

BAB III

LAPORAN KASUS

3.2 Hasil

3.2.1 Kondisi Lokasi Laporan Kasus

Di ruang rawat inap di RSUD SK Lerik Kota Kupang, kasus ini dilaporkan. rumah sakit milik pemerintah daerah yang menawarkan layanan kesehatan dasar hingga lanjutan, termasuk pembunuhan bedah. Ruang rawat inap ini merawat pasien dengan berbagai kondisi kesehatan, termasuk masalah jantung seperti penurunan curah jantung.

3.2.2 Karakteristik subjek laporan kasus

Di lokasi Ruang Garuda RSUD SK Lerik di Kota Kupang, pasien Ny. A.W mengeluh rasa tidak nyaman di area dada, jantung berdetak dengan cepat, dan tidat yang tidak nyaman terutama pada malam hari.

3.2.3 Hasil Laporan Kasus

1. Pengkajian keperawatan

Pada kasus ini, pengasuhan dimulai dengan pengkajian pembekuan dan evaluasi, seperti yang dijelaskan di bawah ini. Pengkajian dilakukan di RSUD SK Lerik di Kota Kupang pada tanggal 12 Januari 2026 pada pukul 13.45 wita. data yang dikumpulkan melalui observasi dan wawancara. Ini adalah data yang dikumpulkan dari penelitian.

2. Biodata

Nama	: Ny. A.W
Umur	: 61 Tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan
Status Perkawinan	: Menikah
Agama	: Kristen Protestan
Suku Bangsa	: Timor
Pendidikan Terakhir	: Sekolah Dasar
Alamat	: Sikumana
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga
Tanggal masuk RS	: 10-01-2-26 jam 00.35
Tanggal Pengkajian	: 12-01-2026 jam 01.45

3. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Ny. F
Umur : 45 Tahun
Pekerjaan : PNS
Agama : Kristen Protestan
Alamat : Maulafa
Hubungan : Anak

4. Riwayat Keperawatan

a) Riwayat kesehatan saat ini: Pasien tiba di RS dengan keluhan bahwa dada terasa tidak nyaman, yang tidak menjalar ke belakang kurang lebih satu jam sebelum masuk RS. Selain itu, sejak tanggal 31 Desember 2025, pasien sering mengalami berdebar dan tidak nyaman di dada, yang tidak membaik dengan istirahat.

1) Keluhan saat ini: Pasien menyatakan ketidaknyamanan, jantung berdebar, dan nyeri dada.

2) Keluhan kronologis:

a. Faktor pencetus: hipertensi dan rasa tidak nyaman di area dada

b. Timbulnya keluhan: sejak tanggal 31-12-2025

c. Sifat keluhan: Tidak Konsisten

d. Lokasi: didada

e. Keluhan tambahan yang terkait

b) Daftar keluhan sebelumnya

1. Riwayat Alergi sebelumnya: tidak ada

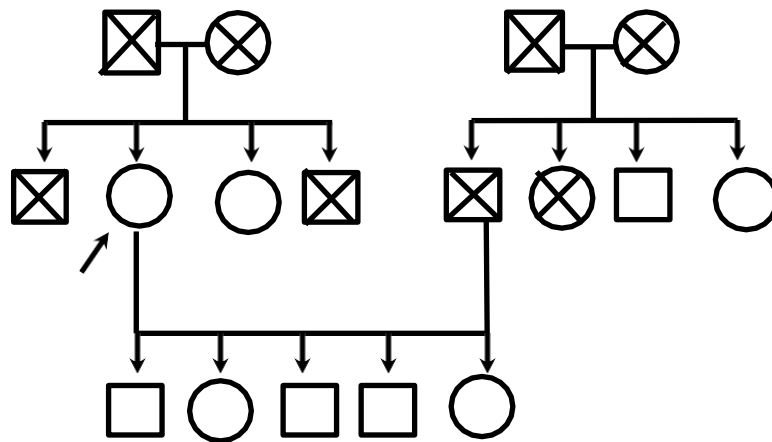
2. Riwayat kecelakaan sebelumnya: tidak ada

3. Riwayat operasi sebelumnya: tidak ada

4. Riwayat pemakaian obat: tidak ada

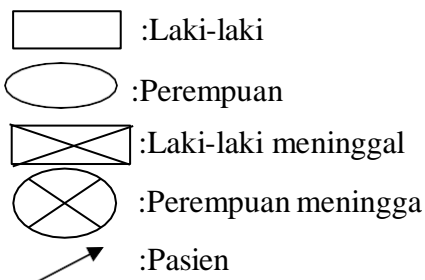
5. Riwayat merokok: tidak ada

c) Riwayat kesehatan keluarga: data genetik dan informasi



Gambar 3.1 Genogram Keluarga Ny. A. W

Keterangan :



c) Pengalaman sebelumnya: ada (hipertensi)

Cara mengatasi: pergi ke rumah sakit untuk berobat

d) Kehidupan pribadi, sosial, dan spiritual:

- 1) Adanya anggota keluarga yang terdekat: seperti anak dan cucu
- 2) Interaksi keluarga: baik
 - a. Metode komunikasi: baik
 - b. Perbuatan keputusan adalah: setuju
 - c. Kegiatan kemasyarakatan: tidak
- 3) Pola kebiasaan
 - a) Frekuensi makan: sedang
 - b) Nafsu makan: baik
 - c) Jumlah porsi makan yang dikonsumsi: 3x1 dengan porsi sedang
 - d) Makanan yang tidak disukai: tidak ada makanan yang tidak disukai.
 - e) Tidak ada makanan yang menyebabkan alergi

- f) Penggunaan obat: tidak ada
 - g) Tidak ada penggunaan sumber daya (Ngt, dll).
- 4) Pola Eliminasi:
- a. BAK:
 - 1 Frekuensi: 3x1
 - 2 Warna: kuning
 - 3 Keluhan Keluhan: tidak ada
 - 4 Tidak ada penggunaan Alat bantu
 - b. BAB:
 - 1) Frekuensi: 2x1
 - 2) Warna: coklat
 - 3) Bau: khas
 - 4) Waktu: pagi dan siang
 - 5) Konsistensi: padat
 - 6) Tidak ada keluhan
- 5) Rutinitas tidur dan istirahat:
- a. Tidur sebelum jam 21:00 malam
 - b. Bangun pukul 05:00 pagi
 - c. Tidur siang jam 13:00
 - d. Bangun sekitar pukul 16:00 sore
 - e. Apakah mudah dibangunkan: Ya (Jka ada kebisingan)

5. Pemeriksaan Fisik

1. Pemeriksaan Umum

- a. Keadaan Umum: baik
- b. Tingkat Kesadaran: Compos Mentis
- c. Skala Glasgow Coma (GCS): E4 V5 M6. Total: 15
- d. Berat Badan: 50 kg
- e. Tinggi Badan: 160 cm
- f. Tekanan Darah: 190/90 mmHg
- g. Nadi: 100x/Menit, tidak normal
- h. Frekuensi Nafas: 22x/Menit

- i. Suhu Tubuh: 36°C
 - j. SpO2: 99%
2. Sistem Penglihatan:
- a. Posisi Mata: Matanya simetris di kanan dan kiri.
 - b. Kelopak Mata: Tidak ada jaringan parut atau lesi.
 - c. Pergerakan Bola Mata: Bola mata kiri dan kanan bergerak dengan normal.
 - d. Konjungtiva: normal.
 - e. Kornea: normal, tidak ada katarak di mata kiri dan kanan.
 - f. Sklera: normal.
 - g. Murid: isokor, mata kiri dan kanan mampu menyerap cahaya dengan baik.
 - h. Otot Mata: Otot mata kiri dan kanan berfungsi dengan baik, dan dapat mengikuti pena perawat.
 - i. Fungsi Penglihatan: Penglihatan memiliki kemampuan yang baik.
 - j. Tanda Radang: Tidak ada gejala radang pada mata kanan dan kiri.
 - k. Penggunaan Kaca Mata: Pasien tidak menggunakan kacamata.
 - l. Penggunaan Lensa Kontak: Pasien tidak menggunakan lensa kontak.
 - m. Reaksi Terhadap Cahaya: pulpi mata kiri dan kanan mengecil saat diberi rangsangan cahaya.
3. Sistem Pendengaran
- a) Daun telinga: normal, simetris antara kanan dan kiri, tidak ada lesi
 - b) Kondisi telinga tengah: tidak ada tanda radang
 - c) Cairan dari telinga: pasien tidak mengeluarkan cairan dari telinga mereka
 - d) perasaan penuh di telinga di telinga: Tidak ada perasaan penuh di telinga pasien
 - e) tinnitus: Tidak ada gangguan tinnitus
 - f) fungsi pendengaran: Fungsi pendengaran pasien masih baik atau normal
 - g) gangguan keseimbangan: Tidak ada

h) pemakaian alat bantu: Pasien tidak menggunakan alat bantu pendengaran.

4. Sistem Pernafasan

- a. Jalan nafas: kesulitan bernapas saat berbaring
- b. Penggunaan otot bantu: Pasien tidak menggunakan otot bantu pernafasan
- c. Frekuensi: 20x/Menit
- d. Irama: normal
- e. Jenis Pernafasan: normal
- f. Batuk: Tidak ada
- g. Sputum: Sputum tidak ada
- h. Terdapat darah: Tidak ada perdarahan
- i. Suara nafas: vesikuler

