

BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

A. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 08 April 2021 pukul 10.00 WITA diruang IGD Medik RSUP Sanglah Denpasar. Sumber data diperoleh dari kondisi pasien, status pasien, dan keluarga pasien.

1. Identitas pasien

Nama : Ny. KK

Umur : 76 Tahun, 3 Bulan, 27 Hari

Jenis Kelamin : Perempuan

Pekerjaan : Pensiunan

Agama : Hindu

Tanggal Masuk RS : 08 April 2021

Alasan Masuk : Pasien dengan keluhan sesak nafas dan lemas sejak 2 hari yang lalu dan sesak makin berat saat aktifitas berat, memiliki hipertensi dan penyakit jantung sejak 1 tahun yang lalu

Diagnosa Medis : CHF FC II

2. Initial survey:

A (*alertness*) : Sadar Penuh

V (*verbal*) : tidak ada

P (*pain*) : tidak ada

U (*unresponse*) : tidak ada

3. Triage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5

4. Survey primer

a. Airway

1) Keadaan jalan nafas

Tingkat kesadaran: sadar penuh, pernafasan: spontan, upaya bernafas: ada retraksi otot pernafasan, benda asing di jalan nafas: tidak ada, bunyi nafas: tidak ada suara nafas tambahan, hembusan nafas: normal

2) Diagnosis Keperawatan: Pola Nafas tidak efektif

3) Intervensi / Implementasi: Memberikan oksigen nasal canula 4 LPM

4) Evaluasi: SpO2 93%, Ganti ke Simple Mask 8 LPM -> Spo2 98%

b. Breathing

1) Fungsi pernafasan

Jenis Pernafasan: spontan, frekwensi pernafasan: 28 x/menit, retraksi otot bantu nafas: ada, dinding thoraks: simetris, tidak ada perlukaan, tidak ada jejas, hembusan nafas: normal, bunyi nafas: ronchi +/+, wheezing -/+

2) Diagnosis Keperawatan: Pola Nafas Tidak Efektif

3) Intervensi / Implementasi: Memberikan oksigen nasal canula 4 LPM

4) Evaluasi: SpO2 93%, Ganti ke Simple Mask 8 LPM -> Spo2 98%

c. Circulation

1) Keadaan sirkulasi

Tingkat kesadaran: sadar penuh, perdarahan (internal/eksternal): tidak ada kapilari refill: < 2 detik, tekanan darah: 120 / 70 mmHg, Nadi radial/carotis:

123 - 142 x/m irregular, akral perifer: hangat, suhu 36,2 derajat celsius, warna kulit: normal, saturasi oksigen: 98 % FM 8 LPM

- 2) Diagnosis Keperawatan: Penurunan curah jantung
- 3) Implementasi: Memberikan Oksigen FM 8 LPM, Monitoring SpO2
- 4) Evaluasi: Setelah diberikan oksigen SpO2 98%

d. Disability

- 1) Pemeriksaan Neurologis:

GCS : E4M6V5: 15, reflex fisiologis: ekstremitas atas +/+, ekstremitas bawah +/+, reflex patologis: tidak ada, kekuatan otot: ekstremitas atas +/+, ekstremitas bawah +/+

- 2) Diagnosis Keperawatan: tidak ada
- 3) Intervensi / Implementasi: tidak ada
- 4) Evaluasi: tidak ada

5. Pengkajian sekunder / survey sekunder

a. Riwayat kesehatan

- 1) Riwayat kesehatan dahulu: Keluarga pasien mengatakan, pasien mempunyai penyakit hipertensi, tidak memiliki penyakit Diabetes Mellitus, tidak pernah mengalami serangan jantung, dan sering kontrol di RS Surya Husada Denpasar.
- 2) Riwayat kesehatan sekarang: Menurut keluarga sejak 2 hari ini pasien mengeluhkan sesak nafas dan makin berat jika melakukan aktifitas yang berat
- 3) Riwayat kesehatan keluarga: Tidak ada

b. Riwayat dan mekanisme trauma: Tidak ada

c. Pemeriksaan fisik (*head to toe*)

