

### **BAB III**

#### **GAMBARAN KASUS**

##### **A. PENGKAJIAN**

Pada Sabtu subuh pukul 02:00 WITA, Tn. Y mengalami keluhan utama berupa nyeri dada seperti ditimpa benda berat dan sesak napas. Pada pukul 06:00 WITA, ia dibawa oleh istrinya ke IGD Suaka Insan Banjarmasin. Di IGD, tanda-tanda vital (TTV) pasien adalah suhu tubuh 36,3°C, denyut nadi 105 kali/menit, frekuensi napas 27 kali/menit, tekanan darah 130/90 mmHg, dan saturasi oksigen (SpO<sub>2</sub>) 93%. Setelah observasi selama 3 jam, pasien dipindahkan ke ICU untuk perawatan lanjutan. Dan data identitas pasien bernama Tn. Y, seorang laki-laki berusia 45 tahun yang bekerja sebagai anggota POLRI. Ia memiliki latar belakang pendidikan SMA, beragama Islam, dan berasal dari suku Jawa. Tn. Y sudah menikah dan tinggal di Jln HKS Komplek C. Ia dirawat di ruang Anna 7 dan masuk rumah sakit pada Sabtu, 6 Juli 2024, dengan pengkajian dilakukan pada Senin, 8 Juli 2024. Nomor register pasien adalah 18.97.xx. Diagnosa medisnya adalah NSTEMACS (NSTEMI) dan dirawat oleh dr. Teguh W.P, Sp.JP. Informasi mengenai pasien didapatkan melalui autoanamnesa, dan kontak keluarga yang dapat dihubungi adalah istrinya, Ny. A, di nomor 0821xxxxxxx

Pada saat pengkajian oleh mahasiswa keperawatan pada Senin, 8 Juli 2023, pasien masih mengeluhkan gelisah pada malam hari, sesak napas, nyeri dada, nyeri perut saat batuk, dan mudah merasa lelah saat beraktivitas. P : saat beraktivitas dan batuk, Q : seperti ditimpa benda berat dan ditarik R : bagian dada menjalar ke bahu dan bagian perut, S : 3 (1-10), T : kadang saat beraktivitas TTV saat pengkajian adalah T : 36,5°C, P : 95 kali/menit, R : 23 kali/menit, TD : 130/80 mmHg, dan SpO<sub>2</sub> 97% dengan oksigen ( 2 lpm).

Riwayat penyakit sebelumnya meliputi kardiomegali dan diabetes mellitus (DM) dan Riwayat Keluarga : dari ayah memiliki riwayat jantung juga dan ibu memiliki riwayat DM (diabetes melitus)

Pada pemeriksaan fisik, keadaan umum pasien sadar dengan tanda-tanda vital sebagai berikut: tekanan darah 130/80 mmHg, denyut nadi 95 kali/menit, suhu tubuh 36,5°C, dan pernapasan 23 kali/menit. Pemeriksaan kepala dan leher menunjukkan kondisi normal, dengan rambut hitam tanpa uban, mata simetris tanpa anemia pada konjungtiva, hidung simetris dengan fungsi penghidu normal, mulut dan tenggorokan bersih, serta telinga simetris dan bersih tanpa alat bantu pendengaran. Leher memiliki bentuk normal tanpa kelenjar tiroid yang teraba, dan nadi karotis teraba. Pemeriksaan dada/thorax menunjukkan bentuk simetris tanpa nyeri tekan dan pergerakan dinding dada kiri dan kanan yang simetris. Auskultasi vesikuler, perkusi paru menghasilkan bunyi sonor. Payudara dan axila normal dengan inspeksi simetris dan tidak ada nyeri tekan pada palpasi. Jantung inspeksi ictus cordis tidak tampak, palpasi tidak teraba ictus cordis, perkusi terdengar bunyi pekak, auskultasi terdengar bunyi jantung murmur tidak terdengar suara jantung tambahan S3 dan S4, Abdomen normal dengan bentuk normal tanpa pembesaran, tidak ada nyeri tekan pada palpasi, bising usus terdengar 12 kali/menit, dan perkusi menghasilkan bunyi timpani. Pemeriksaan genetalia dan rectum tidak dilakukan karena pasien menolak. Ekstremitas menunjukkan status sirkulasi normal dengan CRT kurang dari 3 detik. Kulit berwarna hitam tanpa sianosis pada kuku, menunjukkan kondisi kulit dan kuku normal.

