

BAB III

GAMBARAN KASUS

A. Pengkajian

Pada hari senin, 08 Juli 2024, seorang klien perempuan berinisial Ny. L usia 44 tahun datang ke IGD Suaka Insan Banjarmasin. Klien berjenis kelamin perempuan, status pernikahan sudah menikah, beragama katolik, kewarganegaraan Indonesia. Bahasa yang digunakan klien sehari-hari adalah bahasa Banjar. Pendidikan terakhir klien SLTA dan saat ini pekerjaan menjadi ibu rumah tangga. Klien datang diantar mobil dan didampingi oleh anak perempuan.

Pengkajian primer didapatkan *Airway* klien bersih, tidak ada sumbatan pada jalan napas. Pengkajian *Breathing* klien dapat bernapas spontan dengan frekuensi napas 25x/menit dengan irama teratur kedalaman dangkal, ada otot bantu napas, klien tidak ada batuk, dan tidak terdengar bunyi napas tambahan. Klien mengeluh sesak dan saturasi oksigen 93%. Pengkajian *circulation* didapatkan nadi 66x/menit, dengan irama teratur dan denyut lemah. Tekanan darah klien 147/93 mmhg. Ekstemitas teraba hangat, Klien mengatakan nyeri dada , dengan karakteristik nyeri dada sampai tenggorokan seperti terbakar, hasil pemeriksaan *Capillary Refill Time* kurang dari 2 detik, Mukosa bibir klien tampak pucat, suhu tubuh 36°C, tampak klien berkeringat. Pengkajian *disability* klien sadar penuh dengan status composmentis GCS 456. Pengkajian *Exposure* didapatkan tidak ada jejas atau pendarahan.

Pengkajian sekunder didapatkan keluhan utama sesak napas dengan nyeri dada. Karakteristik nyeri PQRST : P : apabila aktivitas dan tidak beraktivitas, Q : terasa seperti terbakar, R : bagian sentral dada sampai ketenggorokan, S : skala 6, T : Terus menerus. Klien tampak meringis dan lemas. Klien tidak memiliki alergi obat dan makanan. Sebelum dibawa ke IGD klien sudah dibawa ke Rumah Sakit TPT pada tanggal 7 juli 2024 dan mendapatkan perawatan namun dipulangkan. Pengobatan terakhir klien

mengonsumsi obat, paracetamol 500mg, omeprazol 40mg, dan ondansetron 8mg. Namun sejak pagi nyeri dada, sesak, mual dan keringat dingin tidak membaik sudah minum obat namun tidak berkurang. Riwayat penyakit terdahulu klien mengatakan bahwa memiliki penyakit hipertensi dan dislipidemia.

Pemeriksaan thorax didapatkan data klien mengeluh nyeri dada, dan sesak. Pemeriksaan dada klien, Inspeksi : dada simetris, palpasi : tidak ada jejas, perkusi : suara paru sonor, auskultasi : suara napas vesikuler dikedua lapang dada, suara jantung lupdup S1 dan S2, tidak ada suara tambahan S3 maupun S4.

Hasil pemeriksaan penunjang pada tanggal 08 juli 2024 didapatkan hasil rontgen cardiomegali 62%, hasil EKG ST elevasi pada *lead* II, III, dan AVF. Pemeriksaan laboratorium hemaglobin 12,7 g/dl, Leukosit 12.3 ribu uL, Troponin <0,01, Natrium 137 umol/L, kalium 2,8 umol/L, clorida 104 umol/L.

B. Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
1.	Data Subjetif : Klien mengatakan sesak napas Data Objektif : tekanan darah 147/93 mmhg, Nadi teraba lemah, Nadi 68x/menit, tampak pucat, Hasil EKG : ST Elevasi	Perubahan Afterload	Penurunan curah jantung (D.0008)
2.	Data Subjektif : Klien mengatakan sesak Data Objektif : Klien nampak penggunaan otot bantu napas, RR (takipnea) : 25x/menit, SpO ₂ : 93 %, tampak napas dangkal,	Hambatan Upaya napas	Pola napas tidak efektif (D.0005)
3.	Data Subjektif : Klien mengatakan nyeri dada Data Objektif :	Agen pencedera fisiologis	Nyeri akut (D.0077)

	klien tampak meringis, P : apabila aktivitas dan tidak beraktivitas, Q : terasa seperti terbakar, R : bagian sentral dada sampai ketenggorokan, S : Skala 6, T : Terus menerus		
4.	Data Subjektif : klien mengatakan mudah lelah Data Objektif : tampak klien lemas, SpO ₂ : 93%	Ketidakadekuatan antara suplai dan kebutuhan oksigen	Intoleransi Aktifitas (D.0056)

