tidak memiliki kesamaan dalam hal tanda dan gejala yang ditimbulkan. Karena semua tergantung pada kondisi klien dan keparahan penyakit. Tidak kalah penting juga kerja sama antar pasien dan perawat maupun keluarga dan perawat.

Pada hasil pengkajian B4 (Baldder) Partisipan 1 dan partisipan 2 sama – sama susah mengekresikan urinnya. Menurut teori ini disebabkan karena penurunan perfusi ginjal menyebabkan peningkatan aktivasi system simpatik dan RAA. Hal ini memicu reabsorpsi natrium dalam ginjal dan meningkatkan retensi cairan. Saat pengkajian didapatkan partisipan 1 BUN 31mg/dl, kreatinin 2,7mg/dl. Sedangkan pada partisipan 2 BUN 25mg/dl, kreatinin 1,7mg/dl.

Asupan natrium dan air berlebih dapat dapat meningkatkan retensi cairan dan menimbulkan gejala kongesti. Pada partisipan 1 dan 2 pada hari pertama pengkajian didapatkan BUN dan kreatinin yang tinggi ini membuktikan bahwa menurut teori, aldosterone dan antideuritik hormone yang di sekresi dapat menimbulkan masalah pada nefron. Nefron akan mengalami kerja yang cukup berat karena hormone tersebut, tubulus distall dipaksa mereabsorsi natrium dan air guna menyeimbangkan hemodinamika tubuh dan perfusi darah pada ginjal. Namun efek patologisnya jika nefron sudah tidak bisa merabsorsi maka nefron akan rusak dan mengakitbatkan BUN dan kreatinin meningkat. Dan akan terjadi retensi urin, klien akan susah kencing dan itu dialami oleh kedua klien (Mutaqqin, 2009).

Dari pengkajian B4 dapat disimpulkan semakin terjadi retensi cairan, organ ginjal akan rusak. BUN dan kreatinin semakin tinggi dan klien akan susah buang air kecil.

Pengkajian B5 (Bowel) Partisipan 1 dan 2 mengalami penurunan nafsu makan. Menurut teori penurunan nafsu makan juga dapat diakibatkan adanya atrofi otot rangka, penurunan kapasitas fungsional, pembesaran vena dan statis vena di dalam rongga abdomen (Evans, 2017). Penurunan nafsu makan pada klien decompensasi cordis dapat disebabkan adanya kelebihan dan kerja pernapasan yang meningkat, anoreksia, proses dan respon inflamasi yang sedang berjalan, penurunan kapasitas lambung akibat adanya hepatomegali dan gagal jantung kongestif serta efek samping terapi yang sedang dilakukan. Berdasarkan pengkajian B5 antara fakta dan teori dapat menyimpulkan Partisipan mengalami

penurunan nafsu makan juga dapat dilihat dari kerja pernapasan Partisipan 1 dan 2 lebih meningkat, pada partisipan 1 didapati RR 32x/mnt dan pada partisipan 2 didapati 25x/mnt.

Kesimpulan yang didapat dari pengkajian B5 semakin membesarnya organ hepar dan keadaan sesak klien dapat menyebabkan penurunan nafsu makan. Jadi pada penderita decompensasi cordis dapat masalah timbul resiko deficit nutrisi, meskipun ada anjuran untuk membatasi asupan yang masuk dalam tubuh.

Pengkajian B6 (Bone), Partisipan 1 dan Partisipan 2 mengalami edema pada bagian tubuh pasien. Kedua partisipan mengalami edema pada kedua kaki pasien. Partisipan 1 dan partisipan 2 mengalami edema dengan derajat yang berbeda. Pada partisipan 1 mengalami edema pada ekstermitas bawah/pada kaki dengan edema derajat II dimana kedalamannya 3-5 mm dengan waktu kembali 5 detik. Sedangkan pada partisipan I mengalami edema pada tangan pasien derajat II dengan kedalamannya 1-3 mm dengan waktu kembali 3 detik.