5. Sistem Kardiovaskuler

a) Sirkulasi Perifer

1. frekuensi nadi: 100x/menit
2. irama: Ireguler Ireguler
3. Distensi Vena Jugularis
4. Kanan Tidak ada
5. Kiri : Tidak ada
6. Temperature Kulit: 36,8°C
7. Warna Kulit: sawo matang
8. Edema: Tidak ada
9. Capillary Refill Time (CRT): kembali <3 detik

b) Sirkulasi Jantung

1. Irama : Reguler/teratur
2. Sakit Dada: tidak ada

6. Sistem Hematologi

a. Gangguan Hematologi

1. Pucat : Pasien tidak pucat
2. Perdarahan Tidak ada perdarahan pada pasien

7. Sistem Saraf Pusat

- a. Keluhan Sakit Kepala: Pasien mengatakan tidak ada keluhan sakit kepala
- b. Tanda-tanda peningkatan TIK: Tidak ada
- c. Gangguan sistem persarafan: Tidak ada
- d. Pemeriksaan reflek
 - 1) Reflek fisiologis: Normal atau Baik
 - 2) Reflek patologis: Normal atau Baik

8. Sistem pencernaan

- a. keadaan mulut
 - 1) Gigi: Lengkap
 - 2) Gigi palsu: Pasien tidak menggunakan gigi palsu
 - 3) Stomatitis: Pasien tidak mengalami stomatitis
- b. Mukosa Bibir: Mukosa bibir pasien lembab
- c. Anus: tidak ada nyeri
- d. Konsistensi feses: padat
- e. Konstipasi :Tidak ada
- f. Hepar dan limpa limpa: Tidak teraba
- g. Abdomen
 - 1) Inspeksi: Menunjukkan bahwa tidak ada bekas operasi, simetris.
 - 2) Palpasi: Menunjukkan bahwa tidak ada nyeri tekan, dan tidak ada pembesaran hepar.
 - 3) Mendengarkan bising usus normal 12 x/menit.
 - 4) Perkusi : Timpani

9. Sistem Endokrin

- a. Pembesaran kelenjar tiroid: Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid
- b. Berbau keton pada napas: Napas pasien tidak bau keton
- c. Luka gangren gangren: Tidak ada luka gangren

10. Sistem urogenital

- a. Pola kemih yang tidak berbau: Tidak ada perubahan dalam pola kemih

BAK: 3 kali

Wama: kuning

b. Distensi atau ketegangan

kandung kemih: kandungan kemih tidak tertular tegang.

c. Keluhan sakit pinggang: Tidak ada keluhan di area pinggang

11. Sistem integumen

a. Turgor kulit: normal

b. Warna: Sawo matang

c. Kondisi kulit: Lembab dan berkeringat.

1) Tidak ada luka, tidak ada insisi operasi, dan kondisi baik.

2) Tidak ada gatal-gatal

3) Tidak ada kelainan warna

4) Tidak ada dekubitus di tempatnya.

d. Kelainan kulit: Tidak ada

e. Kondisi kulit daerah: Baik atau Tidak ada kelainan kulit lainnya

12. Sistem muskuloskeletal

a. Kesulitan dalam pergerakan: Tidak ada masalah

b. sakit tulang, sendi dan kulit: terkadang lutut terasa nyeri

c. Tidak ada Fraktur

d. Lokasi: Tidak ada

e. Kondisi: Tidak ada

f. Tonus otot: tidak ada

g. kekuatan otot: tidak ada

$$\begin{array}{r|l} 5 & 5 \\ \hline 5 & 5 \end{array}$$

Gambar 3.2. Pengukuran kekuatan otot

13. Ekstremitas Ekstremitas

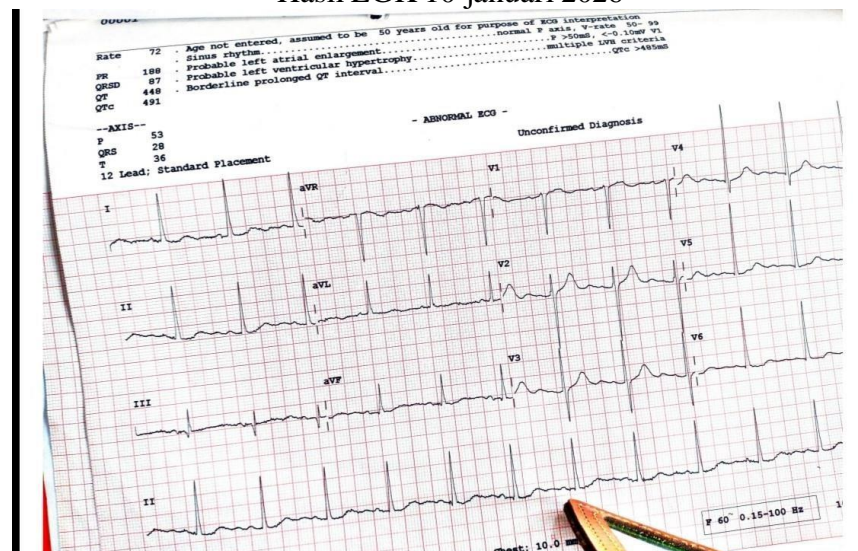
a. Atas: Baik, terpasang infus pamp Nacl 0,9% + kcl 25 mlg/10 tpm dibagian tangan kiri.

