

BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN

A. Pengkajian

1. Identitas

a. Identitas Pasien

Nama : Ny H
Umur : 56 Tahun
Agama : Kristen Protestan
Jenis Kelamin : Perempuan
Status : Cerai
Pendidikan : SMP
Pekerjaan : Pedagang
Suku Bangsa : Indonesia
Alamat : Jl. Letda Jaya SD No 26 Denpasar Link. Kayu
Mas kelod , Dangin Puri , Denpasar Timur.
Tanggal Masuk : 23 April 2021
Tanggal pengkajian : 24 April 2021
No. Register : 21013412
Diagnosa medis : ADHF profile B ec. CAD,Post STEMI Efusi
Pleura Bilateral, DM type 2, Pneumonia.

b. Identitas Penanggungjawab

Nama : NY GC
Umur : 38 Tahun
Hub.dengan Pasien : Anak

Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
Alamat : Jl. Letda Jaya SD No 26 Denpasar Link. Kayu
Mas kelod , Dangin Puri , Denpasar Timur.

2. Status kesehatan dan riwayat penyakit

a. Keluhan utama saat MRS

Pasien datang dengan keluhan sesak nafas sejak 1 hari sebelum MRS, pasien juga mengeluh tidak bisa tidur karena sesak. Sesak bertambah berat apabila pasien berbaring, tidur terlentang, berjalan ke toilet, bengkak pada daerah kedua kaki sejak 3 hari yang lalu. Pasien juga mengeluh lelah dan pusing.

b. Keluhan utama saat pengkajian

Pasien mengeluh sesak masih dirasakan, sesak bertambah berat bila tidur berbaring dan terlentang, nyeri dada tidak ada, bengkak pada kedua kaki masih ada. Cepat merasa lelah dan pusing bila beraktivitas, nafsu makan menurun, tampak distensi abdomen Pasien juga mengatakan karena kondisinya saat ini semua kebutuhannya seperti mandi, makan, BAB, BAK dibantu oleh keluarga dan petugas yang jaga.

c. Riwayat penyakit saat ini

Pasien mengatakan sering mengalami sesak . Sesak dirasakan saat beraktivitas seperti pergi ketiolet. Sesak dirasakan semakin berat bila pasien berbaring apalagi tidur terlentang, pasien juga mengatakan sering terbangun dimalam hari karena merasa tiba-tiba sesak ,kedua kaki bengkak, perut dirasakan membesar sejak 1 hari sebelum MRS, serta kelelahan dan pusing meski beraktivitas ringan. Pasien juga mengeluh batuk kadang disertai

dahak. Pasien riwayat minum lebih banyak sejak 2 hari sebelum MRS, riwayat kencing keluar sedikit kurang dari 400 cc/24 jam.

d. Riwayat penyakit sebelumnya

Pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit jantung sejak 1 tahun yang lalu dengan keluhan cepat lelah dan berdebar dan keringat dingin bila beraktivitas, sesak dirasakan kadang- kadang bila pasien berjalan jauh, oleh keluarga pasien diajak berobat ke RSUP Sanglah dan rutin mengkonsumsi obat- obat jantung (asetosal 1x80mg, Clopidogrel 1x75 mg, candesartan 1x8mg, Spironolakton 1x2,5 mg, Lansoprazol 1x30mg, lactulose 3x 15 mg, sukralfat 3x 15 mg). Riwayat dirawat di ruang IW PJT 10 hari yang lalu selama 1 minggu karena serangan jantung. Pasien mengatakan baru keluar dari Rumah sakit 2 hari yang lalu. Saat dirawat sebelumnya, pasien diberikan obat (dilakukan suksesfull fibrinolitik/streptokinase) . Setelah itu pasien membaik dan tidak ada keluhan. Setelah keluar dari rumah sakit pasien mengatakan minum sehari lebih dari 700cc, kencing sedikit kurang dari 400cc/hari. Kemudian pasien merasa sesak, perut dan kaki mulai membengkak, tidak bisa tidur berbaring dan bertambah berat bila terlentang. Penambahan Berat badan tidak diketahui karena pasien tidak mengukurnya. Riwayat DM sejak 10 th yang lalu dengan terapi Insulin aspart 3x5 unit, lantus 1x12 unit. Saat rawat inap sebelumnya ditemukan juga pleuropnemonia dengan terapi Azitromicin dan Ceftriaxon. Pasien control rutin ke poliklinik penyakit dalam, poliklinik jantung dan endokrin RSUP Sanglah.