Kelebihan Edema dimulai dari tumit (edema dependen) dan secara bertambah ke atas tungkai dan paha dan akhirnya ke genitalia eksterna dan tubuh bagian bawah. Edema akral sering jarang terjadi pada pasien yang berbaring lama, karena daerah acral menjadi daerah yang dependen. Pitting edema yang akan tetap cekung bahkan setelah penekan ringan dengan ujung jari. Baru jelas terlihat setelah terjadi retensi cairan paling tidak sebanyak 4,5 kg, edema yang terjadi pada pasien disebabkan karena adanya perkembangan edema perifer pada pasien decompensasi cordis berhubungan dengan hipervolemia. Ketika jantung mulai gagal, perfusi ginjal turun. Ginjal merespon dengan meningkatkan produksi renin,

yang mengarah ke lebih banyak produksi aldosterone, yang mengakibatkan diikuti oleh retensi natrium dan air. (Mutaqqin, 2009; Smeltzer, 2012).

Berdasarkan hasil pengkajian B6 edema yang terjadi pada kedua pasien disebabkan karena adanya perkembangan edema perifer pada pasien decompensasi cordis berhubungan dengan hipervolemia. Ketika jantung mulai gagal, perfusi ginjal turun. Ginjal merespon dengan meningkatkan produksi renin, yang mengarah ke lebih banyak produksi aldosterone, yang mengakibatkan diikuti oleh retensi natrium dan air. Perbedaan derajat edema pada kedua pasien dapat disimpulkan berdasarkan banyaknya volume cairan yang tertimbun pada tubuh pasien yang dapat terlihat dari jumlah intake dan output pasien.

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Dari pengkajian didapatkan data pada Partisipan 1 mengalami sesak napas, mudah lelah saat aktivitas, BAK dengan dorongan, TD 170/103 mmHg, RR 32 x/menit, N 70x/menit, SpO₂ 95% RBM 8 LPM CRT lebih dari 2detik, Pitting oedem 4 detik pada kaki, retraksi interkoste, distensi vena jugularis, Kalium 3,5 mmol/L, BUN 31 mg/dl, serum kreatinin 2,7 mg/dl. sedangkan partisipan 2 pasien sesak napas, badan lemas, tidak bisa BAK, TD 160/90 mmHg, N 114x/menit, RR 25 x/menit, SpO₂ 98% nasal 4 LPM, Pitting oedem 2 detik pada kaki, BUN 25, serum kreatinin 1,7. Hipervolemia yang dialami Partisipan 1 dan 2 berhubungan dengan peningkatan retensi Na⁺ dan H₂O akibat dari adanya aktivasi RAA.

Hipervolemia yang terjadi pada kedua partisipan, keadaan dimana adanya kelainan fungsional jantung salah satunya yaitu pada disfungsi sistol, yang terjadi jika ventrikel kiri tidak dapat memompa cukup darah keluar dari sistemik

selama sistol dan terjadi penurunan fraksi ejeksi. Kegagalan ventrikel kiri memompa darah keluar menyebabkan tekanan tinggi pada bantalan kapiler disekitar alveoli yang menyebabkan cairan bocor ke alveolus. Kelebihan volume cairan juga disebabkan adanya penurunan perfusi ginjal dengan meningkatkan produksi renin, yang mengarah ke lebih banyak produksi aldosterone, yang akibatnya diikuti oleh retensi natrium dan air. Asupan natrium berlebih dapat meningkatkan retensi cairan dan menimbulkan gejala kongesti (Evans, 2017).

Hipervolemia pada Partisipan 1 dan 2 juga diakibatkan karena adanya kelebihan cairan di system vascular, disebut juga sebagai hipervolemi, atau di ruang interstitial, yang biasanya disebut sebagai pergeseran cairan ke ruang ketiga. Air dan natrium yang diretensi berada dalam proporsi yang sama dengan proporsinya di ruang cairan ekstraseluler (CES) lain.

Menurut SDKI (2017) batasan karakteristik hipervolemia adalah batasan mayor (harus ada) yaitu Ortopnea, dipsnea, Paroxymal nocturnal dyspnea (PND), edema anarsake dan atau edema perifer, berat badan meningkat dalam waktu singkat, Jugular Venous Pressure (JVP), Reflek hepatojular positif, sedangkan batasan minor yaitu distensi vena jugularis, terdengar suara napas tambahan, hepatomegaly, kadar Hb/Ht turun, oliguria, intake lebih banyak dari pada ouput, kongesti paru.

