

BAB 2

GAMBARAN KASUS KELOLAHAN UTAMA

Pada bab ini akan disajikan hasil pelaksanaan asuhan keperawatan yang dimulai dari tahap pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan sejak tanggal 27 Februari sampai 29 februari 2024.

2.1 Pengkajian

2.1.1 Identitas pasien

Pasien bernama Tn. S berusia 72 tahun (64 kg) berjenis kelamin laki-laki Tn. S tinggal di kedung banteng 09/04 tanggulangin Sidoarjo, beragama islam. Tn. S masuk ke RSUD R.T Notopuro Sidoarjo pada tanggal 26 Februari 2024 diantar oleh keluarganya. Diagnosa medis Tn. S adalah Hypertensive Heart Disease.

2.1.2 Riwayat Penyakit

1. Keluhan Utama

Saat dilakukan pengkajian tanggal 27 Februari 2024, Tn. S (72 tahun) hari perawatan kedua, pasien mengatakan nyeri dada kiri

2. Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien datang ke IGD RSUD R.T Notopuro Sidoarjo pada tanggal 26-02-2024 pukul 21.10 WIB dengan keluhan nyeri dada sebelah kiri sejak 2 hari yang lalu dan nafas ngosngong bila dibuat aktivitas, kesadaran composmentis, TD : 171/100 mmHg, Nadi: 124 x/menit, RR: 24x/menit, suhu 36,5 °C. Pada tanggal 27-02-2024 pukul 06.35 WIB pasien ditransfer ke ruang HCU Mawar Pink dengan kesadaran composmentis, TD: 157/98

mmHg, Nadi:112x/menit, RR :22x/menit, suhu: 36,6°C. Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 27-02-2024 pukul 07.00 WIB pasien mengeluh nyeri dada kiri.

3. Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit diabetes sejak 1 tahun yang lalu dan penyakit jantung sejak 1 tahun yang lalu.

4. Riwayat Penyakit Keluarga

Pasien mengatakan ibunya memiliki riwayat penyakit diabetes

2.1.3 Pengkajian Persistem

1. B1 (Breathing)

Pasien mengatakan tidak ada keluhan dengan pernapasan

Data Objektif :

Inspeksi : pernapasan dada normal, RR: 22x/menit, SPO2: 98%, Gerakan dinding dada kanan/kiri sama, tidak terdapat retraksi otot bantu napas dan tidak terdapat pernapasan cuping hidung.

Palpasi : kulit dan dinding dada tidak ada nyeri tekan, tidak ada trauma dada, vibrasi ringan teraba pada dinding dada selama bersuara dan ekspansi dada lateral simetris.

Perkusi : taktil fremitus normal di kedua lapang paru dan bunyi sonor saat dilakukan perkusi.

Auskultasi : bunyi nafas vesikuler, tidak terdapat bunyi suara nafas tambahan

2. B2 (Blood)

Data Subjektif :

Pasien mengatakan nyeri dada kiri, pasien mengatakan sulit tidur. P: nyeri saat **beraktivitas** ringan maupun istirahat, Q: Nyeri seperti tertimpa benda berat, R: nyeri dada sebelah kiri, skala nyeri 6, T: kadang-kadang.

Data Objektif :

Inspeksi : Konjungtiva tidak anemis, JVP normal, sianosis perifer (-), TD: 157/98 mmHg.

Palpasi : akral teraba hangat, ictus cordis teraba kuat di ICS V midclavikula sinistra, CRT <2 detik, N:112x/menit, pulsasi nadi teraba kuat.

Perkusi : terdengar bunyi redup

Auskultasi : suara S1 dan S2 tunggal, gallop (-), murmur (-).

Hasil pemeriksaan laboratorium yang didapatkan HB: 13,2 g/dl, lekosit 7400 mm^3 , PCV 35,1 %, trombosit 173000 mm^3 , eritrosit 3980000 mg/dL .

3. B3 (Brain)

Data Subjektif :

Pasien mengatakan tidak ada keluhan pusing

Data Objektif :

Kesadaran composmentis, pasien tampak meringis, pasien menghindari Gerakan yang menyebabkan nyeri dan gelisah menahan nyeri, GCS : 4-5-6, reflek pupil terhadap cahaya (+/+), pupil iskor saat dilakukan inspeksi.

4. B4 (Bladder)

Data Subjektif :

Pasien mengatakan tidak ada keluhan dalam masalah perkemihan

Data Objektif :

Inspeksi : urine output: 1400 cc/24 jam, diuresis: 0,9 cc/kgBB/jam,
balance cairan: 300 ml/24 jam.

Palpasi : tidak ada nyeri tekan dan tidak terdapat distensi pada
kandung kemih.