e. Riwayat alergi

Pasien mengatakan tidak memiliki alergi obat ataupun makanan tertentu.

e. Riwayat penyakit keluarga

Pasien mengatakan dikeluarganya tidak ada yang menderita penyakit sepertinya. Namun ayah pasien memiliki riwayat hipertensi dan kencing manis.

3. Pengkajian data Bio- Psiko -Sosial-Spiritual

a. Respirasi : Pasien tampak sesak, jalan nafas paten, nafas spontan, obstruksi tidak ada, tampak penggunaan otot bantu pernafasan dan diafragma, frekwensi nafas 26x/mnt, pola nafas tidak teratur irama cepat dalam, jenis pernapasan dipsneu, tampak *orthopnea* saat pasien berbaring dan bertambah berat bila pasien tidur terlentang, Batuk kadang muncul disertai dahak, menggunakan oksigen 3 liter/menit dengan nasal canul. Terdengar suara ronchi di lapang paru, suara nafas vesikuler, wheezing ada, murmur tidak ada, SaO₂ 95%.

b. Sirkulasi : Nadi teraba lemah dengan frekuensi 78 x/mnt, tekanan darah 110/70 MmHg. Kulit tampak pucat, sianosis tidak ada, CRT kurang dari 2 detik, perdarahan tidak ada, turgor kulit tidak elastis, tampak odema di perut dan kedua tungkai, tampak peningkatan tekanan vena jugularis, pasien terpasang infus NaCl 0,9% 8 tetes/menit.

c. Pola makan dan cairan : Keluhan mual ada, nafsu makan menurun, Berat badan sebelumnya 40 kilogram, saat ini tidak ditimbang karena keadaan lemah, Tinggi badan 150 cm, frekuensi makan 3x/hari habis 1/4 porsi,

frekuensi minum 2 gelas perhari kurang lebih 400 cc. Riwayat minum air lebih dari 700cc/24 jam dari 2 hari sebelum MRS.

- d. Aktivitas dan istirahat: pasien tampak lelah, riwayat terbangun saat tidur dimalam hari karena sesak dirasakan sejak 2 hari sebelum MRS, sesak dirasakan memberat bila berbaring dan tidur terlentang, Semua kebutuhan sehari- hari seperti makan, mandi , berpakaian dibantu petugas ataupun keluarga. .
- e. Eliminasi :Terpasang dower catheter, warna urine jernih, produksi urine 1500cc/24 jam. Frekuensi BAB semenjak masuk rumah sakit tidak teratur. Riwayat keluar kencing kurang dari 400 cc/24 jam sebelum MRS.
- f. Neuorologi : Pasien sadar baik, komunikasi lancar.
- g. Interaksi sosial : aktifitas sosial berkurang semenjak sakit.
- h. Rasa aman : Pasien tampak gelisah, pasien mengatakan dukungan keluarga untuk penyembuhan sangat besar. Anak pasien selalu menunggu pasien di rumah sakit. Pasien rajin beribadah, walaupun sedang sakit pasien sering berdoa walaupun dari tempat tidur.

4. Pemeriksaan fisik (*head to toe*)

- a. Kepala dan wajah : Tidak ada kelainan, wajah tampak gelisah, pupil isokor, tidak tampak anemia, ukuran pupil 2 mm, tidak nampak pernafasan cuping hidung, telinga bersih, pendengaran normal.
- b. Leher : Tidak tampak pembengkakkan di kelenjar tiroid, tampak distensi vena jugularis.