Hasil pengkajian dari data subjektif dan data objektif digunakan untuk menentukan diagnosa, klien mengalami hipervolemia berhubungan dengan penurunan ekskresi Na^+ dan H_2O dalam urin. Aktivasi system renin-angiotensin-aldosteron menghasilkan vasokonstriksi tambahan dan menstimulasi korteks

adrenal untuk menghasilkan aldosterone dan hipofisis posterior untuk melepaskan hormone antideuretik (ADH) dimana aldosterone menstimulasi reabsorpsi natrium pada tubulus ginjal, meningkatkan retensi air.

4.2.3 Rencana Keperawatan

Pada tabel 4.8 Dan 4.9 perencanaan keperawatan merupakan intervensi yang harus dilakukan dalam mengatasi permasalahan yang muncul. Pada tahap ini peneliti membuat rencana tindakan keperawatan sesuai dengan teori. Dalam tujuan intervensi adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3-4x24jam diharapkan pasien menunjukkan keseimbangan cairan meningkat. Dengan kriteria hasil : Haluaran urin meningkat, Edema menurun, Tekanan darah membaik, Denyut nadi radial membaik, Tekanan arteri rata – rata membaik, Turgor kulit membaik.

Menurut peneliti berdasarkan ulasan intervensi yang akan diberikan kepada klien 1 dan klien 2. Kedua klien mendapatkan intervensi yang sama dengan teori. Hal ini menunjukkan bahwa intervensi yang diberikan oleh penulis sudah sesuai dengan teori yang ada, namun tidak semua intervensi dapat dilakukan karena harus melihat kondisi yang ada di lapangan. Diberikan intervensi pertama memonitor intake dan ouput untuk mengetahui balance cairan segai patokan pembatasan cairan pada pasien hypervolemia. Intervensi yang kedua yaitu pengukuran berat badan setiap hari guna menegtahui efektifitas pemberian intervensi mengurangi gejala hypervolemia, tetapi intervensi ini tidak bisa diterapkan di lapangan karena tempat penimbangan berat badan jaraknya cukup jauh dengan tempat tidur jika klien dilakukan intervensi ini maka klien akan

menambah aktivitas klien yang berimbas pada peningkatan kerja jantung yang dapat memperparah keadaan penurunan curah jantung pada pasien decompensasi cordis. Intervensi yang ketiga adalah memonitor hemmokonsentrasi seperti BUN, kreatinin, natrium dalam tubuh untuk mengetahui fungsi ginjal, karena pada kasus hypervolemia fungsi ginjal juga sangat mempengaruhi proses perbaikan kondisi maupun sebaliknya. Intervensi keempat yg diberikan memonitor kecepatan infus, pembatasan cairan pada pasien hipervolemi sangat penting dilakukan untuk menghindari retensi cairan berlebih dalam tubuh pembatasan dengan 500cc per hari atau 7 TPM. Intervensi kelima dilakukan membatasi asupan cairan dan garam, bukan hanya infus yang dibatasi tetapi asupan cairan dan garam pada pasien hipervolemi karena dapat memperparah kondisi kelebihan volume cairan, pembatasan asupan dilihat dari erhingan balnce cairan ditambah hasi 50% x balnce cairan. Intervensi keenam meninggikan kepala 30 – 45 derajat guna menghindari klien sesak karena pada posisi semifowler cairan pada paru dapat turun mengikuti gaya gravitasi dan pasien dapat beritirahat tidur karena posisinya setengah duduk. Intervensi ketujuh dilakukan pemberian pispot disamping tempat tidur pasien, tetapi jika pasien berkenan aka nada pemasangan selang cateter untuk menghindari usaha mengejan saat berkemih akan terhindar dari ransang vagal dan takikardi. Intervensi kedelapan diajarkan cara mengukur intake dan output untuk memudahkan perawat memonitor jumlah cairan intake dan output. Intervensi kesembilan membatasi aktivitas dan memberikan lingkungan yang nyaman untuk meminimalkan kerja jantung. Intervensi kesepuluh yaitu dengan berkolaborasi dengan medis dengan pemberian deuritik untuk meningkatkan ekresi