Pada pola aktivitas-latihan, pasien sebelumnya mandiri dalam aktivitas sehari-hari seperti makan, mandi, berpakaian, toileting, berpindah, berjalan, dan naik tangga, namun saat ini memerlukan bantuan dari orang lain. Pada pola nutrisi-metabolik, pasien menjalani diet gula makan tiga kali sehari dengan porsi hampir habis, menu terdiri dari nasi, daging, telur, dan sayur tanpa pantangan, dan nafsu makan normal; berat badan terakhir tercatat 85 kg tanpa masalah menelan atau penyembuhan luka. Pada pola eliminasi, pasien BAB 3 hari sekali tanpa kesulitan, BAK 3-4 kali sehari

dengan warna kuning tanpa masalah. Pola tidur-istirahat menunjukkan kesulitan tidur malam dengan kebiasaan nonton TV sebelum tidur, tanpa tidur siang. Pola kebersihan diri mencatat pasien tetap mandi, menggunakan handuk, dan menggosok gigi, namun tidak keramas. Pada pola toleransi-koping stres, pasien sebagai kepala keluarga merasa tidak bisa beraktivitas seperti biasa dan mengatasi stres dengan menonton TV dan berkumpul dengan keluarga, berharap sembuh dan kembali bekerja. Dalam pola peran hubungan, pasien berperan sebagai kepala keluarga dengan dukungan istri dan anak, tanpa masalah hubungan selama perawatan. Pola komunikasi menunjukkan pasien menggunakan bahasa Indonesia dan Jawa dengan kemampuan bicara dan afek normal, tinggal di rumah. Terakhir, pada pola nilai dan kepercayaan, pasien percaya pada Tuhan dan berdoa selama di rumah sakit.

Hasil pemeriksaan laboratorium menunjukkan nilai hemoglobin 16,4 g/dl (sedikit di atas batas normal), hematokrit 48,2% (sedikit di atas batas normal), leukosit 11,0 ribu/ul (batas atas normal), trombosit 243 ribu/ul (normal), eritrosit 5,4 juta/ul (normal), glukosa darah sewaktu 230 mg/dl (di atas batas normal), ureum 39 mg/dl (batas atas normal), kreatinin 0,9 mg/dl (normal), SGOT 34 u/l (normal), SGPT 18 u/l (normal), troponin >15 ng/dl (jauh di atas normal), natrium 135 umol/l (normal), dan kalium 4,7 umol/l (normal). Hasil ini menunjukkan adanya hiperglikemia dan peningkatan signifikan pada kadar troponin yang mungkin mengindikasikan adanya kerusakan jantung.

Radiologi Hasil rontgen thorak menunjukkan bahwa ukuran jantung, atau Cor, hasil : 19 cm, memberikan rasio 0,65 cm. Nilai ini berada di atas batas normal yang seharusnya kurang dari 0,5 cm, yang mengindikasikan adanya kardiomegali atau pembesaran jantung. Sedangkan interpretasi ekg

Interpretasi EKG menunjukkan beberapa temuan penting. Irama jantung pasien tidak teratur, yang ditandai dengan detak jantung (Heart Rate) sebesar 91 denyut per menit, meskipun ini masih berada dalam rentang normal namun lebih tinggi dari rata-

rata. Interval PR tercatat sebesar 0,20 detik dan durasi QRS sebesar 0,12 detik, keduanya berada dalam batas normal. Namun, terdapat kelainan ringan pada segmen ST-T yang mengindikasikan adanya kemungkinan perubahan atau kerusakan pada otot jantung di daerah infark.

