

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Bab ini membahas mengenai asuhan keperawatan pada Tn. S dengan diagnosis medis Gagal Jantung meliputi: 1) Pengkajian, 2) Diagnosis Keperawatan, 3) Intervensi Keperawatan, 4) Implementasi dan Evaluasi Keperawatan.

3.1 Pengkajian

3.1.1 Identitas Pasien

Pasien bernama Tn. P, dengan rekam medis 21XXX, berjenis kelamin laki – laki, berusia 76 tahun, berasal dari suku Jawa/ Indonesia, beragama islam, pendidikan terakhir SMA, bekerja sebagai pegawai swasta dan sudah menikah serta memiliki 4 anak dan 3 cucu, penanggung jawab biaya rumah sakit pribadi. Pasien datang di Instalasi Gawat Darurat RSPAL dr. Ramelan Surabaya pada tanggal 05 April 2021 pukul 13.20 WIB dengan diagnosis medis Gagal Jantung.

3.1.2 Primary Survey

Pada tanggal 05 April 2021 pukul 13.20 WIB pasien datang dengan mobil diantar oleh istrinya langsung ke Instalasi Gawat Darurat RSPAL dr. Ramelan Surabaya dengan menggunakan bed, kondisi saat datang pasien sesak dan lemas, akral teraba dingin dan pucat , CRT > 3 detik.

Hasil pemeriksaan di IGD keluhan utama pasien yaitu sesak dan lemas di sekujur badan, sesak dirasakan sejak semalam, terus menerus, dan memberat pagi hari, lidah terasa pahit sehingga tidak napsu makan, apabila pasien berjalan agak jauh mulai

ngos – ngosan, keluhan sesak berkurang jika pasien posisi duduk atau tidur dengan diberi ganjal bantal.

Riwayat penyakit dahulu, pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit hipertensi sejak 15 tahun yang lalu serta istri pasien juga mengatakan apabila pasien tidak memiliki riwayat alergi obat atau makanan. Hasil vital sign pasien didapatkan tekanan darah 171/100 mmHg, Nadi 121x/mnt, pernapasan 41x/mnt, suhu tubuh 36,7°C axila, SpO₂ 87% tanpa oksigen, tidak ada keluhan nyeri. Saat di IGD kondisi pasien lemas, kesadaran komposmentis serta kooperatif, GCS E: 4, V: 5, M: 6 total : 15, kategori triase P1 : merah, dengan klasifikasi kasus medik *emergency* non trauma.

Pemeriksaan *Airway* jalan napas pasien paten, tidak ada suara snoring atau gargling, *Breathing* didapatkan pergerakan simetris kanan dan kiri, irama pernapasan irreguler, terdapat tambahan suara napas ronchi, pasien diberikan terapi terpasang O₂ *High Flow Nasal Cannula* (HFNC) FiO₂ 100%, Flow 50 L/mnt SpO₂ 99%, *Circulation* didapatkan irama jantung irreguler, akral pucat dan dingin, reflek pupil terhadap cahaya baik +/+, tidak ada fraktur, paralisis terganggu pada bagian ekstermitas bawah.

3.1.3 Secondary Survey

1. B1 (Breathing)

Pada pengkajian objektif didapatkan pasien sesak dan ngos ngosan apabila berjalan agak jauh. Inspeksi : simetris kanan kiri, tidak ada retraksi dinding dada. Palpasi: fremitus simetris kanan kiri. Perkusi: sonor pada seluruh lapang paru. Auskultasi: suara napas vesikuler, rhonci (+), wheezing (-), krepitasi (-).

2. B2 (Blood)

Inspeksi: adanya keluhan kelemahan fisik. Palpasi: kecepatan denyut apical 121x/menit. Perkusi: batas jantung dalam batas normal. Auskultasi: bunyi jantung S1 S2 tunggal, takikardi, tekanan darah diatas normal 171/100 mmHg.

3. B3 (Brain)

Kesadaran composmetis, GCS: E 4, V 5, M 6 Total 15. Pada pengkajian objektif, klien tampak lemah, pasien mampu mencium bau bau, pasien mampu menggerakkan bola mata, pasien mampu merasakan rangsangan, pasien mampu mendengar, pasien mampu menelan makan dan minuman, pasien mampu menggerakkan kepala, kepala normal tidak ada benjolan, paralisis terganggu pada bagian ekstermitas bawah, tidak ada polip, konjungtiva tidak anemis, pupil isokor, reflek cahaya normal, seklera ikterik, telinga simetris tidak ada serumen tidak ada nyeri tekan pada telinga, bicara pelo, ditemukan Bell's Peli.