garam dan oleh ginjal sehingga dapat mengurangi kongesti atau edema dalam tubuh. Intervensi kesebelas adalah dengan pemberian kolaborasi dengan pemberian kalium guna menggantikan kalium yang hilang akibat pemberian deuritik secara berlebihan. Intervensi keduabelas pemberian edukasi tentang diitjantung yang baik agar pasien dapat hidup sehat dan menghindari beban kerja jantung.

Intervensi yang diberikan membuahkan hasil pada participant 1 setelah di beri asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam tanda – tanda hypervolemia mulai turun, sangat signifikan pada hari kedua perawatan edema klien mulai mnurun TD membaik, nadi membaik banlce cairan negative. Pada participant 2 setelah dirawat 4 x 24 jam tanda – tanda hypervolemia mulai turun. Hal ini terjadi karean pada prawatan hari pertama dan kedua klien tidak bisa kencing sama sekalidan tidak mau dipasang cateter. Baru pada hari perawatan ketiga pasien bisa kencing. Dan itu mebuat semua tanda - tada hypervolemia juga ikut membaik.

Hal ini menunjukkan bahwa intervensi keperawatan pada partisipan 1 dan partisipan 2 tidak ada kesenjangan antara teori dengan fakta. Hanya saja ada intervensi ketiga tidak bisa diterapkan karena jarak timbangan badan dan bed pasien jauh, krena hal tersebut dapat meningatan aktivitas dan beban kerja jantung jika pasien berjalan terlalu jauh dari tempat tidur. Dan juga yaang ditemukan dilapanga adalan intervensi dari dokter berupa pemantauan EKG untuk memntau kondisi jantung. Selain itu karena pemantauan BB tidak dapat dilakukan maka peneliti mengubah intervensi menjadi pemantauan derajat edema.

4.2.4 Implementasi

Implementasi dilakukan selama 3 hari berturut berdasarkan rencana keperawatan yang telah direncanakan. Pada hari ke 1, Partisipan 1 dan Partisipan 2 mendapatkan tindakan perawatan yang sama sebanyak 12 tindakan keperawatan berdasarkan rencana keperawatan, yaitu pemeriksaan tanda-tanda vital, memberikan oksigen, observasi balance cairan, memberikan pasien posisi semifowler, melakukan terapi injeksi vena, terapi dieretik, observasi hasil laboratorium, diet rendah garam, dan pemberian HE tentang pembatasan natrium dan air. Intervensi yang diberikan pada Partisipan 1 dan Partisipan 2 diberikan menurut tanda dan gejala yang dirasakan oleh kedua partisipan.

Partisipan 1 dan Partisipan 2 memiliki keluhan yang sama yaitu sesak napas. Partisipan 1 dengan RR 32x/menit dan disertai dengan adanya retraksi intercoste sedangkan Partisipan 2 dengan RR 25x/menit. Pemberian alat bantu pernapasan masker RBM 8 LPM pada patisipan 1 dan nasal kanul 4 Lpm pada partisipan 2 dengan tujuan untuk meningkatkan tekanan oksigen dalam arteri, dengan demikian dapat mengurangi terjadinya dyspnea dan kelelahan. Berdasarkan fakta dan teori yang ada, peneliti menyimpulkan pemberian alat bantu pernapasan yang diberikan kepada kedua Partisipan sangat membantu Partisipan dalam pemenuhan oksigen dalam tubuh. Sehingga kedua Partisipan dapat istirahat dan tidak terganggu karena adanya sesak napas. Selain pemberian Oksigen, pasien juga dianjurkan untuk mempertahankan posisi semi fowler's. Posisi semi fowler's membuat oksigen di dalam paru-paru semakin meningkat sehingga memperingan kesukaran napas. Posisi ini akan mengurangi kerusakan membrane alveolus akibat

tertimbunnya cairan. Hal tersebut dipengaruhi oleh gaya gravitasi sehingga oksigen delivery menjadi optimal. Sesak napas akan berkurang dan akhirnya proses perbaikan kondisi klien lebih cepat.