1) Kepala

Kulit kepala normal, mata: Anemis -/-, Ikteris -/-, reflek pupil normal oedema palpebra tidak ada, telinga: normal, hidung: normal, mulut dan gigi: tonsil T1 / T1, pharing normal, lidah normal, mukosa bibir normal, wajah: normal, simetris

2) Leher: JVP 0 cmH₂O, pembesaran kelenjar tidak ada, kaku kuduk tidak ada

3) Dada/ thoraks, Paru-paru, Inspeksi: pergerakan dada simetris, Auskultasi: suara nafas vesikuler, ronchi +/+, wheezing -/+, Palpasi: normal, Perkusi: normal

4) Jantung: Inspeksi : normal, Auskultasi: S1 S2 tunggal, irreguler, tidak ada murmur, Palpasi: normal, Perkusi: normal

5) Abdomen: Inspeksi: tidak ada distensi, tidak ada mteorismus, Auskultasi: peristaltik normal, Palpasi: tidak ada acites, tidak ada nyeri tekan, hepar teraba, lien tidak teraba, Perkusi: normal

6) Pelvis: Inspeksi: normal, Palpasi: normal

7) Perineum dan rektum: tidak dikaji

8) Genitalia: tidak dikaji

9) Ekstremitas: Status sirkulasi: hangat, edema ekstremitas atas -/- bawah -/-
Keadaan injury: tidak ada injury

10) Neurologis: Fungsi sensorik: Ekstremitas atas +/+, Ekstremitas bawah +/+,
Fungsi motorik: Ekstremitas atas +/+ , Ekstremitas bawah +/+

6. Hasil laboratorium

Tabel 3 Hasil Pemeriksaan Laboratorium pada Ny.KK dengan Congestive Heart Failure di IGD RSUP Sanglah Denpasar 08 April 2021

Nama Pemeriksaan	Parameter	Hasil	Nilai Rujukan
Darah lengkap (DL)	WBC	9.04 10 ³ /μl	4.1 - 11.0
	NE%	72 %	47-80
	LY%	22.7 %	13-40
	MO%	5.1 %	2.0 - 11.0
	BA%	0.2 %	0.0 - 2.0
	NE#	6.51 10 ³ /μl	2.50 - 7.50
	LY#	2.05 10 ³ /μl	1.00 - 4.00
	MO#	0.46 10 ³ /μl	0.10 - 1.20
	EO#	0.00 10 ³ /μl	0.00 - 0.50
	BA#	0.02 10 ³ /μl	0.0 - 0.1
	MCH	30.30 pg	26.0 - 34.0
	MCHC	32.50 g/dl	31 - 36
	RDW	13.70 %	11.6 - 14.8
	PLT	117 10 ³ /μl	140 - 440
	MPV	12.90 fL	6.80 - 10.0
	NLR	3.17	<= 3.13
	RBC	4.13 10 ⁶ /μl	4.0 - 5.2
	HGB	12.50 g/dl	12.0 - 16.0
	HCT	38.50 %	36.0 - 46.0
	MCV	93.20 fL	80.0 - 100.0
SGOT	AST/SGOT	72.0 U/L	11.00 - 27.00
SGPT	ALT/SGPT	18.30 U/L	11.00 - 34.00
Gula darah sewaktu	GDS	106 mg/dl	70 - 140
BUN/Ureum	BUN	19 mg/dl	8.00 - 23.00
Creatinin	Creat	0.90 mg/dl	0.50 - 0.90
	e-LFG	62.11	>= 90
Kalium (K)	Kalium (K) -Serum	4.50 mmol/L	3.50 - 5.10
Natrium (Na)	Natrium (Na) - Serum	133 mmol/L	136 - 145
Analisa Gas Darah (AGD)	Na	134 mmol/L	136 - 145
	K	3.90 mmol/L	3.50 - 5.10
	pH	7.44	7.35 - 7.45
	pCO2	33.0 mmHg	35.00 - 45.00
	pO2	65 mmHg	80.00 - 100.00
	BE ecf	-1.8 mmol/L	-2 - 2
	HCO3-	22.40 mmol/L	22.00 - 26.00
	So2	93 %	95% - 100%
	TCO2	23.40 mmol/L	24.00 - 30.00

