

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

Dalam bab ini berisi dua klien dengan Sindrom Koroner Akut di Ruang ICU RSI Darus Syifa' Benowo yang menggunakan 5 tahap proses keperawatan yaitu pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Dalam penelitian ini, lokasi penelitian berada di Rumah Sakit Islam (RSI) Darus Syifa' yang terletak di Jl.Raya Benowo No.05 Desa Benowo Kecamatan Pakal Kota Surabaya dan Provinsi Jawa Timur. RSI Darus Syifa' adalah rumah sakit swasta kelas C yang diresmikan pada tanggal 10 Maret 2003. Rumah sakit ini merupakan rumah sakit milik Yayasan dimana ketua yayasannya adalah H. Ahmad Turhamun sedangkan untuk Direktur rumah sakit saat ini adalah Dr. H. M. Faiz, Sp.THT-KL.

Di rumah sakit ini tersedia tenaga medis dengan rincian Dokter 11 Orang, Dokter Spesialis 1 Orang, Dokter Gigi 1 Orang, Dokter Gigi Spesialis 2 Orang, Perawat 257 Orang, Paramedis non perawat 80 Orang, Non Medis 254 Orang. Pelayanan Medis Medical Check Up, Dokter Umum, Dokter Gigi, Dokter Spesialis/ Sub-Spesialis, Anak, Bedah, Kebidanan & Kandungan, Penyakit Dalam, Syaraf, THT, Mata, Paru, Jantung, Bedah Tulang, Alergi, Rehabilitasi Medik. Pelayanan Penunjang terdapat Laboratorium Patologi Klinik, Laboratorium Patologi Anatomi, X-Ray, USG, ECG, Konsultasi Gizi, Farmasi.

Fasilitas ruangan terdapat UGD 24 Jam, Rawat Jalan, Rawat Inap, Kamar Bedah, ICU, NICU, dan ruang OK

MOTTO : Melayani dengan senyum sebagai bagian dari ibadah

VISI : Tercapainya pelayanan kesehatan paripurna yang islami.

MISI : Ibadah dan Dakwah

4.1.2 Pengkajian Keperawatan

1. Identitas Klien

Tabel 4.1 Identitas Klien

Kasus 1	Kasus 2
Ny.S umur 63 tahun jenis kelamin perempuan, beragama islam, alamat xxxx, suku jawa bangsa Indonesia, pendidikan terakhir SMP dan pekerjaan sekarang sebagai ibu rumah tangga. Penanggung jawab Tn.A, nomor rekam medis 2617xxxx, tanggal masuk rumah sakit 12 juni 2016 pukul 11.00 wib dengan diagnosa medis sindrom koroner akut di ruang icu bed 7. Tanggal pengkajian 12 juni 2016 pukul 14.20 wib dan sumber informasi dari klien dan keluarga klien.	Tn.M umur 47 tahun berjenis kelamin laki-laki, beragama islam, alamat xxxx, suku jawa bangsa Indonesia, pendidikan terakhir SD. Penanggung jawab Ny.N, nomor rekam medis 1352xxxx, tanggal masuk rumah sakit 15 juni 2016 pukul 04.10 wib dengan diagnosa medis sindrom koroner akut di ruang icu bed 3. Tanggal pengkajian 15 juni 2016 pukul 06.30 wib dan sumber informasi dari klien dan keluarga klien

2. Keluhan Utama

Tabel 4.2 Keluhan Utama

Kasus 1	Kasus 2
Klien mengatakan nyeri dada	Klien mengatakan nyeri dada

3. Riwayat Penyakit Sekarang

Tabel 4.3 Riwayat Penyakit Sekarang

Kasus 1	Kasus 2
Klien mengatakan nyeri pada dada kiri, berkeringat dingin, lemas, terasa mual muntah 1x dan sesak napas pada jam 09.00 wib tanggal 12 juni 2016, skala nyeri dada yaitu 8 kualitas nyeri seperti ditusuk-tusuk. Kemudian klien dibawa keluarganya ke UGD RSI Darus Syifa' Benowo Surabaya jam 11.00, ketika di UGD klien diberi therapy isdn 5mg, O2 nasal canul 3lpm dan infus pz 7tpm. setelah itu oleh dokter di UGD klien disarankan untuk rawat inap, lalu klien di bawa ke ruang ICU dengan diagnosa medis Sindrom Koroner Akut.	Klien mengatakan nyeri dada, lemas dan pucat pada jam 21.00 klien kontrol ke RSI Darus Syifa' benowo surabaya dan disarankan untuk rawat inap tetapi klien menolaknya kemudian pada jam 03.00 nyeri dada klien kambuh lagi dan disertai napasnya tersenggal-senggal, berkeringat dingin, skala nyeri pada angka 8 dan kualitas nyeri seperti diremas-remas. Kemudian klien dibawa oleh keluarganya ke UGD RSI Darus Syifa' Benowo Surabaya jam 04.10 ketika di UGD klien diberi therapy isdn 5mg, O2 simple face mask 6lpm dan infus pz 14tpm setelah itu oleh dokter disarankan untuk rawat inap lalu klien dibawa ke ruang ICU dengan diagnosa medis Sindrom Koroner Akut.