## B. ANALISA DATA

Data	Etiologi	Problem
<p>DS : Pasien mengatakan gelisah dan masih sesak nafas (dispnea) kadang pada malam hari, pasien mudah lelah</p> <p>DO : gambaran ekg aritmia</p> <p>Kardiomegali</p> <p>Batuk</p> <p>TTv</p> <p>T : 36,5 C</p> <p>P : 95x/menit</p> <p>R : 23 x/menit</p> <p>TD : 130/80 mmhg</p> <p>Spo 2 : 95 % (dengan nasal kanul)</p>	<p>Perubahan kontraktilitas</p>	<p>Penurunan curah jantung (D0008)</p>
<p>DS : pasien msih mengatakan sedikit nyeri dada</p> <p>DO :</p> <p>P : saat beraktivitas dan batuk</p> <p>Q : seperti ditimpa benda berat dan ditarik</p>	<p>Agen pencedera fisiologis (iskemia)</p>	<p>Nyeri akut (D0077)</p>

R : bagian dada menjalar ke bahu dan bagian perut S : 3 (1-10) T : kadang kadang timbul		
DS : Pasien mengatakan aktivitas masih dibantu untuk makan, minum, mandi dan mudah lelah  DO : pasien tampak lemah dan terbaring di tempat tidurnya	Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	Intoleransi aktivitas  (D0056)

### C. DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Penurunan curah jantung b/d perubahan kontraktilitas ditandai dengan gambaran EKG aritmia dan batuk
2. Nyeri akut b/d agen pencidera fisiologis ditandai dengan pasien mengeluh nyeri
3. Intoleransi aktivitas b/d ketidak seimbangan suplai dan kebutuhan oksigen ditandai dengan dyspnea saat atau sesudah aktivitas

#### D. INTERVENSI KEPERAWATAN

Penurunan curah jantung b/d perubahan kontraktilitas ditandai dengan pasien mengeluh sesak dan gambaran ekg aritmia (SLKI) curah jantung Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2 x 24 jam, diharapkan curah jantung meningkat dengan kriteria hasil berupa penurunan dyspnea, penurunan lelah, dan penurunan gambaran EKG aritmia (semuanya dengan skor 5). (SIKI) Perawatan jantung akut meliputi observasi monitor EKG 12 sadapan untuk perubahan ST dan T, monitor aritmia, dan monitor saturasi oksigen. Terapeutik melibatkan pertahankan tirah baring minimal 12 jam, pemasangan akses intravena, puasakan hingga bebas nyeri, terapi relaksasi untuk mengurangi ansietas dan stres, penyediaan lingkungan kondusif untuk istirahat dan pemulihan, serta dukungan emosional dan spiritual memposisikan semifowler 45°.

Nyeri akut b/d agen pencidera fisiologis ditandai dengan pasien mengeluh nyeri (SLKI) tingkat nyeri Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1 x 24 jam, diharapkan nyeri menurun dengan kriteria hasil berupa penurunan keluhan nyeri, penurunan gelisah, dan penurunan kesulitan tidur (semuanya dengan skor 5). (SIKI) manajemen nyeri Observasi mencakup identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, skala nyeri, respon nyeri non-verbal, faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, serta pengaruh nyeri pada kualitas hidup. Selain itu, dilakukan monitoring keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan dan efek samping penggunaan analgesik. Terapeutik melibatkan pemberian teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (*guided imagery*)