7. Hasil pemeriksaan diagnostik

- a. ECG 12 leads tanggal 08 April 2021 jam 06.58 : Interpretasi yaitu Atrial Rhythm, HR 123 - 142 bpm, Axis Normal, Fibrillation Wave, QRS < 120 ms, R/S V1 < 1, SV1 + RV5 < 35 ms, ST-T Change (-), Kesan AF RVR
- b. Thorax Xray tanggal 08/04/2021: Cardiomegali dan Pneumonia

8. Terapi dokter

- a. IVFD NaCl 0.9% 8 Tetes per menit
- b. Diet rendah garam
- c. Digoxin 0.5 mg Intravena Bolus
- d. Lisinopril 1 x 10 mg per oral
- e. Amlodipine 1 x 5 mg per oral
- f. Furosemide 40 mg intravena, kalau perlu dan jika pasien sesak
- g. Bisoprolol 1 x 2.5 mg per oral
- h. Warfarin 1 x 2 mg per oral
- i. Simvastatin 1 x 20 mg per oral
- j. Vit C 1000 mg Intravena setiap 24 jam

B. Analisa Data

1. Analisa data pertama

- a. Data subjektif: Pasien mengeluh sesak nafas sejak 2 hari yang lalu dan sesak makin berat saat aktifitas berat. Data Objektif: terdapat retraksi otot pernafasan, Ronchi +/+, Wheezing -/-, *respiratory rate*: 28 x/ menit, oksigen dengan nasal canula 4 liter per menit saturasi oksigen 93%, ganti simple face

mask 8 liter per menit saturasi oksigen 2 98%, electrocardiogram hasil AF RVR, Thorax Xray: Cardiomegali dan Pneumonia.

- b. Analisis: Beban ventrikel kanan meningkat → hipertrophy ventrikel kanan → penyempitan lumen ventrikel kanan → mendesak diaphragm → sesak nafas → pola nafas tidak efektif.
- c. Masalah keperawatan: pola nafas tidak efektif

2. Analisa data kedua

- a. Data subjektif: Pasien mengeluh sesak nafas dan lemas sejak 2 hari yang lalu.
Data objektif: pasien sadar penuh, *Capilery refill time* < 2 detik, tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 123 - 142 x/menit irregular, akral hangat, Ronchi +/+, Wheezing -/-, *Respiratory rate* 28x/ menit, oksigen dengan nasal canula 4 liter per menit saturasi oksigen 93%, ganti dengan simple face mask 8 liter per menit saturasi oksigen 98%, electrocardiogram hasil AF RVR, Thorax Xray: Cardiomegali dan Pneumonia.
- b. Analisis: Beban tekanan berlebihan → beban systole meningkat → kontraktilitas menurun → penurunan curah jantung
- c. Masalah keperawatan: penurunan curah jantung

C. Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan data yang didapatkan oleh penulis maka, penulis merumuskan masalah keperawatan yaitu:

- 1. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan depresi pusat pernafasan dibuktikan dengan pasien mengeluh sesak, pola nafas abnormal, *respiratory rate*: 28 x/ menit

2. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan frekuensi irama jantung dibuktikan dengan pasien mengeluh sesak, nadi 123 - 142 x/ menit dan irreguler

D. Rencana Keperawatan

Diagnosis keperawatan yang penulis prioritaskan adalah

1. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan depresi pusat pernafasan dibuktikan dengan pasien mengeluh sesak, pola nafas abnormal, *respiratory rate*: 28 x/ menit, tujuan yang dicapai adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 2 jam, pola nafas menjadi efektif dengan kriteria hasil yaitu pasien tidak mengalami dyspnea, tidak terjadi sianosis, nilai analisa gas darah dalam rentang normal (PH : 7,35-7,45., PO₂ : 80-100., PCO₂ : 35-45), saturasi oksigen 96-100%, *Respiratory Rate* 12-20 x/ menit, tidak menggunakan otot bantu pernafasan dengan intervensi keperawatan :

- a) Manajemen Jalan Napas

Observasi:

- 1) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)
- 2) Monitor bunyi napas tambahan

Terapeutik:

- 1) Pertahankan kepatenan jalan napas
- 2) Posisikan semi-fowler atau fowler
- 3) Berikan oksigen, jika perlu

Edukasi:

- 1) Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi

2) Ajarkan tehnik *purse lips breathing*

Kolaborasi: Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik

b) Pemantauan Respirasi

Observasi:

- 1) Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas
- 2) Palpasi kesimetrisan ekspansi paru
- 3) Monitor pola napas
- 4) Monitor saturasi oksigen
- 5) Monitor AGD
- 6) Monitor x-ray thoraks

Terapeutik:

- 1) Atur internal pemantau respirasi sesuai kondisi pasien
- 2) Dokumentasikan hasil pemantauan

Edukasi: Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan

2. Defisit Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan frekuensi irama jantung dibuktikan dengan pasien mengeluh sesak, nadi 123 - 142 x/ menit dan irreguler. Tujuan yang dicapai adalah Cardiac output adekuat setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam, dengan kriteria hasil yaitu tanda - tanda vital dalam batas normal, tekanan darah 120/70 mmHg, *Respiratory rate* 18 x/ menit, irama jantung dalam batas normal, tanda-tanda penurunan *cardiac out put* tidak ada (seperti akral hangat, tidak ada mual, muntah), urin output 0,5-1 cc/kgBB/ jam, dengan intervensi keperawatan perawatan jantung:

Observasi

- a) Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (dyspnea, kelelahan, edema, ortopnea, CVP)
- b) Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (peningkatan BB, hepatomegaly, distensi vena jugularis, palpitasi, ronchi basah, oliguria, batuk)
- c) Monitor tekanan darah
- d) Monitor intake dan output cairan
- e) Monitor saturasi oksigen
- f) Monitor keluhan nyeri dada
- g) Monitor EKG 12 sadapan
- h) Monitor nilai laboratorium jantung

Terapeutik

- a) Posisikan pasien semi fowler / fowler dengan kaki kebawah / posisi nyaman
- b) Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress
- c) Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen > 94%

Edukasi:

Anjurkan pasien untuk mengurangi kebiasaan merokok jika pasien memiliki kebiasaan merokok, jika pasien tidak ada kebiasaan merokok dan dikeluarga pasien ada yang merokok diharapkan pasien untuk menjauh dan tidak menjadi perokok pasif.

Kolaborasi:

Kolaborasi dengan dokter untuk menganjurkan pasien untuk rutin berkunjung ke dokter dan meminum obat antiaritmia (digoxin) yang dimiliki pasien.

E. Implementasi Keperawatan

Tabel 4 Implementasi Keperawatan pada Ny.KK dengan *Congestive Heart Failure* di IGD RSUP Sanglah Denpasar pada 08 April 2021

No Dx	Tgl / jam	Implementasi	Respon	Paraf
1	2	3	4	5
Observasi:				
1	08/4/21 10.00	- Memonitor frekwensi nadi, kekuatan nadi, frekwensi nafas, tekanan darah	DS: - DO: Nadi kuat, 132-142 x/menit, <i>Respiratory rate</i> 28x /menit, tekanan darah 120/70 mmHg	Irvan
1	08/4/21 10.05	- Memonitor status oksigenasi	DS: - DO: Saturasi oksigen 93% dengan nasal canula 4 liter per menit	Irvan
1	08/4/21 10.10	- Memonitor status cairan	DS: Pasien tidak haus dan tidak ingin kencing DO: Cairan Normal saline 0.9% 8 tetes per menit	Irvan
1	08/4/21 10.15	- Memonitor tingkat kesadaran dan respon pupil	DS:- DO: Pasien Sadar penuh, reflek pupil +/+	Irvan
2	08/4/21 11.00	- Mengkaji nadi perifer, turgor kulit, membran mukosa, kelembaban kulit, pengisian kapiler.	DS: - DO: Nadi perifer kuat, 132-142 x/menit, irreguler, turgor masih elastis, <i>Capillary Refill Time</i> <2 detik, mukosa bibir lembab	Irvan
2	08/4/21 11.40	- Memonitor efektivitas terapi oksigen, sebagaimana mestinya yang sudah dianjurkan oleh dokter jaga.	DS: Pasien tetap menggunakan masker oksigennya DO: Memberi tahu pasien untuk tetap menggunakan masker oksigen dan pasien mengangguk	Irvan
Terapeutik				
1	08/4/21 10.20	- Memberikan oksigen dengan simple face mask 8 liter per menit untuk mempertahankan saturasi oksigen	DS: Pasien merasa enakan setelah diganti oksigennya DO: Mengganti oksigen dengan simple face mask 8 liter per menit, saturasi oksigen menjadi 98%	Irvan
2	08/4/21 11.20	- Memberikan posisi kepala tempat tidur lebih tinggi yaitu dengan posisi <i>semi fowler</i>	DS: pasien merasa nyaman dengan posisi semi fowler DO: - Mengatur posisi bed dan kepala pasien jadi posisi	Irvan