4. Riwayat Penyakit Dahulu

Tabel 4.4 Riwayat Penyakit Dahulu

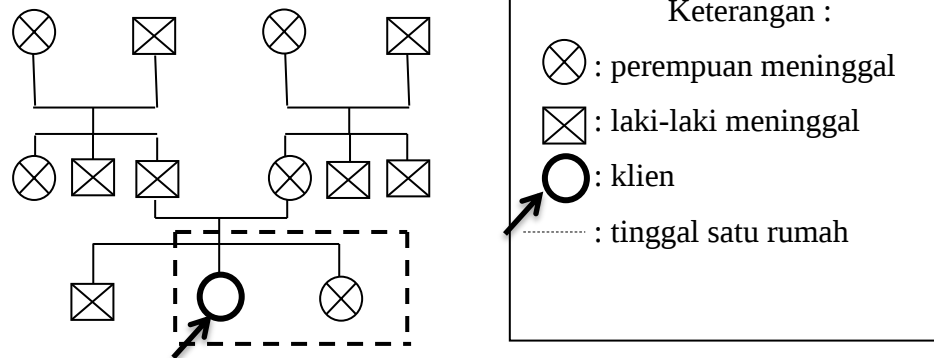
Kasus 1	Kasus 2
Klien mengatakan ± 2 bulan yang lalu sempat terkena stroke ringan lengan tangan kanan dan kaki tapi sekarang sudah sembuh dan klien masih kontrol ke pelayanan kesehatan setiap bulannya.	Klien menderita vertigo, sempat dirawat di ruang perawatan interna RSI Darus Syifa' benowo selama ± 2 minggu. Keluarga klien juga mengatakan bahwa klien masih sering kontrol setiap bulan sekali.

5. Riwayat Penyakit Keluarga

Tabel 4.5 Riwayat Penyakit Keluarga

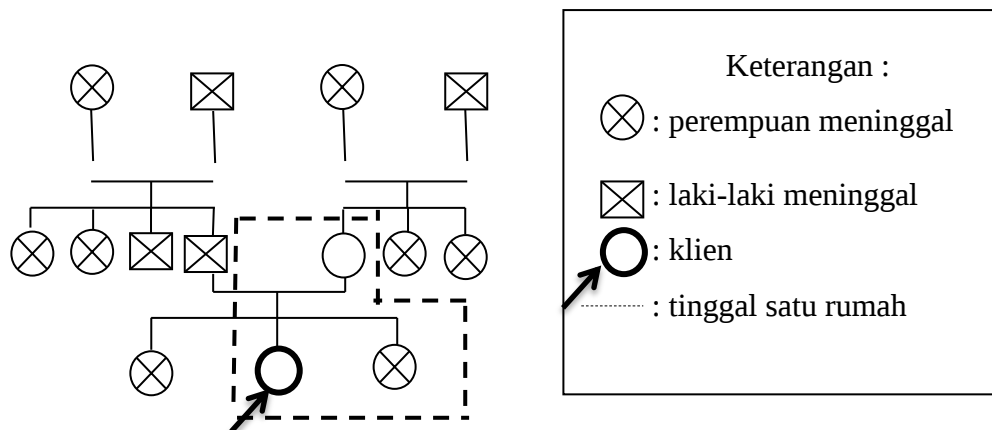
Kasus 1	Kasus 2
Klien mengatakan keluarganya, ada yang memiliki riwayat diabetes mellitus dan hepatitis.	Klien mengatakan tidak ada keluarga yang memiliki penyakit menurun maupun menahun