14. Data penunjang

Tabel 3.1 :Hasil pemeriksaan data lengkap Laboratorium 11-01-2026

Jenis pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Referensi
Uraian Test			
Urine Lengkap		-	-
Waena Urin	Kuning Mudah	-	Kuning
Kejernihan	Jernih	-	Jelas
Berat Bersih	1.010	-	1.005-1.030
PH	6.0	-	5.0-8.0
Bilirubin	Negatif	-	Negatif
Leukosit	Negatif	-	Negatif
Blood	Negatif	-	Negatif
Protein	Trace (+)		Negatif
Urobilinogen	0.2	Mg/ul	0-0.2
Keton	Negatif	-	Negatif
Nitrit	Negatif	-	Negatif
Glukosa	Negatif	-	Negatif
Sedimen Urine			
Sedimen (Leukosit)	0-3	Sel/Lpb	0-5 Sel
Eritrosit	0-1	Sel /Lpb	0-3 Sel
Epitel	0-3	Sel/Lpk	0-5 Sel
Kristal	Negatif		Negatif
Bakteri	Positif (+)		Negatif
Parasit	Negatif		Negatif
Silinder (Sedimen)	S.Granula (+)		Negatif
Lain –Lain	Negatif		Negatif

Hasil EGK 10 januari 2026



Tabel 3.2: Penatalaksanaan (pemberian terapi obat) selama perawatan

Nama Obat	Cara Pemberian	Indikasi	Kontraindikasi
Cefotaxime	Intravena 2x1 gram	(IV) Mengatasi atau mencegah infeksi bakteri atau infeksi saluran pernafasan	Alergi terhadap antibiotik golongan sefalosporin/ β -laktam
Omeprazole	Intravena 1x40 gram	(IV) Omeprazole digunakan untuk pengobatan dan pencegahan yang berhubungan dengan asam lambung	Kontraindikasi omeprazole adalah pada individu yang mengalami hipersensitivitas terhadap omeprazole dan obat lain yang termasuk dalam golongan penghambat pompa proton
Antrain	Intravena 2x1 gram	(IV) Antrain digunakan untuk mengatasi nyeri sedang hingga nyeri berat dan juga untuk menurunkan demam tinggi	Gangguan fungsi hati atau ginjal, hipotesis atau kondisi stabil secara hemodinamik, dehidrasi lansia (lebih sensitif terhadap efek samping , menyesei metabolit dapat masuk ke ASI)
Candesartan	Intravena 1x16 gram	(IV) Candesartan digunakan untuk menurunkan tekanan darah tinggi pada orang dewasa dan gagal jantung.	Gaguna fungsi ginjal berat atau stenosis arteri renalis, hiperkalemia (kadar kalium tinggi), dan dehidrasi atau volume cairan rendah (misalnya karena diare munta, atau penggunaan deuretik)
Amlodipin	Intravena 1x10 gram	(IV) Menurunkan tekanan darah tinggi guna mencegah resiko stroke dan serangan jantung	Pasien yang memiliki riwayat alergi terhadap amlodipine atau obat golongan dihidropiridin.
Asam folat	Intravena 2x1 gram	(IV) Mengobati anemia megaloblastik akibat defisiensi asam folat	Hindari asam folat jika anemia disebabkan oleh kekurangan vitamin B12 (anemia, pernisiiosa) karena bias menutupi gejala anemia B12 dan memperburuk kerusakan saraf yang tidak terobati.

3.2.4 DiagnosaKeperawatan

Berdasarkan data tersebut, diagnosa keperawatan Ny.A.W adalah Penurunan curah jantung karena perubahan irama jantung.

Tabel 3.3: Analisa data pada Ny. A.W dengan masalah penurunan curah jantung

No	Data-Data	Etiologi	Masalah
1	<p>Data Subjektif :</p> <p>Pasien mengatakan rasa tidak nyaman di area dada, dan jantung berdebar-debar terasa kencang dan tidak nyaman terutama pada malam hari.</p> <p>Data Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien terlihat lemas 2. Pasien terlihat lelah 3. Pasien terlihat gelisah 4. Terpasang infus pamp: Nacl 0,9% + kcl 25 mlg/10 Tpm 5. TTV: TD:190/90 mmHg, N:100 x/menit, S: 36°C, RR: 22x/menit, SPO2: 99 % 6. Gambaran EKG : Abnormal: <u>unconfirmed diagnosis</u> 	<p>Penurunan curah jantung (D.0008)</p>	<p>Perubahan irama jantung</p>

3.2.5 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan untuk penurunan curah jantung akibat Hipertensi pada Ny. A.W disusun berdasarkan tabel sebagai berikut :

Tabel 3.4 : Intervensi keperawatan pada Ny A.W Dengan masalah penurunan curah jantung dengan diagnosa medis Hipertensi