- c. Dada : Simetris, pergerakan dada simetris, tampak retraksi otot – otot pernafasan , suara nafas vesikuler, terdengar ronchi dan wheezing di lapang paru, murmur tidak ada.
- d. Abdomen dan Pinggang : distensi abdomen (+), bising usus (+), nyeri tekan tidak ada, hepatomegaly tidak ada.
- e. Pelvis dan Perineum : Pasien terpasang dower catheter, perineum bersih.
- f. Ekstremitas : Tampak odema pada kedua tungkai, akral hangat, ROM normal, tampak pucat pada kedua telapak tangan, jari tabuh tidak ada.
- g. Pemeriksaan khusus jantung : tidak tampak adanya bekas luka operasi, tampak pembesaran vena jugularis, ictus cordis di ICS V, terdengar BJ 1 normal, BJ 2 normal, regular, murmur tidak ada, ekstra systole tidak ada.

5. Pemeriksaan Penunjang

- a. Pemeriksaan laboratorium

Tabel 3.1
Pemeriksaan Laboratorium Pasien Ny H Dengan Acute Decompensated Heart Failure Yang Mengalami masalah Penurunan Curah jantung di Ruang Intermediate PJT RSUP Sanglah Denpasar

Data	Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
Pemeriksaan darah lengkap	Hemoglobin Hematocrit Leukosit Trombosit	11,1 (gr/dL) 35,7 (%) 11,1 ($10^3/\mu\text{L}$) 492 ($10^3/\mu\text{L}$)	13,2 – 17,3 39,0 – 54,0 3,8 – 10,6 150 – 440
Pemeriksaan kimia darah	Glukosa BUN SC Albumin Na K APPT PPT INR	189 mg/dL 23,1mg/dL 1,0 mg/d 0,87g/dl 138 mg/dl 3,9mg/dl 28,8 14,2 1,00	74 – 106 8,00-23,00 0,57-1,11 3,5- 5,9 135-145 3,5-5 24-26 10,8-14,4 0,9-1,1
Pemeriksaan Analisa Gas darah	PH Po2 Pco2 Hco3 –	7,36 144 48 27.10	7,35- 7,45 80-100 35-45 22-26

So2	98	92-99
-----	----	-------

b. Pemeriksaan penunjang diagnostik

Pemeriksaan rontgen dada : Hasil pemeriksaan rontgen dada tampak aorta sclerosis, pleuropnemonia bilateral

EKG : Normal Sinus Ritme 78x/mt, OMI anterior

Echocardiogram : EF 35 %

6. Terapi

Tabel 3. 1

Terapi Pasien Ny H Dengan Acute Decompensated Heart Failure Yang Mengalami masalah Penurunan Curah jantung di Ruang Intermediate PJT RSUP Sanglah Denpasar