6. Genogram Klien Pertama



Gambar 4.1 Genogram Klien Pertama

Genogram Klien Kedua



Gambar 4.2 Genogram Klien Kedua

7. Pemeriksaan Fisik Refiew Of System (pengkajian per system)

Tabel 4.6 Hasil Pemeriksaan Fisik Refiew Of System

Kasus 1	Kasus 2
B1 : Sistem Pernafasan Subyektif : Klien mengatakan sesak Obyektif : Pernafasan klien spontan, bentuk dada normal chest, klien tampak gelisah, adanya nafas cuping hidung, pada palpasi terdapat retraksi intercosta, RR 27x/menit irama regular dan kedalaman normal, dispnea , perkusi sonor, tidak terdapat suara tambahan seperti ronkhi dan wheezing, terpasang O2 nasal canul 3 Lpm, spo2 98 %, posisi head up 30⁰. Problem: Ketidakefektifan Pola Napas	B1 : Sistem Pernafasan Subyektif : Klien mengatakan sesak Obyektif : Pernafasan klien spontan, bentuk dada normal chest, klien tampak gelisah, adanya retraksi intercostal, terdapat nafas cuping hidung, RR 29x/menit irama irregular kedalaman normal, dispnea, Perfusi dingin, perkusi sonor, tidak terdapat suara tambahan seperti ronkhi dan wheezing, terpasang O2 simple face mask 6 Lpm, spo2 96 %, posisi head up 30⁰, tidak terdapat secret. Problem: Ketidakefektifan Pola Napas
B2 : Sistem Kardiovaskular Subyektif : Klien mengatakan adanya sakit seperti ditusuk-tusuk Obyektif : Bentuk normal chest, klien tampak meringis kesakitan, tidak terpasang CVP, tidak ada cardiomegali, CRT <2dtk, akral dingin, Perfusi dingin distensi vena jugularis, terdengar suara jantung s1 s2 tunggal. TD: 125/90 mmhg, N: 120x/menit irama regular dan cepat, Gambaran EKG nampak gelombang ST-Elevasi ST-Depresi. Problem: 1. Nyeri akut 2. Penurunan Curah Jantung	B2 : Sistem Kardiovaskular Subyektif : Klien mengatakan adanya sakit seperti diremas-remas Obyektif : Bentuk normal chest, klien tampak menyeringai kesakitan, tidak terpasang CVP, tidak ada cardiomegali, CRT <2dtk, akral dingin, perfusi dingin distensi vena jugularis , terdengar suara jantung s1 s2 tunggal . TD: 115/78mmHg N:90x/menit, nadi regular dan lambat. Problem: Nyeri akut
B3 : Sistem Persyarafan Subyektif : Klien mengatakan nyeri pada dada Obyektif : GCS 456 , kesadaran umum klien compos mentis, tidak ada sianosis perifer, klien tampak gelisah, pupil isokor, tidak ada kejang, klien tampak menyeringai, nyeri pada dada, seperti ditusuk-tusuk pada daerah dada, skala nyeri 8 dan hilang timbul jika diberi obat anti nyeri, klien tampak terganggu dalam tidurnya, perubahan posisi dalam menghindari nyeri, gerakan yang menghindari	B3 : Sistem Persyarafan Subyektif : Klien mengatakan nyeri pada dada Obyektif : GCS 456 , kesadaran umum klien compos mentis CRT <2detik, tidak ada sianosis perifer, klien tampak gelisah, pupil isokor, tidak ada kejang, klien tampak menyeringai, nyeri pada dada, seperti diremas-remas pada daerah dada, skala nyeri 8 dan hilang timbul jika diberi obat anti nyeri, klien tampak terganggu dalam tidurnya, perubahan posisi dalam menghindari nyeri, gerakan yang menghindari nyeri, perubahan nafsu

nyeri, perubahan nafsu makan, dan terlihat kesakitan akibat nyerinya. Problem: nyeri akut	makan, dan terlihat kesakitan akibat nyerinya. Problem: nyeri akut
B4 : Sistem Perkemihan Subyektif : Klien mengatakan kencing lewat selang kateter Obyektif : Tidak distended, tidak terdapat nyeri tekan pada abdomen, terpasang dower cateter uk.16 terfiksasi, jumlah produksi urine 1200cc/24jam, tidak terdapat oliguria, warna kuning , bau khas urine, tidak terdapat kemerahan di sekitar uretra dan intake minumannya 500cc/24 jam + makan 2100kal/24 jam dan infus pz 1000cc/24 jam. Problem: Tidak ada masalah keperawatan	B4 : Sistem Perkemihan Subyektif : Klien mengatakan kencing lewat selang kateter Obyektif : Tidak distended, tidak terdapat nyeri tekan pada abdomen, terpasang dower cateter uk.18 terfiksasi, produksi urine baik, jumlah produksi urine 1600cc/24jam, warna kuning , bau khas urine, tidak terdapat kemerahan di sekitar uretra. Problem: Tidak ada masalah keperawatan
B5 : Sistem Gastrointestinal Subyektif : Klien mengatakan BAB lancar sebelum ke rumah sakit sudah BAB Obyektif : Bentuk simetris, flat tidak distended, tidak ada bekas luka jahitan, tidak ada nyeri tekan, tidak kembung, terdengar tympani, peristaltik usus 12x/menit, klien memakai pempers. Tidak terdapat hemoroid. tidak ada hernia. Problem: tidak ada masalah keperawatan	B5 : Sistem Gastrointestinal Subyektif : Klien mengatakan BAB lancar Obyektif : Bentuk simetris, flat tidak distended, tidak ada bekas luka jahitan, tidak ada nyeri tekan, tidak kembung, terdengar tympani, peristaltik usus 14x/menit, klien memakai pempers. Tidak terdapat hemoroid. tidak ada hernia. intake minumannya 500cc/24 jam + makan 2100kal/24 jam dan infus pz 1000cc/24 jam. Problem: tidak ada masalah keperawatan
B6 : Sistem Muskuloskeletal Subyektif : klien mengatakan lemas Obyektif : Tonus otot dextra sinistra 5 5 5 5 Turgor kulit baik, S: 37,3°C , pucat, tidak sianosis, ADL dibantu keluarga, tidak ada odema, warna kulit kuning langsung, ekstremitas atas dan bawah masih dapat digerakkan dengan baik, tetapi masih bisa tidur, frekuensi 5-6 jam/hari. Problem : Intoleransi Aktivitas	B6 : Sistem Muskuloskeletal Subyektif : Klien mengatakan lemas dan merasa lelah Obyektif : Tonus otot dextra sinistra 5 5 5 5 Turgor kulit baik, S: 36°C , pucat, tidak sianosis, ADL dibantu keluarga, tidak ada odema, warna kulit sawo matang, ekstremitas atas dan bawah masih dapat digerakkan dengan baik. Problem : Intoleransi Aktivitas