No	Diagnose	Luaran	Intervensi
1	kurangnya perubahan irama jantung dibandingkan dengan jumlah detak jantung (D.0008)	Curah jantung (L.02008) Setelah tindakan keperawatan dilakukan selama 3x24 jam, diharapkan curah jantung akan meningkat sesuai dengan kriteria hasil: 1. Palpitasi meningkat 2. Takikardia meningkat 3. Gambaran EKG aritmia menurun irama tidak teratur, tetapi gelombang P masih ada dan normal	Perawatan jantung (I.02075) <i>Observasi</i> 1. Cari tanda atau gejala awal penurunan curah jantung (seperti dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, paroxysmal dyspnea pada malam hari, dan peningkatan CVP). 2. Monitor tekanan darah (termasuk tekanan darah ortostatik, jika perlu) <i>Terapeutik</i> 3. Posisikan pasien semi-Fowler dengan Fowler dalam posisi yang nyaman 4. Membantu pasien dan keluarga mereka mengubah gaya hidup mereka untuk menjadi lebih sehat. <i>Edukasi</i> 5. Anjurkan beraktivitas fisik secara teratur . <i>Kolaborasi</i> 6. Kolaborasi pemberian antiaritmia

3.2.6 Implementasi

Implementasi Keperawatan dilakukan pada tanggal 12-14 Januari 2026

Tabel 3.5 : Implementasi Asuhan Keperawatan Pada N.y A.W Dengan Masalah Penurunan Curah Jantung akibat Hipertensi

No	Hari /tgl	Diagnose	Jam	Implementasi
1	Senin 12/01/2026	Penurunan detak jantung dibandingkan dengan perubahan irama jantung.	08.00	1. Mencari tanda-tanda penurunan detak janrung. Hasil: pasien mengatakan sesak sesak saat berbaring berbaring,tampak dispnea, edema pada wajah, dan pasien tampak lelah.
			08.15	2. Mencatat tingkat tekanan darah Hasil: TD:190/90 mmHg, NADI: 100x/menit, SUHU:36°C, RR: 22x/menit, SPO2: 99%
			10.25	3. Memposisikan pasien semi-fowler dengan fowler Hasil: pasien menyatakan bahwa merasa nyaman dengan posisinya.
			10.40	4. Fasilitator pasien dan anggota keluarga untuk melakukan perubahan gaya hidup yang lebih sehat. Hasil: pasien dan keluarga memahami informasi tentang modifikasi gaya hidup sehat termasuk pola makan seimbang pengolahan stres kebiasaan tidur teratur
			11.00	5. Menganjurkan beraktivitas fisik Hasil: menganjurkan kepada pasien untuk sering berolahraga seperti berjalan sore dengan durasi kurang lebih 10-15
			14.00	6. Berkolaborasi Pemberian anti aritmia Hasil: melayani candesartan 1x16 gram /iv, melayani bisoprolol 1x25 gram /iv

3.2.7 Evaluasi

Berdasarkan implementasi keperawatan yang telah dilakukan selama 3x8 jam, maka didapatkan hasil evaluasi seperti tabel dibawah ini.

Tabel 3.6 : Evaluasi asuhan keperawatan pada Ny.A.W dengan penurunan curah jantung akibat Hipertensi

No	Hari/Tgl	Evaluasi
1	Senin 12/01/2026	<p>Subjektif :</p> <p>Pasien mengatakan ada rasa tidak nyaman di area dada dan berdebar terasa kencang terutama pada malam hari.</p> <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien terlihat lemas 2. Pasienterlihat lelah 3. Pasien terlihat gelisah 4. Terpasang infus pamp :Nacl 0,9% + kcl 25 mlg/10 tpm 5. TTV: TD: 120/80 mmHg, N:70 x/menit, S:36°C, RR: 20 x/menit, dan SPO2: 99% 6. Gambaran EKG: Abnormal: unconfirmed diagnosis aritmia menurun, irama tidak teratur, tetapi gelombang P masih ada dan normal <p>Assesmen: masalah belum teratasi Plan: Intervensi dilanjutkan</p>
2	Selasa 13/01/2026	<p>Subjektif :</p> <p>Pasien mengatakan ada rasa tidak nyaman di are dada dan berdebar terasa kencang mulai membaik.</p> <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien terlihat lemas menurun 2. Pasien terlihat lelah menurun 3. Pasien terlihat gelisah membaik 4. Terpasang infus pamp :Nacl 0,9% + kcl 25 mlg/10tpm 5. TTV: TD: 120/80 mmHg, N:70 x/menit, S:36°C, RR: 20 x/menit, dan. SPO2: 99% 6 Gambaran EKG: Abnormal : unconfirmed diagnosis aritmia menurun irama tidak teratur, tetapi gelombang P masih ada dan normal <p>Assesment : Masalah teratasi sebagian Plan : Intervensi dilanjutkan</p>
3	Rabu 14/01/2026	<p>Subjektif :</p> <p>pasien mengatakan sudah rasa nyaman dan sudah tidak berdebar lagi.</p> <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien terlihat lemas membaik 2. Pasien terlihat lelah membaik 3. Pasien terlihat gelisah membaik 4. Terpasang infus pamp :Nacl 0,9% + kcl 25 mlg/10 tpm