4. B4 (Bladder)

Kebersihan genetalia bersih, pasien terpasang folley cath no. 16 balon 12ml, produksi urine \pm 200cc, ekskresi lancar, tidak ada distensi kandung kemih, tidak ada nyeri tekan.

5. B5 (Bowel)

Inspeksi tidak ada lebam perut, tidak ada lesi pada lidah atau mulut, mulut cukup bersih, tidak ada gigi palsu, mukosa bibir kering, pola makan dirumah makan hanya 1x/hari dan minum 600ml, BAK 300ml, pasien tidak nafsu

makan, mual, BAB 1x/hari, tidak ada pembengkakan abdomen atau asites, tidak ada flatulens, tidak ada pembesaran hepar.

6. B6 (Bone)

Rambut berwarna hitam, kulit kepala tidak ada lesi warna kulit sawo matang, kuku bersih, turgor kulit menurun kendur. ROM mengalami lemah pada ekstermitas bawah karena lemas dan enggan bergerak, oedema di kedua tumit. Tidak ada kelainan pada tulang.

3.1.4 Pemeriksaan Penunjang

1. Laboratorium

Tabel 3.1 Hasil Pemeriksaan Laboratorium tanggal 05/04/2021

Parameter	Hasil	Nilai Rujukan
White Blood Cell	14.37 (H)	4.00 – 11.50 K/uL
Neutrophils	82,6 (H)	42.0 – 74.0 %
Lymphocytes	22.3	19.00 – 48.00 %
Monocytes	5.5	0.00 – 9.00 %
Eosinophiles	0.00	0.00 – 7.00 %
Basophils	0.01	0.00 – 1.00 %
Red Blood Cell	4.82	4.00 – 5.90 M/uL
Hemoglobin	10.4 (L)	12.0 – 17.00 g/dL
Hematocrit	40.3	35.0 – 51.0 %
MCV	83.7	78.0 – 100.0 fL
MCH	29.5	26.0 – 34.5 pg
MCHC	32.5	32.0 – 37.0 g/dL
RDW	16.3	0.0 – 17.0 %
Platelet	296	130 – 400 K/uL
MPV	9.7	0.00 – 99.90 fL
Lymphocytes Absolut	458	600 – 3400 cell/uL

Tabel 3.2 Hasil Pemeriksaan Kimia Klinik tanggal 05/04/2021

Parameter	Hasil	Nilai Rujukan
Glukosa Sewaktu	198 (H)	55 – 140 mg/dl
Creatinine	1.04	0.40 – 1.10 mg/dl
Chloride	105.7	95 – 106 mmol/l

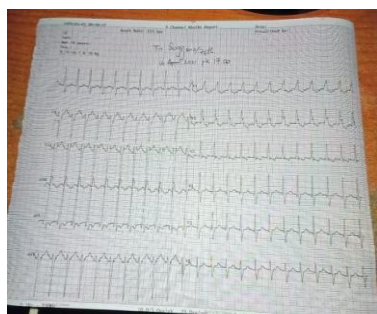
BUN	23	10 – 24 mg/dl
Kalium	1.4 (L)	3.00 – 5.00 mmol/L
Natrium	133.4	135 – 147 mmol/L

Tabel 3.3 Hasil Pemeriksaan Analisa Gas Darah tanggal 05/04/2021

Parameter	Hasil	Nilai Rujukan
pH	7.6	7,340 – 7,440
pO ₂	79	89 – 116 mmHg
HCO ₃	17.7	22 – 26 mmol/l
BE	-4.3	-2 - +2 mmol/l
pCO ₂	16.4	35 – 45 mmHg

Bacaan : Alkalosis Respiratorik

2. EKG



Gambar 3.1 Hasil EKG tanggal 05/04/2021

Ket : tanpa bacaan

3.1.5 Terapi Medis

Tabel 3.4 Daftar Terapi yang diberikan yaitu :

No	Obat yang diberikan	Dosis	Rute	Indikasi
1	Cairan infus NaCl 0,9%	500 cc / 14 tpm / 24 jam	IV	Diberikan pada pasien dengan kondisi sepsis, gagal ginjal, dan asidosis respiratorik yang bertujuan untuk mengembalikan cairan tubuh pasien yang hilang
2	Acetylcysteine	200 mg x 1	Tab	Melonggrakan paru – paru
3	Amlodipine	5 mg x 2	Tab	Menurunkan tekanan darah pasien
4	Furosemide	10 mg x 2	IV	Mengobati penumpukan cairan