8. Pemeriksaan Penunjang

Pada pemeriksaan laboratorium yang muncul pada klien pertama di dapatkan hasil sebagai berikut :

Tanggal : 12 - 06 - 2016

a. Laboratorium

Hematologi :

HGB : 11,4 g/dl	(normal : Pr: 11,5 – 16,0 g/dl)
WBC : 13.400 /cmm	(normal : 4000 – 11.000/cmm)
RBC : 4,60 juta/cmm	(normal : 3,5 – 6,0 juta/cmm)
PCV : 37 %	(normal : 35 % - 50 %)
PLT : 314.000 /cmm	(normal : 150.000 – 450.000/cmm)

Kimia Klinik :

SGOT : 22 u/l	(normal : pr: < 31 u/l)
SGPT : 25 u/l	(normal : pr: <31 u/l)
BUN : 26,1 mg/dl	(normal : 4,7 – 23,3 mg/dl)
Kreatinin : 1,15 mg/dl	(normal : 0,6 – 1,0 mg/dl)
Cholesterol : 205,9	(normal : < 200 mg/dl)
Trigliserida : 163	(normal : < 150 mg/dl)

Elektrolit :

Natrium : 143,3 m Eq/l	(normal : 136 – 144 m Eq/l)
Kalium : 3,80 m Eq/l	(normal : 4 – 5 m Eq/l)
Kalsium : 9,12 mg/dl	(normal : 8,0 – 10,7 mg/l)
Klorida : 105,8 m Mol/l	(normal : 98 – 107 m Mol/l)

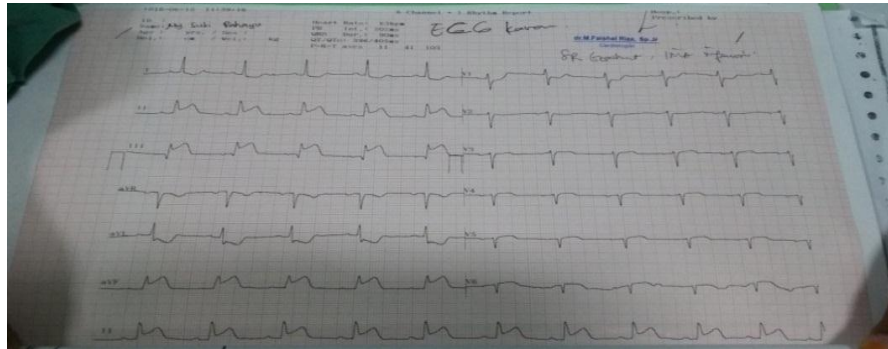
b. Foto thorax

Tanggal : 12 - 06 - 2016

Hasil : tidak nampak pembesaran jantung (kardiomegali)

c. Ekg

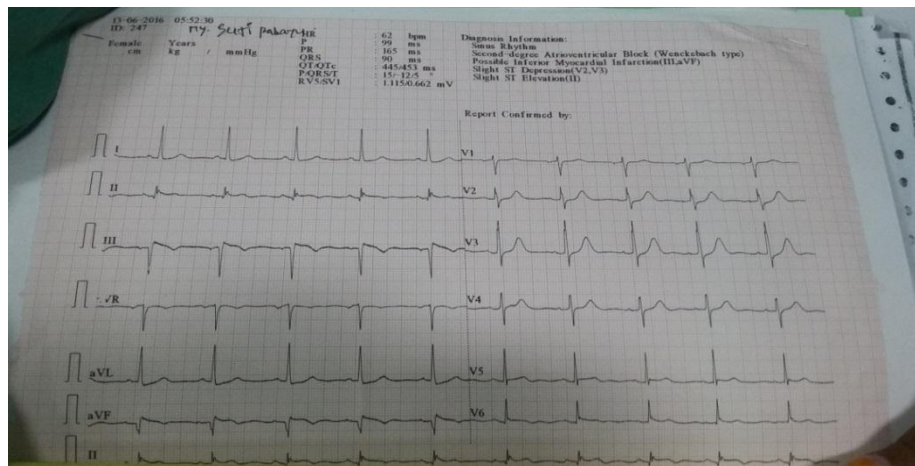
Tanggal : 12 - 06 - 2016 Jam 11.39 WIB



Gambar 4.3 Hasil pemeriksaan EKG klien pertama

Ket : ST-Elevasi ST-Depresi II,III,AVF. Left axis deviation. MI inferior arteri kanan.