5. TTV: TD: 120/80 mmHg, N:70 x/menit, S:36°C, RR: 20 x/menit,
dan SPO2: 99%

Assesment: Masalah teratasi

Plan: Intervensi dihentikan

3.3 Pembahasan

3.3.1 Pengkajian

Berdasarkan (PPNI, 2017; PPNI, 2018; PPNI, 2019). Menurunkan detak jantung secara teori merupakan keadaan di mana jantung tidak dapat memproduksi cukup darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh. Berdasarkan literatur keperawatan, pengkajian pada pasien yang memiliki curah jantung yang lebih rendah meliputi keluhan subjektif seperti, rasa tidak nyaman, jantung berdebar-debar kencang, palpitasi, serta kelelahan. Sedangkan data objektif yang dapat ditemukan antara lain perubahan tanda vital (takikardia atau bradikardia, peningkatan atau penurunan tekanan darah), kulit pucat atau dingin, penurunan perfusi perifer, serta adanya perubahan pada pemeriksaan penunjang seperti EKG atau laboratorium. Pada pemeriksaan pasien Ny. AW yang dilakukan pada tanggal 12 Januari 2026 pukul 14.00 WIB dengan menggunakan metode wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik head to toe, didapatkan data berupa keluhan rasa tidak nyaman di area dada dan jantung berdebar, dengan tanda vital seperti TD 190/90 mmHg, nadi 100 kali per menit, RR 22 kali per menit, dan suhu 36°C. Kesadaran compos mentis dan keadaan umum cukup baik, meskipun pasien tampak protektif pada area dada.

Data ini mendukung teori bahwa rasa tidak nyaman dan palpitasi merupakan tanda awal adanya gangguan curah jantung. Namun, tidak semua tanda dan gejala penurunan curah jantung ditemukan pada kasus ini. Secara teori, kondisi ini juga dapat disertai dengan sesak napas berat, edema perifer, penurunan kesadaran, kulit dingin dan lembab, serta penurunan tekanan darah pada kondisi lanjut. Dalam kasus Ny. A.W tanda-tanda tersebut tidak ditemukan, di mana pasien masih dalam keadaan sadar penuh, tidak terdapat laporan sesak napas berat atau edema, serta tekanan darah justru meningkat. Ini sesuai dengan beberapa hasil studi kasus lain yang membuktikan bahwa pada fase awal atau kondisi tertentu seperti hipertensi, penurunan curah jantung belum selalu

menimbulkan manifestasi klinis yang lengkap. Menurut beberapa penelitian, variasi gejala sangat dipengaruhi oleh penyebab, derajat keparahan, dan kondisi komorbid pasien.

Berdasarkan hasil tersebut, penulis berpendapat bahwa kondisi Ny. A.W kemungkinan berada pada tahap awal gangguan curah jantung atau masih dalam fase kompensasi, sehingga tubuh masih mampu mempertahankan perfusi jaringan meskipun sudah muncul gejala awal seperti rasa tidak nyaman di area dada dan palpitasi. Tidak ditemukannya beberapa tanda khas bukan berarti tidak terjadi penurunan curah jantung, melainkan menunjukkan bahwa respons tubuh pasien masih adaptif. Oleh karena itu, pengkajian yang komprehensif dan berkelanjutan sangat penting untuk mendeteksi perubahan kondisi secara dini, sehingga intervensi keperawatan dapat dilakukan secara tepat dan mencegah terjadinya komplikasi yang lebih berat.

3.3.2 Diagnosa keperawatan

Hasil analisa kasus ditentukan diagnosa keperawatan penurunan curah jantung, Secara teori, diagnosa keperawatan tentang penurunan curah jantung yang terkait dengan perubahan irama jantung yang ditegakkan pada kasus hipertensi sudah cukup sesuai, namun perlu sedikit penguatan pada kesesuaian data pendukung. Dalam SDKI, penurunan curah jantung ditandai oleh adanya perubahan frekuensi atau irama jantung, keluhan palpitasi, rasa tidak nyaman di area dada, kelelahan, serta perubahan tanda vital. Data yang ditemukan pada pasien seperti rasa tidak nyaman di area dada, jantung berdebar, nadi 100x/menit, dan tekanan darah 190/90 mmHg sudah mengarah pada adanya gangguan hemodinamik. Akan tetapi, terdapat beberapa data yang kurang konsisten dengan teori, misalnya disebutkan nadi teraba lemah, namun kondisi umum pasien masih cukup baik dan saturasi oksigen normal (SpO₂ 99%). Selain itu, hubungan “perubahan irama jantung” sebagai etiologi sebaiknya didukung dengan data EKG atau temuan aritmia yang lebih spesifik. Dengan demikian, secara umum diagnose sudah tepat, tetapi akan lebih kuat jika etiologi disesuaikan dengan data yang benar-benar ditemukan (misalnya peningkatan afterload akibat hipertensi).