Riwayat Pengobatan 1. Amlodipine 10 mg

3.2 Diagnosis Keperawatan

3.2.1 Analisis Data

Penulis mengelompokkan data dari hasil pengkajian kemudian dianalisa sehingga dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

Tabel 3.5 Analisa Data pada Tn. P dengan Diagnosa Medis Gagal Jantung di Ruang Instalasi Gawat Darurat RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

Data / Faktor Resiko	Etiologi	Masalah
Do : - Pasien tampak lemah Ds : - Keadaan umum pasien lemah - TD : 171/100 mmHg - Nadi : 121x/menit - Warna kulit pucat dingin CRT > 3 detik - Oedema di tumit kaki kanan dan kiri - Lab : kalium : 1,4 mmol/L (3.5 – 5 mmol/L), - Hasil EKG terlampir tanpa bacaan	Perubahan afterload	Penurunan Curah Jantung D. 0008 Kategori : Fisiologis Subkategori : Sirkulasi
Do : - Pasien mengeluh sesak Ds : - RR : 41x/mnt - SpO ₂ 99% dibantu O ₂ HFNC FiO ₂ 100%, Flow 50% - Pernapasan cuping hidung - Terdapat suara ronchi - Akral teraba dingin, pucat - Lab : pH 7.6 (7.34 – 7.44), pCO ₂ 16,4 (35 – 45 mmHg)	Ketidakseimbangan ventilasi – perfusi	Gangguan Pertukaran Gas D. 0003 Kategori : Fisiologi Subkategori : Respiratory
Do : - Pasien mengatakan lemas dan ngos – ngosan saat bergerak Ds : - Pasien tampak pucat - Pasien tampak lemah dan hanya berbaring	Kelemahan	Intoleransi Aktivitas D. 0056 Kategori : Fisiologis Subkategori : Aktivitas / Olahraga

3.3 Intervensi Keperawatan

Dari hasil analisa data penulis mengambil 3 prioritas masalah yang kemudian menyusun rencana keperawatan sebagai berikut :

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload (SDKI, 2017) D.0008

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2x30 menit curah jantung meningkat dengan kriteria hasil : Kekuatan nadi perifer memingkat, palpitasi menurun, takikardi menurun, lelah menurun, dispneu menurun, batuk menurun, tekanan darah membaik (SIKI, 2019).

Rencana tindakan keperawatan yang dilakukan : Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (dyspnea, kelelahan, edema, peninngkatan CVP), identifikasi tanda/gejala sekunder (palpitasi, ronchi basah, batuk, oliguria, kult pucat), monitor tekanan darah, monitor intake output, monitor saturasi oksigen, monitor nilai lanatorium (elektrolit), posisikan pasien semi fowler atau fowler atau posisi nyaman, berikan dukungan emosional dan spiritual, berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%, kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu (SLKI, 2019).

2. Gangguan pertkuan gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi – perfusi (SDKI, 2017) D. 0003

Setelah di lakukan asuhan keperawatan 2x24 jam membran alveolus kapiler dalam batas normal meningkat dengan kriteria hasil : Dispnea menurun, bunyi napas tambahan menurun, pusing menurung, gelisah menurun, nafas cuping hidung menurun, pH membaik rentang 7.34 – 7.44, pCO₂ membaik rentang 35 – 45 mmHg (SIKI, 2019).

Rencana tindakan keperawatan yang dilakukan : Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya nafas, monitor pola nafas (takipnea, bradipnea, hiperventilasi) , monitor kemampuan batuk efektif , monitor adanya sputum, monitor adanya hambatan napas (SLKI, 2019).

3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan (SDKI, 2017) D.0056





Tujuan : Setelah di lakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Toleransi Aktivitas Meningkat dengan kriteria hasil: Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari, keluhan lelah menurun, perasaan lemah menurun, frekuensi napas membaik (12-20x/menit) (SIKI, 2019).






Intervensi Keperawatan Manajemen Energi (SIKI 1.05178) Observasi : Monitor kelelahan fisik dan emosional, berikan aktivitas distraksi yang menenangkan, anjurkan tirah baring (SLKI, 2019).