Tanggal : 13 - 06 – 2016 Jam : 05.52 WIB



Gambar 4.4 Hasil pemeriksaan EKG klien pertama

Ket: Sinus Rhythm, Second-degree Atrioventricular Block, Possible Inferior Myocardial Infarction (III,aVF), Slight ST Elevasi (II).

Pada pemeriksaan laboratorium yang muncul pada klien kedua di dapatkan hasil sebagai berikut :

Tanggal : 15 - 06 - 2016

a. Laboratorium

Hematologi :

HGB : 13,6 g/dl	(normal : Lk: 13,5 – 18,0 g/dl)
WBC : 9.100 /cmm	(normal : 4.000 – 11.000/cmm)
RBC : 5,76 juta/cmm	(normal : 3,5 – 6,0 juta/cmm)
PCV : 40 %	(normal : 35 % - 50 %)
PLT : 245.000 /cmm	(normal : 150.000 – 450.000/cmm)

Kimia Klinik :

SGOT : 26 u/l	(normal : lk: < 37 u/l)
SGPT : 39 u/l	(normal : lk: < 40 u/l)
BUN : 8,7 mg/dl	(normal : 4,7 – 23,3 mg/dl)
Kreatinin : 0,87 mg/dl	(normal : 0,6 – 1,0 mg/dl)

Elektrolit :

Natrium : 133,5 m Eq/l	(normal : 136 – 144 m Eq/l)
Kalium : 4,19 m Eq/l	(normal : 4 – 5 m Eq/l)
Kalsium : 7,28 mg/dl	(normal : 8,0 – 10,7 mg/l)
Klorida : 110,0 m Mol/l	(normal : 98 – 107 m Mol/l)

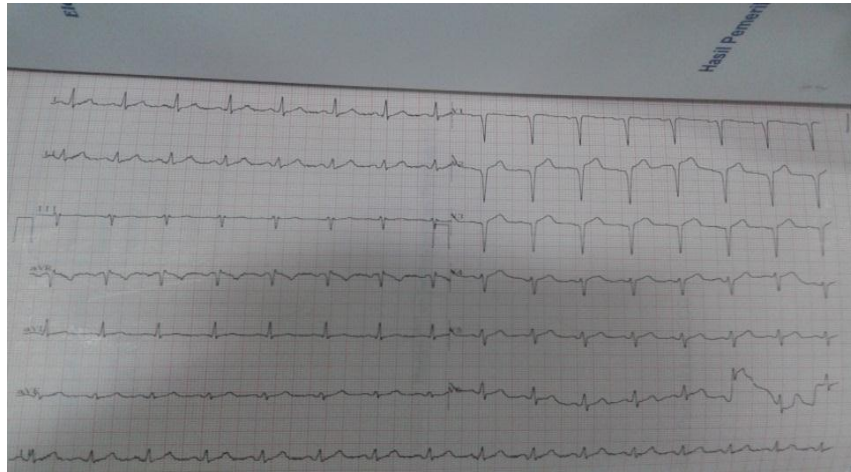
b. Foto thorax

Tanggal : 15 - 06 - 2016

Hasil : tidak nampak pembesaran jantung (kardiomegali)

c. EKG

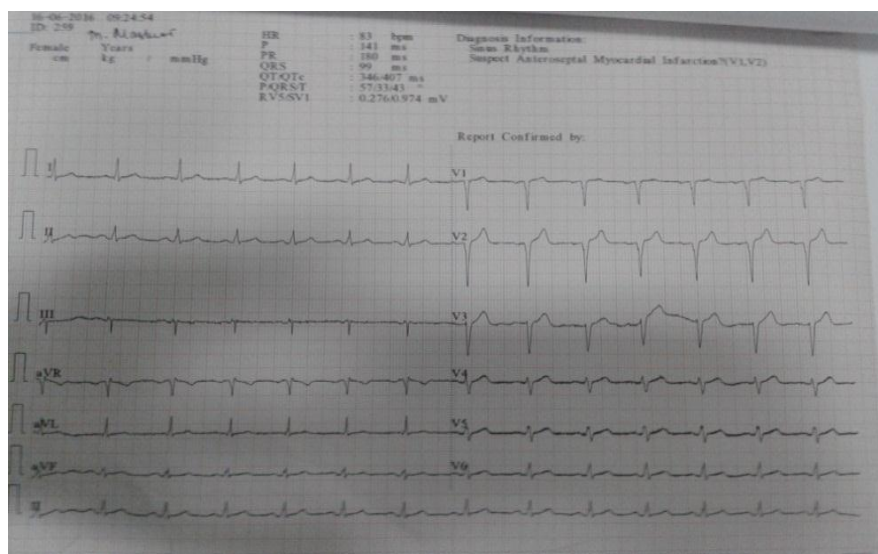
Tanggal : 15 - 06 - 2016 Jam 04.30 WIB



Gambar 4.5 Hasil pemeriksaan EKG klien kedua

Ket: Sinus Rhythm, ST-Elevasi V1,V2,V3. IMA anteroseptal

Tanggal : 16 - 06 - 2016 Jam 09.24 WIB



Gambar 4.6 Hasil pemeriksaan EKG klien kedua

Ket: Sinus Rhythm, Anteroseptal Myocardial Infarction Anteroseptal (V2,V3).