Hasil pemeriksaan laboratorium yang didapatkan adalah creatinin 1.71 mg/dL [L.0.7-1.1], Ureum 79.9 mg/dL [General: 17- 43], Albumin 4.7 g/dL [General: 3.5 - 5.2], Kalium 3.82 mmo/L [General: 3.48 – 5.5], Natrium 140.77 [General 135.37 – 145 mmo/L], Chlorida 109.06 mmo/L [General:96 – 106], Kalsium 1.22 mmo/L [General:1.10 – 1.35].

5. B5 (Bowel)

Data Subjektif :

Pasien mengatakan makan 3 kali sehari porsi habis, minum 600 cc/ hari.

Data Objektif :

Inspeksi : bentuk abdomen tampak normal, datar, mukosa bibir,
lembab.

Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan pada seluruh lapang abdomen,
tidak ditemukan pembesaran hepar dan lien.

Perkusi : terdengar bunyi timpani.

Auskultasi : terdengar bising usus 18x/menit.

Hasil pemerisaan laboratorium GDS: 140 mg/dL [General: <140]

6. B6 (Bone)

Data Subjektif :

Pasien mengatakan tidak ada keluhan pada ekstermitas atas maupun bawah

Data Objektif :

Inspeksi : tidak didapatkan adanya deformitas, tidak tampak adanya dislokasi, bentuk tulang normal, tidak ada fraktur, tidak ada jejas, dan kekuatan otot kuat dengan nilai 5 pada setiap ekstermitas.

2.2 Analisa Data

Tabel 2.1 Analisa Data

No.	Data	Etiologi	Masalah
1	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri dada sebelah kiri - P: nyeri saat beraktivitas ringan maupun istirahat - Q: Nyeri seperti tertimpa benda berat - R: Nyeri dada sebelah kiri - S: skala nyeri 6 - T: nyeri kadang-kadang <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wajah pasien tampak meringis menahan nyeri 	<p>Infrak miokardium</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Kebutuhan O₂ meningkat</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Penurunan kemampuan sintesa ATP secara aerob</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Terjadi metabolisme anaerob</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Peningkatan asam laktat</p> <p style="text-align: center;">↓</p>	<p>Nyeri Akut (D.0077)</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien yang menyebabkan nyeri - Pasien tampak gelisah - Pasien tampak kesulitan tidur - Hasil EKG Sinus rhythm With PVC (s), with PAC (s), Extention Infarct Age Undetermined Abnormal ECG 	<p>Merangsang nosiseptor melepas mediator ↓ Nyeri Akut</p>	
--	---	--	--

2.3 Diagnosa Keperawatan

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi (angina pectoris) ditandai dengan pasien mengeluh nyeri akut dada kiri, tampak meringis, tampak menghindari Gerakan yang menyebabkan nyeri, tampak gelisah, dan hasil EKG didapatkan kesan sinus rhythm dengan extensive infarct age undetermined, abnormal ECG.

2.4 Intervensi

Rencana keperawatan pada diagnose nyeri akut (D.0077) dengan tujuan setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil (L.08066): 1) keluhan nyeri menurun; 2) pasien tidak meringis; 3) pasien tidak gelisah; 4) sikap protektik menurun; 5) kesulitan tidur menurun. Intervensi pada nyeri akut adalah manajemen nyeri (I.08238) meliputi Observasi: 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri; 2) identifikasi skala

nyeri; 3)identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri. Terapeutik: 4) berikan teknik non farmakologi yaitu menggunakan teknik relaksasi benson untuk menurunkan intensitas nyeri. Edukasi: 5) jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri. Kalaborasi: 6) kalaborasi pemberian terapi medis (Laix 3 amp/24 jam), Spironolactin 1x1 , valsartan 1x1, atorvastatin 0-0-1, alopurinol 3x1, halodol 2x1, , insulin 4 unit x1 per sc.

2.5 Implemtasi

Implementasi yang dilakukan sesuai dengan intervensi yang direncanakan, baik secara keperawatan mandiri maupun kalaboratif diberikan selama 3x24 jam. Program terapi keperawatan secara mandiri yang diberikan adalah manajemen nyeri melalui pemberian intervensi non farmakologi teknik relaksasi benson yang diberikan sehari sekali dengan durasi 10-20 menit. Adapun program terapi farmakologi yang diberikaan meliputi (Laix 3 amp/24 jam), Spironolactin 1x1 , valsartan 1x1, atorvastatin 0-0-1, alopurinol 3x1, halodol 2x1, insulin 4 unit x1 per sc.

2.6 Evaluasi

Evaluasi keperawatan yang dilakukan 3x24 jam pada pasien kelolaan didapatkan masalah keperawatan nyeri akut teratasi. Secara klinis beberapa kriteria hasil tercapai diantaranya: keluhan nyeri akut teratasi. Secara klinis beberapa kriteria hasil tercapai diantaranya: keluhan nyeri menurun dari skala sedang menjadi skala ringan; pasien tidak meringis, pasien tidak gelisah, dan pasien tidak kesulitan tidur.