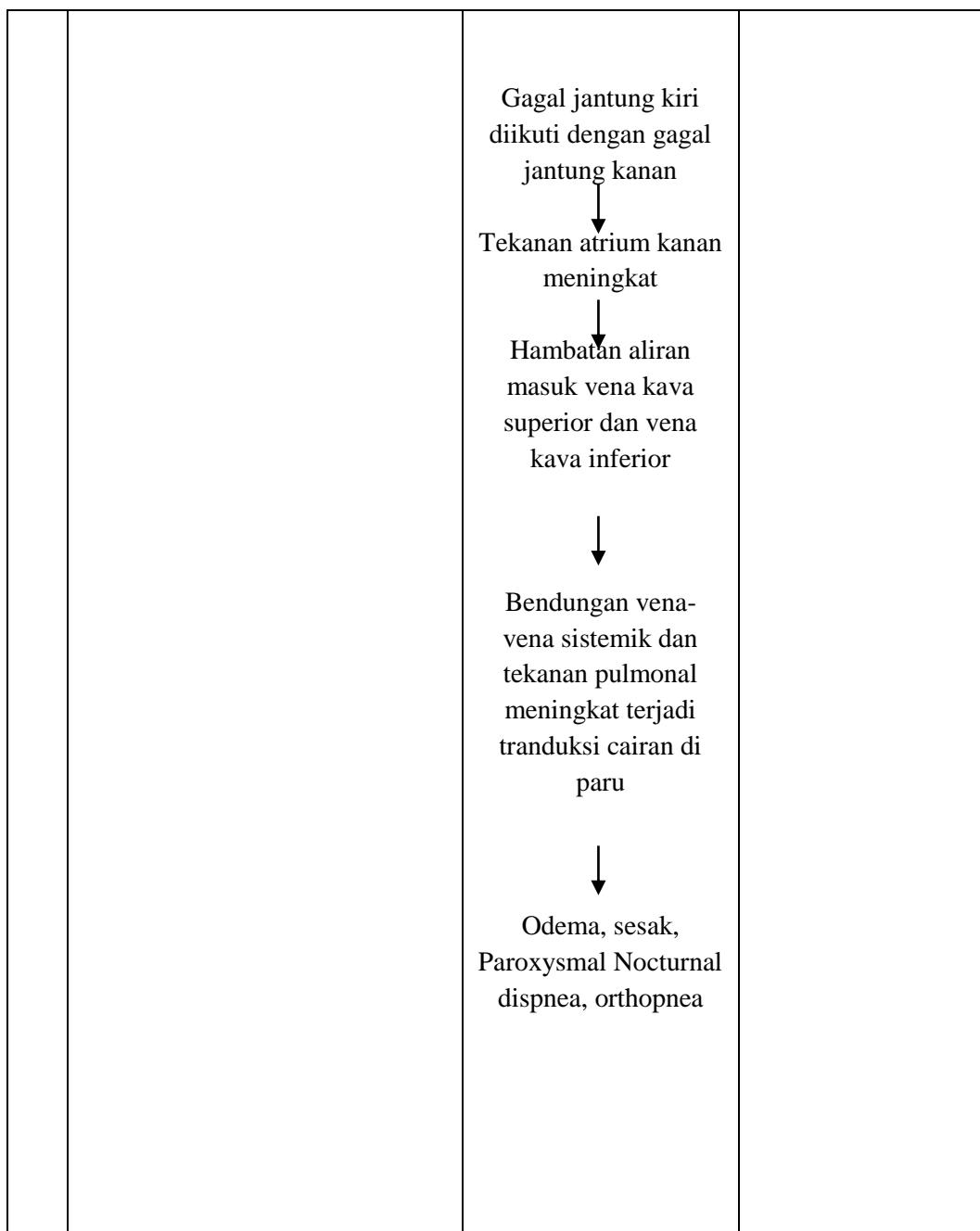
Hari/Tgl/Jam	Jenis terapi	Dosis	Rute	Fungsi
Kamis 22 April 2021	IVFD Nacl 0,9% Drip furosemide Asetosal Clopidogrel Candesartan Spironolacton Lansoprazol Laxadin Sukralfat	8 tetes/menit 5 mg/jam 80 mg/24 jam 75mg/24 jam 8 mg/24 jam 2,5 mg/24 jam jam 30mg/24 jam 15 ml/8jam 15ml/8jam	intravena intravena oral oral oral oral oral oral oral oral	Resusitsi cairan Deurisis

B. Diagnosa Keperawatan

Tabel 3. 2

Analisa Data Pasien Ny H Dengan Acute Decompensated Heart Failure Yang Mengalami masalah Penurunan Curah jantung di Ruang Intermediate PJT RSUP Sanglah Denpasar