9. Penatalaksanaan

Tabel 4.7 Penatalaksanaan

Kasus 1	Kasus 2
Infus PZ 7 tpm , Injeksi Ranitidin 2x1/iv, Arixtra 1x1/iv, Ondansentron 2x1/iv, Morphin 1x1 k/p dan Per oral Bisoprol 1x0,5mg, Asa 1x100mg, Clopidogrel 1x75mg, Simvastatin 20mg, Disolf 3x2 tab (selama 3 hari saja), Isdn 2x5mg.	Infus PZ 14 tpm, dan injeksi Santagesik 2x1/iv, Arixtra 1x1/iv dan Per oral Bisoprol 1x0,5mg, Asa 1x100mg, Clopidogrel 1x75mg, Simvastatin 1x100mg, Aspalet 1 tab dan ISDN 2x5mg.

10. Daftar Masalah Keperawatan

Tabel 4.8 Daftar Masalah Keperawatan

Kasus 1	Kasus 2
1. Nyeri akut 2. Ketidakefektifan pola napas 3. Penurunan curah jantung 4. Intoleransi aktivitas	1. Nyeri akut 2. Ketidakefektifan pola napas 3. Intoleransi aktivitas

4.1.3 Analisa Data

4.1.3.1 Analisa Data Pada Klien Pertama Ny.S 63 Tahun

Tanggal 12 Juni 2016

1. Kelompok data pertama

- a. Data Subyektif : Klien mengatakan nyeri pada dada
- b. Data Obyektif : Klien tampak gelisah, klien tampak menyeringai, nyeri pada dada, seperti ditusuk-tusuk pada daerah dada, skala nyeri 8 dan hilang timbul jika diberi obat anti nyeri, TD: 125/90 mmhg, N: 120x/mnt, S: 36°C, MAP: 80mmhg, SPO2: 98%. klien tampak insomnia, adanya perubahan posisi dalam menghindari nyeri, gerakan yang menghindari nyeri,

perubahan nafsu makan, dan terlihat kesakitan akibat nyerinya, keringat dingin.

c. Masalah Keperawatan

Nyeri Akut

d. Penyebab

Iskemia jaringan sekunder

2. Kelompok data ke dua

a. Data Subyektif : Klien mengatakan sesak nafas

b. Data Obyektif : Pernafasan klien spontan, adanya nafas cuping hidung, pada palpasi terdapat retraksi intercosta, RR 27x/menit, irama regular, dispnea, terpasang O2 nasal canul 3 Lpm, spo2 98 %, posisi head up 30⁰.

c. Masalah Keperawatan

Ketidakefektifan pola napas

d. Penyebab

Penurunan Suplai Darah dan Oksigen

3. Kelompok data ke tiga

a. Data Subyektif : Klien mengatakan dadanya sakit seperti tertusuk

b. Data Obyektif : Bentuk normal chest, klien tampak meringis kesakitan, tidak terpasang CVP, tidak ada cardiomegali, Perfusi dingin distensi vena jugularis, terdengar suara jantung s1 s2 tunggal. TD: 125/90 mmhg N: 120x/mnt irama regular , Gambaran EKG nampak ST-Elevasi ST-Depresi.

c. Masalah Keperawatan

Penurunan Curah Jantung

d. Penyebab

Perubahan kontraktilitas miokard jantung

4. Kelompok data ke empat

a. Data Subyektif : Klien mengatakan lemas

b. Data Obyektif : Tonus otot

dextra	sinistra
5	5
5	5

Turgor kulit baik, pucat, tidak sianosis, ADL dibantu keluarga, tidak ada odema, warna kulit kuning langsung, ekstremitas atas dan bawah masih dapat digerakkan dengan baik, klien tampak lemah, klien bedrest.

c. Masalah keperawatan

Intoleransi Aktivitas

d. Penyebab

Nyeri akut

4.1.3.2 Analisa Data Klien Kedua Tn.M 47 Tahun

Tanggal 15 Juni 2016

1. Kelompok data pertama

a. Data Subyektif : Klien mengatakan nyeri pada dada

b. Data Obyektif : Klien tampak gelisah, klien tampak menyeringai, nyeri pada saat setelah aktifitas, seperti diremas-remas pada daerah dada, skala nyeri 8 dan hilang timbul jika diberi obat anti nyeri. TD: 115/78mmHg N:90 x/mnt, S: 36°C, MAP: 76mmhg, SPO2: 98%. klien tampak insomnia,

adanya perubahan posisi dalam menghindari nyeri, gerakan yang menghindari nyeri, perubahan nafsu makan, dan terlihat kesakitan akibat nyerinya, keringat dingin.