Partisipan 1 dan Partisipan 2 guna membatasi cairan yang masuk dalam tubuh. Pada hasil pengkajian terdapat hasil bahwa Partisipan 1 dengan total intake 1250 cc/24 jam dan output 2750 cc/24 jam, sedangkan Partisipan 2 dengan intake 450 cc/24 jam dan output 600 cc/24 jam. Pelaksanaan tindakan keperawatan balance cairan yang dilakukan pada partisipan 1 dan 2 bertujuan untuk menghitung keseimbangan antara intake dan output cairan. Peneliti menyimpulkan bahwa mengukur input dan output pasien selain untuk menghitung keseimbangan cairan juga dapat digunakan untuk mengukur banyaknya cairan yang harus diberikan kepada pasien yang sesuai dengan kebutuhan tubuh.

Hasil pengkajian dari partisipan 1 dan 2 didapatkan hasil bahwa Partisipan 1 dan 2 mengalami edema. Partisipan 1 dan 2 mengalami edema pada kaki, hanya dibedakan derajat saja pada partisipan 1 didapat derajat II dan pada partisipan 2 didapat derajat I. Tindakan keperawatan dilakukan sama pada kedua partisipan dalam kolaborasi dengan dokter dalam pemberian Diuretik. Pada pasien decompensasi cordis ringan atau sedang, pemberian diuretic secara terus menerus dapat menghilangkan atau menurunkan kebutuhan pembatasan sodium secara ketat di dalam makanan meskipun makanan asin dan garam meja harus tetap dihindari. Diuretic menurunkan reabsorpsi sodium dan klorida di pertengahan pertama tubulus distal dan bagian kortikal asenden di lengkung henle, lalu air akan mengikuti garam yang tidak diserap. Pada terapi diuretic yang diberikan

pada kedua partisipan yaitu jenis Furosemid yang digunakan untuk kondisi pengobatan edema yang berhubungan dengan gagal jantung. Perbedaan dari pemberian diuretic dari kedua partisipan terdapat pada jumlah dosis. Partisipan 1 mendapatkan pump Furosemid 5 mg/jam dan pump ISDN 1mg/jam lebih banyak dari Partisipan 2 yaitu ISDN 1 mg/jam dan injeksi Furosemide 1x 1 ampul.. Ini disebabkan karena penumpukan cairan atau derajat edema pada Partisipan 1 lebih besar dari Partisipan 2. Ini disebabkan karena penumpukan cairan atau derajat edema pada Partisipan 1 lebih besar dari Partisipan 2. Peneliti juga berpendapat bahwa pemberian loop diuretic intravena seperti furosemide akan menyebabkan venodilatasi yang akan memperbaiki gejala walaupun belum ada diuresis. Loop diuretic juga meningkatkan produksi prostaglandin vasodilator renal. Efek ini dihambat oleh prostaglandin inhibitor seperti obat anti inflamasi nonsteroid, sehingga harus dihindari bila memungkinkan.

Partisipan 1 mengalami Hiperkalium dengan hasil laboratorium 5,6 mmol/L sehingga mendapatkan terapi obat kalitake. Partisipan 1 mendapatkan terapi obat tersebut dengan dosis 3x1 per hari sedangkan Partisipan 2 tidak mendapatkannya. Obat kalitake digunakan untuk seseorang yang mengalami hiperkalium dengan kadar kalium sebanyak 5mEq/L. Artinya seseorang yang menderita hiperkalemia menderita kadar kalium yang tinggi yang ada dalam darahnya. Kadar kalium pada Partisipan 1 yaitu 5,6 mmol/L. Pemberian HE (Health Education) tentang pembatasan natrium dan air. HE diberikan kepada Partisipan 1 dan 2 bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan tentang pembatasan natrium dan air yang dapat menimbulkan kelebihan volume cairan semakin berlebih dalam tubuh. Partisipan