Pada beberapa studi kasus lain, diagnose keperawatan yang sama juga sering ditegakkan pada pasien dengan hipertensi atau gangguan kardiovaskular. Misalnya, pada studi kasus pasien hipertensi dengan keluhan rasa tidak nyaman di area dada dan palpitasi, perawat menetapkan diagnose penurunan detak jantung dikaitkan dengan peningkatan resistensi vascular sistemik, ditandai dengan hipertensi, takikardia, dan kelelahan. Studi lain pada pasien dengan gangguan jantung menunjukkan diagnose hubungan antara perubahan dan penurunan curah jantung kontrak tilitas miokard, dengan data pendukung berupa sesak napas, edema, dan perubahan EKG. Hal ini menunjukkan bahwa diagnose penurunan curah jantung memang relevan digunakan, namun etiologi yang ditetapkan dapat berbeda-beda tergantung penyebab utama dan data klinis yang ditemukan pada pasien.

Berdasarkan hal tersebut, penulis berpendapat bahwa penegakan diagnose pada kasus ini sudah mengarah dengan benar, tetapi masih perlu penyempurnaan agar lebih akurat dan sesuai dengan prinsip evidence-based. Pemilihan etiologi sebaiknya benar-benar didasarkan pada data objektif yang kuat, bukan hanya asumsi, sehingga intervensi yang diberikan juga lebih tepat sasaran. Selain itu, penting bagi perawat untuk mengkaji secara menyeluruh dan berkelanjutan, termasuk pemeriksaan penunjang seperti EKG, agar dapat memastikan penyebab utama penurunan curah jantung dan meningkatkan kualitas asuhan keperawatan yang diberikan.

3.3.3 Intervensi keperawatan

Setelah penelitian selesai, data dievaluasi dan penetapan diagnosis keperawatan berupa penurunan curah jantung, langkah selanjutnya adalah penyusunan intervensi keperawatan. Secara teori, intervensi pada pasien dengan penurunan curah jantung bertujuan untuk meningkatkan perfusi jaringan, mengurangi beban kerja jantung, serta mencegah komplikasi lebih lanjut. identifikasi Gejala Penurunan Curah Jantung Secara teori, identifikasi gejala seperti dispnea, edema, kelelahan, dan nyeri dada merupakan bagian dari monitoring perfusi kardiovaskular. Tujuannya adalah untuk mendeteksi dini tanda penurunan curah jantung sehingga intervensi dapat segera dilakukan. Pada

kasus, ditemukan pasien mengalami Nyeri dada Dispnea Edema wajah Kelelahan Hal ini sudah sesuai dengan teori, karena gejala tersebut merupakan manifestasi klasik dari penurunan curah jantung. Intervensi ini mendukung dasar pengambilan keputusan klinis dan menjadi indikator evaluasi keberhasilan terapi. Monitoring Tanda-Tanda Vital (Tekanan Darah, Nadi, RR, SpO₂) Dalam teori keperawatan, monitoring hemodinamik bertujuan untuk: Menilai status kardiovaskular Mengetahui respon terhadap terapi Mendeteksi komplikasi seperti hipertensi atau gagal jantung Pada kasus hasilnya adalah: TD: 190/90 mmHg, Nadi: 100 kali per menit, RR: 22 kali per menit, Hasil ini menunjukkan adanya hipertensi dan peningkatan kerja jantung, yang memperberat penurunan curah jantung. Intervensi ini sangat sesuai dengan teori, karena data objektif ini menjadi dasar evaluasi kondisi pasien. Pemberian Posisi Semi-Fowler/Fowler Secara teoritis bertujuan untuk: Mengurangi preload (beban balik vena ke jantung) Mempermudah ekspansi paru Mengurangi sesak napas Pada kasus, pasien mengatakan lebih nyaman setelah diberikan posisi tersebut. Hal ini menunjukkan bahwa intervensi efektif dan sesuai teori, karena mampu mengurangi gejala dispnea.

Intervensi keperawatan berkait dengan dukasi, modifikasi gaya hidup dalam teori, edukasi merupakan bagian penting dalam manajemen penyakit kardiovaskular, dengan tujuan: Mengontrol faktor risiko (diet, stres, pola tidur) Mencegah kekambuhan Meningkatkan kepatuhan pasien Pada kasus, pasien dan keluarga memahami edukasi yang diberikan. Ini menunjukkan bahwa intervensi sudah tepat dan mendukung teori, karena melibatkan keluarga sebagai support system. anjuran aktivitas fisik secara teori, aktivitas fisik ringan dapat: Meningkatkan sirkulasi darah Memperbaiki fungsi jantung secara bertahap Mencegah deconditioning Namun, pada pasien dengan kondisi penurunan curah jantung dan tekanan darah sangat tinggi (190/90 mmHg), aktivitas harus diberikan secara bertahap dan terkontrol. Pada kasus, pasien dianjurkan berjalan santai. Intervensi ini secara teori benar, tetapi perlu dikritisi: Harus mempertimbangkan kondisi akut pasien sebaiknya dimulai dari aktivitas ringan (*bed rest* → *duduk* → *berjalan*) sehingga, intervensi ini perlu penyesuaian, bukan

berarti salah, tetapi harus lebih individual. Intervensi yang tidak dilakukan berdasarkan teori, ada beberapa intervensi yang seharusnya dipertimbangkan namun tidak disebutkan, seperti: monitoring intake-output cairan, kolaborasi pemberian terapi farmakologi pembatasan aktivitas pada fase akut kemungkinan alasan tidak dilakukan: Keterbatasan kondisi klinis fokus intervensi pada gejala utama adta tidak terdokumentasi hal ini menunjukkan bahwa intervensi belum sepenuhnya komprehensif.