3.4 Implementasi Keperawatan

Perencanaan asuhan keperawatan yang telah dibuat diimplementasikan pada pasien sesuai dengan kondisi pasien, kemudian sebelum dipindah keruang rawat inap dilakukan evaluasi

Tabel 3.6 Implementasi Keperawatan Tn. P dengan Gagal Jantung di Ruang Instalasi Gawat Darurat RSPAL dr. Ramelan Surabaya

No. DX	Hari / Tgl / Jam	Tindakan keperawatan dan kolaborasi	Paraf	Hari / Tgl / Jam	Evaluasi formatif SOAPIE / Catatan perkembangan	Paraf
1,2,3	Minggu, 05 april 2020 14.10	1. Melakukan pengkajian dan observasi kondisi pasien dan dan kronologi kejadian Hasil : Tn S mengatakan lemas dan ngos-ngosan saat melakukan aktifitas		Minggu, 05 april 2020 15.00	Dx. 1 Penurunan Curah Jantung S : pasien mengatakan masih lemas disekujur badan O : - TD : 171/100 mmHg - Nadi : 121x/menit - Warna kulit pucat dingin CRT > 3	
1,2,3		2. Melakukan observasi TTV Hasil TTV : Tensi :171/111mmHg				
2	14.20					




1		HR: 127 RR: 121x			detik	
1,2		Suhu 36,6			- Oedema di tumit kaki kanan dan kiri	
1		3. Memasang HFNC fio2 100% Flow 50L/mnt			A : Masalah belum teratasi	
2	14.30	Hasil :			P : Intervensi dihentikan, pasien pindah HCU	
2		Sesak berkurang SPO 98%, terpasang HFNC 100%				
2		Pasien terpasang infus, dan mendapat ISDN dengan pump, terpasang folly katater dengan produksi urin ± 200 cc warna kecoklatan.			Dx. 2 Gangguan Pertukaran Gas	
2		4. Memosisikan pasien semi fawler		15.55	S : Pasien mengatakan sesak berkurang	
3		5. Melakulan EKG			O :	
3		Hasil :			- RR : 40x/mnt	
1,2,3		Terlampir, tanpa bacaan			- SpO ₂ 99% dibantu O ₂ HFNC FiO ₂ 100%, Flow 50%	
1,2,3	14.43	6. Melakukan cek GDA stik			- Pernapasan cuping hidung	
	15.00	Hasil :			- Terdapat suara ronchi	
		198 mg/dL			- Akral teraba dingin, pucat	
		7. Memberikan injeksi furosemid 2 amp			A : Masalah belum teratasi	
					P : Intervensi dihentikan, pasien pindah HCU	

	<p>15.06</p> <p>15.18</p> <p>15.25</p> <p>15.45</p> <p>16.00</p> <p>17.12</p> <p>17.43</p>	<p>8. Memberikan ISDN 5mg/SL</p> <p>9. Memberikan ISDN pump 1 mg/jam</p> <p>10. Telah melakukan foto thorax oleh petugas radiologi Hasil :</p> <p>Belum datang, menyusul di ruangan</p> <p>11. Memonitor respirasi dan status o2 pasien</p> <p>12. Memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi</p> <p>13. Pasien pindah ruang HCU Hasil : dokter mengatakan untuk pasien di pindah rawat inap ruang HCU</p>	   	<p>16.10</p>	<p>dx. 3 Intoleransi Aktivitas</p> <p>S : pasien mengatakan masih lemas disekujur badan</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak pucat - Pasien tampak lemah dan hanya berbaring <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan, pasien pindah HCU</p>	
--	--	---	--	--------------	--	---

	18.00					
--	-------	--	--	--	--	--

3.5 Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.7 Evaluasi Keperawatan Tn. P dengan Gagal Jantung di Ruang Instalasi Gawat Darurat RSPAL dr. Ramelan Surabaya

Waktu	Masalah Keperawatan	SOAP	TTD
05/04/2021 18.10	Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload	<p>S : pasien mengatakan masih lemas disekujur badan</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 171/100 mmHg - Nadi : 121x/menit - Warna kulit pucat dingin CRT > 3 detik - Oedema di tumit kaki kanan dan kiri <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan, pasien pindah HCU</p>	
	Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi – perfusi	<p>S : Pasien mengatakan sesak berkurang</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - RR : 40x/mnt - SpO₂ 99% dibantu O₂ HFNC FiO₂ 100%, Flow 50% - Pernapasan cuping hidung - Terdapat suara ronchi - Akral teraba dingin, pucat <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan, pasien pindah HCU</p>	
	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan	<p>S : pasien mengatakan masih lemas disekujur badan</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak pucat 	

		<ul style="list-style-type: none">- Pasien tampak lemah dan hanya berbaring <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan, pasien pindah HCU</p>	
--	--	---	--