1 dan 2 mendapatkan tindakan dalam pemberian diet rendah garam. Menurut teori disfungsi ventrikel pada gagal jantung berkaitan dengan penurunan aliran darah ke ginjal. Penurunan perfusi ginjal menyebabkan peningkatan aktivasi system simpatik dan RAA (Renin Angiotensin Aldosteron). Hal ini memicu reabsorpsi natrium dalam ginjal dan meningkatkan retensi cairan. Asupan natrium berlebih dapat meningkatkan retensi cairan dan menimbulkan gejala kongesti. Berdasarkan tindakan keperawatan yang diberikan pada Partisipan 1 dan 2, menurut peneliti pemberian tindakan keperawatan yang sama berguna untuk mencegah terjadinya gejala yang mempersulit pasien, dan juga partisipan 1 dan 2 memiliki keluhan, tanda, dan gejala memiliki banyak persamaan.

Pada hari kedua dalam rindakan keperawatan, partisipan 1 dan partisipan 2 tetap diberikan oksigen masker RBM 5 LPM pada patisipan 1 dan nasal kanul 3 Lpm pada partisipan 2, akan tetapi partisipan 1 dengan RR 24x/menit sehingga kadar oksigen sedikit diturunkan dan Partisipan 2 dengan RR 22x/menit. Pemberian alat bantu pernapasan masker kanul dengan tujuan untuk meningkatkan tekanan oksigen dalam arteri, dengan demikian dapat mengurangi terjadinya dyspnea dan kelelahan. Partisipan 1 tetap diberikan pump Furosemid 2,5 mg/jam karena berdasarkan hasil balance cairan intake didapatkan 500 cc sedangkan pada partisipan 2 diberikan injeksi Lasix 20 mg 1 ampul dalam dua kali sehari karena berdasarkan hasil balance cairan intake didapatkan 250 cc. Menurut peneliti perbedaan dalam pemberian dosis diuretic dilihat dari berapa persen kelebihan volume cairan dalam tubuh pasien, dan dilihat dari seberapa banyak intake pasien setelah dilakukannya balance cairan. Partisipan 1 tetap

mendapatkan terapi obat kalitake 5 gram. . Obat kalitake digunakan untuk seseorang yang mengalami hiperkalium dengan kadar kalium sebanyak 5mEq/L.

Implementasi yang komperhensif merupakan pengeluaran dan perwujudan dari rencana yang telah disusun pada tahap-tahap perencanaan dapat terealisasi dengan baik apabila berdasarkan hakekat masalah, jenis tindakan atau pelaksanaan bisa dikerjakan oleh perawat itu sendiri , kolaborasi semua tim/kesehatan lain dan rujukan dari profesi lain (Mubarak & Chayatin, 2012). Selain itu penelitian yang dilakukan(Lhing Lhing Meilisa; Dr. Indah Lestari, S.Kep, Ns.M.Kes; Enny Virda Y., S.Kep, 2019) menunjukkan bahwa rata – rata hari rawat pasien decompensasi cordis adalah 3 hari. Penyebab bertambahnya hari rawat terjadi karena pasien tidak kooperatif dalam menjalankan terapi seperti pada participant kedua tidak berkenan dipasang cateter dan masih makan – manakanan berlemak. Pemasangan cateter sangat penting disini karena untuk mempercepat proses ouput cairan, cateter juga dapat mengeuarkan sisa urin atau urin residu dalam bladder. Dampak tidak terpasangnya pada partsipant kedua adalah urin residu tidak bisa keluar dan akhirnya memnumpuk dan memperparah hipervolemia dan proses penyembuhannya. Selain itu pada partisipan kedua masih makan berlemak ini dapat memperparah kondisi diabetes dan decompensasi cordis partisipan. Karena semakin kentalnya darah maka kerja jantung dipaksa bekerja lebih keras, sedangkan jantung tidak berfungsi normal karena sudah mengalami gagal ventrikel. Maka dari itu retensi cairan semakin parah karena mekanisme kompensasi oleh ginjal untuk memnuhi perfusi ke organ vital.

Implementasi pada partisipan 1 dan partisipan 2 memiliki perbedaan yang terletak pada pemberian dosis untuk kolaborasi obat diuretic. Implementasi pemberian kolaborasi obat diuretic berupa obat Furosemid diberikan pada partisipan 1 dan partisipan 2.