No	Data Subyektif & Obyektif	Etiologi	Masalah
1	<p>DS: pasien mengatakan sesak nafas dan bertambah berat bila tidur berbaring dan terlentang , Pasien juga mengatakan cepat lelah dan pusing, riwayat terbangun saat tidur dimalam hari karena sesak dirasakan sejak 2 hari sebelum MRS,. Pasien juga mengeluh batuk kadang disertai dahak, riwayat kencing kurang dari 400 cc dari 2 hari sebelum mrs.</p> <p>DO:</p> <p>tampak penggunaan otot bantu pernafasan dan diafragma, frekwensi nafas 26x/mnt ,pola nafas tidak teratur irama cepat dalam,nadi teraba lemah, kulit tampak pucat, tampak <i>orthopnea</i> saat pasien berbaring dan bertambah berat bila pasien tidur terlentang, tampak distensi vena jugularis, odema di perut dan kedua tungkai, Batuk kadang muncul disertai dahak,tampak pembesaran vena jugularis, SaO₂ 95 %, EF 35 %, gambaran ekg OMI</p>	<p>Kelainan struktur atau fungsi jantung</p> <p>↓</p> <p>Jantung berkompenasi untuk memenuhi kebutuhan O₂ jaringan</p> <p>↓</p> <p>Jika kompensasi dipergunakan seluruhnya tetapi sirkulasi belum terpenuhi</p> <p>↓</p> <p>Kegagalan jantung terkompenasi</p> <p>↓</p> <p>penurunan kontraktilitas</p> <p>↓</p> <p>Tidak mampu mensuplai O₂ kejaringan</p> <p>↓</p> <p>Kelelahan, pucat,pusing.</p> <p>↓</p> <p>Penurunan kontraktilitas</p>	<p>Penurunan curah jantung</p>



Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan preload, afterload dan kontraktilitas yang ditandai dengan pasien mengatakan sesak nafas dan bertambah berat bila tidur berbaring dan terlentang ,Pasien juga mengatakan cepat lelah dan pusing, riwayat terbangun saat tidur dimalam hari karena sesak dirasakan sejak 2 hari sebelum MRS,. Pasien juga mengeluh batuk kadang

disertai dahak, riwayat kencing kurang dari 400 cc dari 2 hari sebelum mrs, tampak penggunaan otot bantu pernafasan dan diafragma, frekwensi nafas 26x/mnt, pola nafas tidak teratur irama cepat dalam, nadi teraba lemah, kulit tampak pucat, tampak *orthopnea* saat pasien berbaring dan bertambah berat bila pasien tidur terlentang, tampak distensi vena jugularis, odema di perut dan kedua tungkai, batuk kadang muncul disertai dahak, tampak pembesaran vena jugularis, SaO₂ 95 %, EF 35 %, gambaran ekg OMI

C. Perencanaan

Tabel 3. 4

Intervensi Keperawatan Pasien Ny H Dengan Acute Decompensated Heart Failure Yang Mengalami masalah Penurunan Curah jantung di Ruang Intermediate PJT RSUP Sanglah Denpasar

Tgl/jam	Standar Diagnosa	Standar Luaran	Standar Intervensi
24 april 2021	Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan preload, afterload dan kontraktilitas yang ditandai dengan pasien mengatakan sesak nafas dan bertambah berat bila tidur berbaring dan terlentang ,Pasien juga mengatakan cepat lelah dan pusing, riwayat terbangun saat tidur dimalam hari karena sesak dirasakan sejak 2 hari sebelum MRS,. Pasien juga mengeluh batuk kadang disertai dahak, riwayat kencing kurang dari 400 cc dari 2 hari sebelum mrs, tampak penggunaan otot bantu pernafasan dan	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka diharapkan curah jantung meningkat dengan kriteria: Ejection Fraction meningkat 1. Lelah menurun 2. Odema menurun 3. Distensi vena jugularis menurun 4. Dipsnea menurun 5. Oliguria menurun 6. Pucat menurun 7. Paroxysmal nocturnal dispnea menurun	<p>Perawatan jantung :</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi tanda /gejala primer penurunan curah jantung (dyspnea, kelelahan, odema, ortopnea) Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (distensi vena jugularis, ronchi, oliguria, batuk , kulit pucat) Monitor tekanan darah Monitor intake dan output cairan Monitor saturasi oksigen Monitor EKG 12 sedapan Monitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi) Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi

1	2	3	4
	<p>diafragma, frekwensi nafas 26x/mnt, pola nafas tidak teratur irama cepat dalam, nadi teraba lemah, kulit tampak pucat, tampak <i>orthopnea</i> saat pasien berbaring dan bertambah berat bila pasien tidur terlentang, tampak distensi vena jugularis, odema di perut dan kedua tungkai, batuk kadang muncul disertai dahak, tampak pembesaran vena jugularis, SaO₂ 95 %, EF 35 %, gambaran ekg OMI</p>	<p>8. Orthopnea menurun 9. Batuk menurun</p>	<p>sebelum dan sesudah pemberian obat 10. Posisikan pasien semi Fowler atau Fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman 11. Berikan diet jantung yang sesuai 12. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen > 94% 13. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi 14. Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap 15. Monitor kecepatan aliran oksigen 16. Monitor aliran oksigen secara periodic dan fraksi yang diberikan cukup 17. Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas atau tidur.</p>

D. Implementasi keperawatan

Tabel 3 .5

Implementasi Keperawatan Pasien Ny H Dengan Acute Decompensated Heart Failure Yang Mengalami masalah Penurunan Curah jantung di Ruang Intermediate PJT RSUP Sanglah Denpasar

Hari/Tgl/Jam	No Dx	Tindakan keperawatan	Evaluasi proses	TTD
Sabtu 24 April 2021 14.00 Wita	1	<p>Mengidentifikasi tanda /gejala primer penurunan curah jantung (dyspnea, kelelahan, odema, ortopnea)</p> <p>Mengidentifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (distensi vena jugularis, ronchi, oliguria, batuk , kulit pucat)</p> <p>Memonitor Vital sign</p> <p>Memonitor intake dan output cairan</p> <p>Memonitor EKG 12 sedapan</p>	<p>DS: Pasien mengatakan sesak masih dirasakan, lelah, sesak bertambah bila berbaring, tidur lebih nyaman dengan posisi setengah duduk.</p> <p>DO: Tampak sesak, penggunaan otot bantu pernafasan dan diafragma, distensi vena jugularis (+), ronci (+), batuk (+), kulit tampak pucat, luaran urine dengan dower catheter 150cc,</p> <p>DS: DO: TD : 110/70mmhg, HR : 78x/mt RR : 26x/mt, tampak retraksi otot bantu pernafasan (+), saturasi oksigen 95 %</p> <p>DS : Minum sedikit DO : Minum 50 cc, Urine keluar 150cc</p> <p>DS: DO :Tampak tidak ada aritmia, hasil ekg NSR, OMI</p>	Daryani

		Mengatur Posisi pasien semi Fowler Memonitor aliran oksigen	DS : Pasien mengatakan merasa lebih nyaman, sesak berkurang DO : Pasien tampak nyaman DS: DO: Aliran oksigen 3 lt/menit	
15.00 Wita		Mengobservasi intake dan output	DS:- DO: Pasien minum air 50 cc, terpasang dower catheter, produksi urine 150cc	
16.30 Wita		Menganjurkan pasien untuk beraktivitas secara bertahap	DS: Pasien mengatakan hanya bisa tidur saja DO: Pasien tampak berbaring dan belum mampu beraktivitas,pasien tampak lelah	
17.00 Wita		Mengobservasi tanda vital	DS : Sesak agak berkurang DO : TD : 110/60mmhg, HR : 74x/mt RR : 24x/mt Sao2 95%	
19.00 Wita		Memonitor drip Furosemid 5 Mengobservasi tetesan infus	DS: Sesak sedikit berkurang DO: Pasien tampak nyaman, penggunaan otot diafragma saat bernafas berkurang,kaki bengkak (+), Produksi urine (+) 100cc.	
Minggu 25 Pebruari 2021 08.00 Wita		Memperbaiki posisi Mempertahankan posisi <i>semi fowler</i>	DS: Pasien mengatakan nyaman dan mengatakan hanya bisa tidur dengan posisi setengah duduk DO: Pasien tampak nyaman, retraksi otot bantu nafas berkurang	