c. Masalah Keperawatan

Nyeri akut

d. Penyebab

Iskemia jaringan sekunder

2. Kelompok data kedua

a. Data Subyektif : Klien mengatakan sesak

b. Data Obyektif : Pernafasan klien spontan, klien tampak gelisah, adanya retraksi intercostal, terdapat nafas cuping hidung, RR 29x/menit, dispnea, Perfusi dingin, terpasang O2 simple face mask 6 Lpm, spo2 96 %, posisi head up 30°, tidak terdapat secret.

c. Masalah Keperawatan

Ketidakefektifan pola napas

d. Penyebab

Penurunan Suplai Darah dan Oksigen

3. Kelompok data ketiga

a. Data Subyektif : klien mengatakan lemas dan merasa lelah

b. Data Obyektif : Tonus otot

dextra	sinistra
5	5
5	5

Turgor kulit baik, tidak sianosis, ADL dibantu keluarga, tidak ada odema, warna kulit sawo matang, ekstremitas atas dan bawah masih dapat digerakkan dengan baik

c. Masalah keperawatan

Intoleransi aktivitas

d. Penyebab

Nyeri akut

4.1.4 Diagnosa Keperawatan

4.1.4.1 Klien pertama Ny.S / 63 tahun

1. Nyeri Akut berhubungan dengan iskemia jaringan sekunder
2. Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan Penurunan Suplai Darah dan Oksigen
3. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas miokard jantung
4. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan nyeri akut

4.1.4.2 Klien kedua Tn.M / 47 tahun

1. Nyeri Akut berhubungan dengan iskemia jaringan sekunder
2. Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan Penurunan Suplai Darah dan Oksigen
3. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan nyeri akut

4.1.5 Rencana Keperawatan

4.1.5.1 Rencana Tindakan Pada Klien Pertama : Ny.S / 63 Tahun

Diagnosa Keperawatan 1

Nyeri akut berhubungan dengan iskemia jaringan sekunder

NOC

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri dapat berkurang/hilang

Kriteria Hasil :

1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)
2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang 1-3 dengan menggunakan manajemen nyeri
3. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi, dan tanda nyeri)
4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang
5. Wajah klien tampak segar dan tenang
6. Tanda tanda vital dalam batas normal

Tekanan darah : (sistole : 100 – 140 mmhg) (diastole 60 – 90 mmhg),

MAP: 70 - 105 mmHg, Suhu : 36,5°C – 37,5°C, RR : 16 – 20 x/menit,

Nadi : 60-100 x/menit.

NIC

1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, dan kualitas

Rasional :

Dengan mengkaji tingkat nyeri, lokasi dan intensitasnya akan tepat dalam melakukan tindakan keperawatan

2. Observasi tanda-tanda vital tiap jam sekali

Rasional :

Mengetahui keadaan umum klien

3. Instruksikan klien untuk segera melaporkan adanya nyeri

Rasional :

Penundaan pelaporan nyeri menghambat peredaan nyeri/memerlukan peningkatan dosis obat

4. Berikan suasana yang nyaman dan tenang

Rasional :

Menurunkan rangsang eksternal dimana ansietas dan regangan jantung serta keterbatasan kemampuan koping dan keputusan terhadap situasi saat ini.

5. Jelaskan penyebab nyeri dan kemungkinan faktor fisik dan emosional setelah fase nyeri akut berlalu

Rasional :

Penjelasan dengan tenang dapat mengurangi stres pasien yang berhubungan dengan takut karena ketidaktahuan

6. Ajarkan teknik relaksasi, distraksi, atau massage

Rasional :

Tindakan ini mengurangi nyeri dengan memanipulasi kerja otak untuk

rangsang lainnya. Relaksasi menurunkan ketegangan otot, menurunkan frekuensi jantung, dapat memperbaiki isi sekuncup dan meningkatkan indra kontrol pasien terhadap nyeri.

7. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat anti nyeri angina (morphine, arixtra, isdn).