Intervensi sudah di dapat diimplementasikan oleh penulis, namun pada hari ke 3 penulis menghentikan pemberian HE tentang batasi natrium dan air karena HE sudah mendapatkan umpan balik positif dimana kedua partisipan sudah memahami penjelasan dari penulis. Pada hari kedua, pemberian oksigenasi untuk partisipan 1 dihentikan respirasi dan SpO₂ sudah mendekati normal. Pada partisipan 2 obat diuretic berupa spironolactan di berikan selama 4 hari perawatan sedang pada partisipan 1 tidak mendapat obat spironolactan sampai hari ketiga tetapi pump furosemide sampai hari ketiga terus berjalan untuk mengatasi retensi cairan.

4.2.5 Evaluasi

Evaluasi dilakukan pada hari pertama sampai hari terakhir perawatan. Pada hari pertama partisipan 1 mengeluh sesak nafas dengan RR 32x/menit dan batuk, hari kedua mengeluh sesak sudah berkurang dengan RR 24x/menit disertai batuk tanpa sekret, hari ketiga mengatakan sudah tidak merasakan sesak dengan RR 20x/menit dan batuk berkurang dan bisa mengeluarkan sekret, tidak ada pitting oedem.

Pada hari pertama partisipan 2 mengeluh sesak nafas dengan RR 25x/menit dan badan terasa lemas, hari kedua mengatakan sesak sudah berkurang dengan RR 22x/menit badan masih terasa lemas, dan tidak nafsu makan dan masih belum bisa

kencing, hari ketiga mengatakan sesak sudah hilang dengan RR 20x/menit dan badan sudah tidak lemas kembali, bisa kencing 4 kali. Hari keempat perawatan sudah tidak mengeluh sesak dan bisa kencing 5 kali. Kedua pasien dalam tanda – tanda vital menunjukkan pgrges yang baik setiap harinya seperti TD dalam batas normal. Nadi menurun dari takikardi menjadi dalam batas normal dan tidak ada pitting oedeme. Hasil evaluasi yang ditunjukkan pasien telah memenuhi kriteria hasil dalam pencegahan kelebihan volume cairan.

Pemberian nasal kanul sangat efisien untuk mencegah keluha utama pada Partisipan 1 dan 2. Pemberian oksigen bertujuan untuk meningkatkan tekanan oksigen dalam arteri, dengan demikian dapat mengurangi terjadinya dyspnea dan kelelahan. Selain pemberian Oksigen, pasien juga dianjurkan untuk mempertahankan posisi semi fowler's. Peneliti menyimpulkan bahwa pemberian asuhan keperawatn selama 3 hari pada Partisipan 1 dan partisipan 2 dapat memberikan efek positif bagi perkembangan kesembuhan pasien.

Pada buku Muttaqin menjelaskan bahwa kriteria hasil pada pasien decompensasi cordis dengan masalah hypervolemia yaitu adanya keseimbangan cairan elektrolit dan biokimia, menunjukkan berat badan ideal, dan mampu mengidentifikasi dan mencegah factor yang dapat menyebabkan edema. Kedua pasien juga tidak menunjukkan tanda dan gejala mayor minor yang terdapat pada pasien decompensasi dengan masalh hipervolemia yaitu ortopnea, dipsnea, PND, edema ansarke dan atau edema perifer, berat badan meningkat dalam waktu singkat, Jugular Venous Pressure, reflek hepatojugular positif.

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan, apakah benar-benar terpenuhi sesuai dengan kebutuhan yang dikaji berupa catatan perkembangan pasien berdasarkan kriteria hasil dan tujuan asuhan keperawatan terhadap hipervolemia yang terjadi.

Hasil evaluasi pada partisipan 1 dan partisipan 2 terjadi pada hari terakhir perawatan dan masalah teratasi karena kedua partisipan sudah menunjukkan respon perbaikan dengan terlihatnya tanda- tanda sesuai kriteria hasil yang sudah di tetapkan pada intervensi. Pada partisipan 1 dan 2 sudah tidak mengeluh sesak napas kembali dan edema hilang atau berkurang.