1	2	3	4	5
			semi fowler - <i>Respiratory rate</i> 22x /menit - Saturasi oksigen 98% dengan simple face mask 8 liter per menit	
2	08/4/21 11.25	- Mengubah posisi secara periodik; mengajari pasien teknik <i>purse lips breathing</i>	DS: Pasien mempraktekkan teknik <i>Purse Lips Breathing</i> DO: - Mengajarkan pasien teknik <i>purse lips breathing</i> dan pasien mampu melakukannya dengan baik dan benar - <i>Respiratory rate</i> 22x/menit - Saturasi oksigen 98% dengan simple face mask 8 liter per menit	Irvan
2	08/4/21 11.30	- Mengecek dan mencatat adanya edema	DS: - DO: Edema pasien pada Ekstremitas atas -/-, ekstremitas bawah -/-	Irvan
		Edukasi:		
2	08/4/21 11.35	- Memberitahu pasien untuk menghindari aktivitas respon valsava yaitu memberitahu pasien supaya tidak mengejan	DS: Pasien mengganggu DO: Pasien paham mengenai tujuan tersebut	Irvan
2	08/4/21 11.50	Menedukasi pasien dan keluarga tentang tujuan perawatan dan bagaimana perkembangan yang bisa diukur	DS: Pasien dan keluarga pasien mengerti DO: Respon keluarga dan pasien sangat mendukung	Irvan

F. Evaluasi Keperawatan

1. Diagnosis keperawatan pertama

Hasil evaluasi pada tanggal 08 April 2021 pukul 12,00. Subjektif : pasien mengatakan setelah diberikan oksigen dan teknik *Purse Lips Breathing* nafasnya lebih enakan dan nafasnya menjadi teratur, Objektif: Setelah diberikan tindakan teknik *purse lips breathing* dan pemberian oksigen dengan face mask saturasi oksigen menjadi 98%, *Respiratory rate* 22x/menit, masalah keperawatan pola

nafas tidak efektif, *Planning* lanjutkan rencana asuhan keperawatan yang telah dibuat dengan kriteria hasil yaitu pasien tidak mengalami dyspnea, tidak terjadi sianosis, nilai analisis gas darah dalam rentang normal (PH : 7,35-7,45., PO2 : 80-100., PCO2 : 35-45), saturasi oksigen 96-100 %, *Respiratory rate* 12-20 x/ menit dan tidak menggunakan otot bantu pernapasan.

2. Diagnosis keperawatan kedua

Hasil evaluasi pada tanggal 08 April 2021 pukul 12.15. Subjektif: pasien mengatakan sesak nafas berkurang, tidak merasa pusing, tidak merasa mual dan pasien merasa lebih baik. Objektif: pasien nampak lebih tenang, tekanan darah 120/70, nadi: 120 x/menit irreguler, akral hangat, *Capillary Refill Time* < 2 detik, suhu 36,2 derajat celcius, masalah keperawatan penurunan curah jantung, *Planning*: lanjutkan rencana asuhan keperawatan dengan kriteria hasil yaitu tanda – tanda vital dalam batas normal, Tekanan darah 120/70 mmHg, *Respiratory rate* 18 x/mnt, Irama jantung dalam batas normal, tanda-tanda penurunan cardiac out put tidak ada, seperti : akral hangat, tidak ada mual, muntah.