Intoleransi aktivitas b/d ketidak seimbangan suplai dan kebutuhan oksigen ditandai dengan dyspnea saat atau sesudah aktivitas (SLKI) Toleransi aktivitas Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1 x 24 jam, diharapkan respon

fisiologis terhadap aktivitas yang membutuhkan tenaga meningkat dengan kriteria hasil berupa penurunan keluhan lelah, penurunan dyspnea saat beraktivitas, perbaikan frekuensi nadi, dan peningkatan saturasi oksigen (semuanya dengan skor 5). (SIKI) Manajemen energi meliputi observasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, pemantauan kelelahan fisik dan emosional, pola dan jam tidur, serta lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas. Terapeutik mencakup penyediaan lingkungan nyaman dan rendah stimulus, latihan rentang gerak pasif dan aktif, serta fasilitasi duduk di sisi tempat tidur jika tidak dapat berpindah atau berjalan. Edukasi meliputi anjuran untuk tirah baring, melakukan aktivitas secara bertahap

#### **E. IMPLMENTASI KEPERAWATAN**

Perawatan jantung akut yang dilakukan meliputi merekam EKG, memonitor EKG untuk perubahan ST dan T, memonitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi), memonitor saturasi oksigen, mempertahankan tirah baring minimal 12 jam, memosisikan pasien dalam posisi semifowler 45°, dan kolaborasi pemberian obat ISDN (oral 5 mg).

Manajemen nyeri mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri, serta mengidentifikasi skala nyeri dan faktor-faktor yang memperberat dan meringankan nyeri. Selanjutnya, strategi meredakan nyeri dijelaskan kepada pasien, termasuk teknik nonfarmakologis seperti *guided imagery* (ajarkan rileks tarik nafas dalam lalu berimajinasi membayangkan tempat yang indah yang pernah klien datangi bersama keluarga bahagia), lakukan 5- 10 menit yang diajarkan untuk membantu mengurangi nyeri.

Manajemen energi identifikasi gangguan fungsi tubuh yang menyebabkan kelelahan, pemantauan pola dan jam tidur, serta anjuran untuk tirah baring dan melakukan aktivitas secara bertahap.

## F. EVALUASI

(S) Pasien mengatakan masih mengalami sesak jika tidak memakai bantuan oksigen, mudah lelah, dan gelisah pada malam hari. (O) Pasien tampak masih terbaring di tempat tidur dengan gambaran EKG menunjukkan aritmia dengan irama yang ireguler dan segmen ST yang masih abnormal. Tanda-tanda vital pasien adalah T: 36,5°C, P: 95x/menit, R: 22x/menit, TD: 130/80 mmHg, dan SpO<sub>2</sub>: 97% (dengan nasal kanul). (A) Masalah penurunan curah jantung belum teratasi. (P) Rencana tindakan meliputi melanjutkan intervensi dengan memonitor EKG untuk perubahan ST dan T, memonitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi), memonitor saturasi oksigen, dan memberikan posisi semi fowler.

(S) Pasien mengeluhkan nyeri dada yang masih dirasakan serta nyeri pada perut kiri dan kanan. (O) Pasien tidak tampak meringis, tetapi nyeri muncul saat beraktivitas dan batuk. Nyeri terasa seperti ditimpa benda berat dan ditarik, menjalar dari bagian dada ke bahu dan perut, dengan intensitas 3 pada skala 1-10 dan kadang-kadang timbul. (A) Masalah nyeri belum teratasi. (P) Rencana tindak lanjut meliputi identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri, serta faktor-faktor yang memperberat dan meringankan nyeri. Selain itu, strategi meredakan nyeri akan dijelaskan, dan teknik nonfarmakologis seperti imajinasi terbimbing akan diajarkan untuk mengurangi rasa nyeri.

(S) Pasien mengatakan bahwa aktivitas sehari-hari masih dibantu oleh istri dan anaknya karena merasa lelah. (O) Pasien tampak lemah dan terbaring di tempat tidur. (A) Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi. (P) Rencana tindak lanjut meliputi anjurkan istirahat tirah baring dan aktivitas bertahap.