Table 3.1. Tabel Analisa data

C. Diagnosa Keperawatan

Analisis terhadap data yang ditemukan pada klien merumuskan diagnosis keperawatan pada klien Ny. L antara lain:

1. Penurunan curah jantung b.d perubahan *afterload* d.d Klien mengatakan sesak napas, tekanan darah 147/93 mmHg, nadi teraba lemah, nadi 68x/menit, tampak pucat, hasil EKG : ST Elevasi.
2. Pola napas tidak efektif b.d hambatan upaya napas d.d Klien mengatakan sesak, Klien nampak penggunaan otot bantu napas, RR (takipnea) : 25x/ menit, SpO₂ : 93 %, tampak napas dangkal.
3. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis d.d Klien mengatakan nyeri dada, klien tampak meringis, P : apabila aktivitas dan tidak beraktivitas, Q : terasa seperti terbakar, R : bagian sentral dada sampai ketenggorokan, S : skala 6, T : Terus menerus, EKG : ST Elevasi.
4. Intoleransi aktivitas b.d ketidakadekuatan antara suplai dan kebutuhan oksigen d.d klien mengatakan mudah lelah tampak klien lemas, SpO₂ : 93%.

D. Intervensi Keperawatan

Rencana asuhan keperawatan untuk diagnosa utama penurunan curah jantung yang dialami klien bertujuan untuk curah jantung meningkat (L.02008) dan perfusi miokard meningkat (L.02011) selama perawatan di

instalasi gawat darurat dengan kriteria hasil berdasarkan SLKI yaitu kekuatan nadi meningkat, bradikardi menurun, Nyeri dada menurun, tekanan darah membaik, lelah menurun, gambaran EKG infark menurun, pucat menurun. Rencana tindakan keperawatan untuk meningkatkan curah jantung yang dilakukan berdasarkan SIKI adalah Perawatan Jantung (L.02075) dan perawatan jantung akut (L.02075)

Rencana asuhan keperawatan untuk diagnosis pola napas tidak efektif yang dialami klien bertujuan untuk pola napas membaik (L.01004) dalam 10 menit. kriteria hasil pelaksanaan tindakan keperawatan berdasarkan SLKI yaitu takipnea menurun, penggunaan otot bantu napas menurun, frekuensi napas membaik, kedalaman napas membaik. Rencana tindakan yang dilakukan untuk mengatasi pola napas tidak efektif berdasarkan SIKI adalah manajemen napas (L.01011) dan pemantauan respirasi (L.01014).

Rencana asuhan keperawatan untuk diagnosa nyeri akut yang dialami klien bertujuan untuk menurunkan tingkat nyeri (L.08066) dalam 15 menit. Kriteria hasil pelaksanaan tindakan keperawatan berdasarkan SLKI yaitu keluhan nyeri menurun, meringis menurun, frekuensi nadi membaik. Rencana tindakan yang dilakukan untuk mengatasi nyeri berdasarkan SIKI adalah dengan manajemen nyeri (L08238).

Rencana asuhan keperawatan untuk diagnosa intoleransi aktivitas yang dialami klien bertujuan untuk meningkatkan intoleransi aktivitas (L.05047) dengan kriteria hasil pelaksanaan tindakan keperawatan berdasarkan SLKI yaitu frekuensi nadi membaik, saturasi oksigen membaik, keluhan lelah menurun, perasaan lemah menurun. Rencana tindakan yang dilakukan untuk mengatasi intoleransi aktivitas berdasarkan SIKI adalah dengan manajemen energi (L05678).

E. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan Ny. L pada tanggal 08 Juli 2024 dengan diagnosa penurunan curah jantung, tindakan yang dilakukan adalah identifikasi tanda atau gejala primer penurunan curah jantung

mengidentifikasi karakteristik nyeri dada (P : apabila aktivitas dan tidak beraktivitas, Q : terasa seperti terbakar, R : bagian sentral dada sampai ketenggorokan, S : skala 6/10, T : terus menerus), Monitoring tekanan darah, nadi (147/93, 68x/menit), Memantau EKG 12 sadapan untuk perubahan ST dan T (perubahan ST elevasi di *lead* II,III, AFV), Memantau elektrolit (kalium *low* :2,2 normal 3.5 - 5.0 umg/l), Memantau saturasi oksigen (93%), Memasang akses intravena (tangan sebelah kanan), Memberikan dukungan emosional dan spiritual (memberikan semangat untuk sembuh serta tetap berdoa), Mengkolaborasi pemeriksaan *x-ray* dada mengkolaborasi memberikan pemberian obat secara oral : aspilet 80mg 4 tablet, CPG 75mg 4 tablet (sesuai terapi), menganjurkan aktivitas fisik secara bertahap, memberikan posisi semi fowler.

Implementasi keperawatan untuk mengatasi diagnosa pola napas tidak efektif dengan memantau pola, frekuensi, irama kedalaman dan upaya napas, memberikan posisi semi fowler 45 derajat, memberikan oksigen 3 liter per menit dengan nasal kanul, memantau saturasi oksigen, klien serta mendokumentasikan.

Berdasarkan diagnosa keperawatan nyeri akut, tindakan yang dilakukan adalah mengidentifikasi karakteristik nyeri PQRST baik secara verbal dan non verbal, mengidentifikasi faktor pemberat nyeri (posisi), memberikan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri (relaksasi), kolaborasi pemberian obat pantoprazole 20mg, cedorad 5mg secara sublingual, monitor kembali karakteristik nyeri pada klien

Implementasi keperawatan dengan diagnosa intoleransi aktivitas, tindakan yang dilakukan adalah memantau kelelahan fisik dan emosional, menyediakan lingkungan yang nyaman, menganjurkan tirah baring serta melakukan aktivitas secara bertahap.

Pada kasus ini perawat menerapkan hasil *evidence based practice in nursing* yaitu pemberian posisi semi fowler 45 derajat dan relaksasi napas dalam. Posisi semi fowler ini mengangkat tubuh dan kepala 15 hingga 45 derajat. Manfaat dari posisi semi fowler adalah memperlancar saturasi

oksigen untuk menurunkan sesak napas (Satria *et al*, 2020), sedangkan relaksasi napas dalam adalah pernapasan pada abdomen dengan frekuensi lambat serta perlahan, berirama, dan nyaman dengan cara memejamkan mata saat menarik napas. Efek dari terapi ini adalah distraksi atau pengalihan perhatian, kerja dari terapi ini dapat memberikan peregangan kardiopulmonari. Membuat otot tubuh lebih rileks dan mengalami penurunan denyut jantung dan kontraksi jantung memberikan ketenangan pada klien (Izzo 2008, h.138; Jurnal Hastuti 2015) dalam (Herwanto, 2023)

Selanjutnya dilakukan kolaborasi pemeriksaan laboratorium dan dilanjutkan memantau kembali tanda-tanda vital, kesadaran dan nyeri setiap 30 menit sekali, pukul 11.00 klien dipindahkan ke ruang ICU untuk mendapatkan intervensi lanjutan (Implementasi dengan susunan waktu terlampir).

F. Evaluasi Keperawatan

Hasil Evaluasi terhadap tindakan keperawatan yang dilakukan menunjukkan bahwa tindakan perawatan jantung, jantung akut, manajemen napas, pemantau respirasi, manajemen nyeri, dan manajemen energi di dapatkan hasil tanda-tanda vital tekanan darah 120/82 mmhg, RR 23x permenit, saturasi oksigen 98%, nadi 68x/menit, temperatur 36,4 nyeri berkurang dari skala 6 menjadi 3, nadi teraba lemah, hasil EKG tidak ada perubahan yaitu ST elevasi, tampak klien posisi semi fowler, terpasang nasal kanul 3 liter/ menit dan aktivitas dibantu keluarga. Observasi klien di ruang IGD dilakukan selama kurang lebih 3 jam dengan interval observasi setiap 30 menit, sebelum dipindahkan ke ruang ICU untuk perawatan *intensive* dan mendapatkan intervensi lebih lanjut.