3.3.4 Implementasi

Beberapa implementasi yang suda dilakukan setelah intervensi antara lain: Kolaborasi dengan tenaga kesehatan (dokter dan perawat ruangan) Secara teori, ini penting untuk memastikan kesinambungan asuhan dan terapi medis berjalan optimal. Melibatkan keluarga dalam perawatan Sudah sesuai teori keperawatan keluarga, bertujuan meningkatkan dukungan dan kepatuhan pasien. Mengajarkan metode relaksasi napas, secara teori, metode ini bertujuan mengurangi sesak, kecemasan, dan meningkatkan oksigenasi. membantu mengatasi rasa tidak nyaman (nyeri dada) termasuk dalam manajemen gejala, sesuai dengan intervensi awal. implementasi tersebut menunjukkan bahwa sebagian tindakan sudah mengarah pada pencapaian tujuan intervensi, terutama dalam aspek kenyamanan dan dukungan psikologis, Implementasi yang tidak sepenuhnya dilakukan jika dibandingkan dengan intervensi yang telah direncanakan sebelumnya, terdapat beberapa tindakan yang tidak tergambar dilakukan secara optimal, yaitu: monitoring tanda-tanda vital secara langsung Secara teori, perawat harus melakukan monitoring langsung dan berkelanjutan terhadap: tekanan darah nadi respirasi namun pada kasus ini, penulis: tidak selalu berada di ruangan mengandalkan catatan perkembangan dan laporan perawat jaga, Ini menunjukkan bahwa implementasi tidak dilakukan secara langsung, sehingga risiko keterlambatan deteksi perubahan kondisi pasien meningkat data menjadi kurang akurat (tidak real-time) implementasi posisi Semi-fowler walaupun intervensi ini direncanakan, dalam implementasi tidak dijelaskan secara jelas, apakah Posisi dipertahankan secara konsisten dilakukan evaluasi berkala Artinya, ada kemungkinan intervensi ini tidak terdokumentasi atau tidak

optimal dilakukan. aktivitas fisik intervensi menganjurkan aktivitas fisik, tetapi dalam implementasi Tidak dijelaskan pelaksanaan aktivitas Tidak ada evaluasi toleransi aktivitas pasien.

3.3.5 Evaluasi

1. Palpitasi meningkat

Secara teori, pada diagnosis penurunan curah jantung, kriteria hasil yang diharapkan adalah tidak ada palpitasi atau palpitasi menurun, sebagai tanda perbaikan fungsi jantung. namun pada kasus ini dituliskan palpitasi meningkat, yang menunjukkan kondisi memburuk. hal ini tidak sesuai dengan teori karena kriteria hasil seharusnya menggambarkan keberhasilan intervensi, bukan peningkatan gejala. Jika palpitasi meningkat, maka secara klinis masalah belum teratasi. Selain itu, terdapat ketidakkonsistenan karena evaluasi menyatakan masalah “teratasi maksimal”, padahal data objektif menunjukkan sebaliknya. Kemungkinan penyebabnya adalah kesalahan penulisan (seharusnya “menurun”) atau kurang tepatnya pemahaman indikator hasil (SLKI).

2. Takikardia meningkat

Dalam teori, perbaikan kondisi pasien ditandai dengan penurunan frekuensi nadi menuju batas normal. Penulisan takikardia meningkat justru menunjukkan bahwa kerja jantung semakin berat dan kompensasi tubuh masih berlangsung. Hal ini bertentangan dengan tujuan intervensi keperawatan. Secara logika klinis, jika takikardia meningkat maka masalah belum teratasi, sehingga klaim “teratasi maksimal dalam 3×24 jam” menjadi tidak realistis dan tidak didukung data. Dibandingkan dengan studi kasus lain, perbaikan biasanya terjadi bertahap, bukan langsung maksimal. Kondisi ini menunjukkan evaluasi belum valid karena tidak sinkron antara data objektif dan analisa.

3. Gambaran EKG aritmia menurun, irama tidak teratur tetapi gelombang P masih ada dan normal

Pada bagian ini terdapat perbaikan sebagian, karena disebutkan aritmia menurun, yang sesuai dengan teori. namun, irama yang masih tidak teratur menunjukkan bahwa kondisi jantung belum sepenuhnya normal. Adanya gelombang P yang normal menandakan impuls masih berasal dari nodus SA,

tetapi gangguan irama masih ada. Secara teori, kriteria hasil yang diharapkan tidak ada aritmia dan irama jantung teratur, sehingga kondisi ini belum bisa dikatakan teratasi maksimal. Evaluasi yang lebih tepat adalah teratasi sebagian, bukan sepenuhnya.