		<p>Memandikan pasien,membantu mengganti pakaian Membantu oral hygiene</p> <p>Mengobservasi Vital sign</p>	<p>DS : Pasien mengatakan merasa lebih nyaman DO: pasien tampak bersih</p> <p>DS: Pasien mengatakan sesak berkurang DO : TD : 110/70mmhg, HR : 70x/mt RR : 18x/mt Sao2 : 98%</p>	
10.00 Wita		<p>Memonitor drip Furosemid 5 mg/</p> <p>Mengobservasi tetesan infus</p>	<p>DS: Pasien mengatakan Sesak berkurang DO: Produksi urin 1500 cc per 24 jam, odema pada kaki tampak berkurang, suara ronchi (+) menurun, tetesan infus 8 tts/mt.</p>	
11.00 Wita		<p>Melatih pasien duduk di tempat tidur</p>	<p>DS: Pasien mengatakan mampu duduk dengan sandaran bed DO: Pasien diposisikan <i>semi fowler</i> dengan meninggikan bed, pasien tampak nyaman</p>	
12.00 Wita		<p>Menganjurkan pasien untuk membatasi minum</p>	<p>DS: Pasien mengatakan sudah mengurangi minum air DO: Pasien tampak paham dan kooperatif</p>	
Senin 26 April 2021 Pkl 08.00 Wita		<p>Memberi posisi nyaman</p>	<p>DS: Pasien mengatakan nyaman dengan posisi setengah duduk DO: Pasien tampak nyaman dengan posisi <i>semi fowler</i>, oksigen masih terpasang 2 lt/menit dengan nasal kanul, sesak berkurang</p>	

Pkl 09.30	Melatih aktivitas sesuai toleransi Mengobservasi Vital sign	DS: Pasien mengatakan badan masih terasa lemas, pasien hanya mampu duduk bersandar di tempat tidur DO: Pasien mampu memperbaiki posisi semi fowler dengan bantuan petugas, Pasien masih tampak sesak, RR :20x/mt , odema pada kedua tungkai (+). DS : Sesak sudah berkurang DO : Retraksi otot bantu pernafasan berkurang, TD : 110/74 mmhg, HR : 70x/mt RR : 18x/mt, Sao2 98 %	
Pkl 12.00 Pk. 14.00	Mengobservasi intake output Mengobservasi vital sign	DS: Pasien mengatakan sesak berkurang DO: RR : 20x/mt, Odema tungkai tampak berkurang, intake 700cc Output : 1800 cc/24 jam DS : Sesak berkurang,batuk jarang,lelah berkurang DO : Tidak tampak retraksi otot bantu pernafasan TD : 110/76x/mt RR : 18x/mt HR : 70x/mt, distensi vena jugularis tidak ada, Odema tungkai tampak berkurang, Sao2 98%, kulit pucat tidak ada, ortopnea berkurang.	

E. Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.6

Evaluasi Keperawatan Pasien Ny H Dengan Acute Decompensated Heart Failure
Yang Mengalami masalah Penurunan Curah jantung di Ruang Intermediate PJT
RSUP Sanglah Denpasar

No	Hari/Tgl/Jam	No Dx	Evaluasi	Ttd
1	Senin 26 Mei 2021 Pkl 14.00 Wita	1	S: Pasien mengatakan lelah berkurang, sesak berkurang, bengkak dikaki berkurang O: Sesak tampak berkurang, RR 18 x/menit, Sao2 98%, pasien mampu beraktivitas ringan di tempat tidur, oedema perut dan kaki berkurang, irama EKG NSR, OMI ,ortopnea menurun, batuk menurun,Tidak tampak distensi vena jugularis, nadi teraba kuat, kulit pucat menurun, EF tidak bisa dievaluasi karena belum dikerjakan echo ulang. A: Curah jantung meningkat P: Lanjutkan intervensi	