Rasional :

Menghambat bekuan darah dan membantu mengurangi nyeri dan rasa mual muntah

4.1.5.2 Rencana Tindakan Pada Klien Kedua : Tn.M / 47 Tahun

Diagnosa Keperawatan 1

Nyeri akut berhubungan dengan iskemia jaringan sekunder

NOC

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri dapat berkurang/hilang

Kriteria Hasil :

1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)
2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang 1-3 dengan menggunakan manajemen nyeri
3. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi, dan tanda nyeri) skala nyeri 0-3
4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang
5. Wajah klien tampak segar dan tenang
6. Tanda tanda vital dalam batas normal

Tekanan darah : (sistole : 100 – 140 mmhg) (diastole 60 – 90 mmhg),
 MAP: 70 - 105 mmhg, Suhu : 36,5°C – 37,5°C, RR : 16 – 20 x/menit, Nadi
 : 60-100 x/menit

NIC

1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, dan kualitas

Rasional :

Dengan mengkaji tingkat nyeri, lokasi dan intensitasnya akan tepat dalam melakukan tindakan keperawatan

2. Observasi tanda-tanda vital tiap jam sekali

Rasional :

Mengetahui keadaan umum klien

3. Instruksikan klien untuk segera melaporkan adanya nyeri

Rasional :

Penundaan pelaporan nyeri menghambat peredaan nyeri/memerlukan peningkatan dosis obat

4. Berikan suasana yang nyaman dan tenang

Rasional :

Menurunkan rangsang eksternal dimana ansietas dan regangan jantung serta keterbatasan kemampuan koping dan keputusan terhadap situasi saat ini.

5. Jelaskan penyebab nyeri dan kemungkinan faktor fisik dan emosional setelah fase nyeri akut berlalu

Rasional :

Penjelasan dengan tenang dapat mengurangi stres pasien yang berhubungan dengan takut karena ketidaktahuan

6. Ajarkan teknik relaksasi, distraksi, atau massage

Rasional :

Tindakan ini mengurangi nyeri dengan memanipulasi kerja otak untuk rangsang lainnya. Relaksasi menurunkan ketegangan otot, menurunkan frekuensi jantung, dapat memperbaiki isi sekuncup dan meningkatkan indra kontrol pasien terhadap nyeri.

7. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat antikoagulan (arixtra, isdn dsb).

Rasional :

Membantu menghambat bekuan dalam darah

4.1.6 Pelaksanaan Keperawatan

4.1.6.1 Diagnosa Keperawatan 1 Pada Klien Ny.S Umur 63 Tahun

Pelaksanaan tanggal : 12 Juni 2016

1. Pukul 14.20 membina hubungan saling percaya kepada klien dan keluarga klien seperti memperkenalkan nama, memperkenalkan profesi, tujuan ke klien

Respon: klien sangat percaya dan dapat menerima tujuan saya dengan baik

2. Pukul 14.20 mengkaji keadaan klien sesuai dengan literatur asuhan keperawatan.

Respon: klien menjawab semua pertanyaan dengan kooperatif dan keluarga klien juga ikut membantu menjawab apa yang sudah ditanyakan

3. Pukul 14.20 melakukan observasi nyeri pqrst pada klien

Respon klien : wajah klien tampak menyeringai, dan mengeluh nyeri

Problem: nyeri dada

Quality: nyeri seperti ditusuk-tusuk

Region: lokasi nyeri di daerah dada subternal

Scale: skala nyeri 8

Time: timbulnya secara tiba-tiba

4. Pukul 14.35 mengajarkan napas dalam, mengaji dan berzikir kepada klien

Respon: klien dapat melakukan dengan baik, klien merasa sedikit tenang

5. Pukul 14.40 melakukan auskultasi bunyi jantung

Respon: didapatkan bunyi jantung s1 s2 tunggal dan tidak ada suara nafas tambahan seperti ronchi dan wheezing

6. Pukul 15.00 mengobservasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 107/85mmHg, nadi 85 x/menit, respirasi rate 26 x/menit , suhu 36°C , map 90 mmhg , spO₂ 98%

7. Pukul 15.20 membantu menyeka klien

Respon: klien tampak senang dan mengucapkan terima kasih

8. Pukul 16.00 mengobservasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 120/80mmHg, nadi 80 x/menit, respirasi rate 25 x/menit , suhu 37°C, map 80 mmhg, spO₂ 96%

9. Pukul 16.10 memberikan diit nasi rendah garam kepada klien

Respon: klien mengucapkan terimakasih dan dapat menghabiskan makanannya meskipun lama

10. Pukul 17.00 mengobservasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 135/80mmHg , nadi 80 x/menit , respirasi rate 25 x/menit , suhu 37°C , map 85 mmhg , spO₂ 98%

11. Pukul 17.00 memberikan injeksi ondansentron, ranitidine, dan arixtra

Respon: klien kooperatif dan tidak alergi pada obat

12. Pukul 17.10 memberikan suasana yang nyaman dan aman pada klien dan membatasi pengunjung klien agar tidak mengganggu kondisi klien

Respon: klien tampak tenang

13. Pukul 18.00 mengobservasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 110/70mmHg, nadi 72 x/menit, respirasi rate 24 x/menit, suhu 36°C, map 72 mmhg, spO₂ 98%

14. Pukul 19.00 mengobservasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 123/60mmHg, nadi 70 x/menit, respirasi rate 24 x/menit, suhu 36°C, map 80 mmhg, spO₂ 95%

15. Pukul 19.00 melakukan evaluasi pada klien

16. Pukul 20.00 mengobservasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 105/64mmHg, nadi 75 x/menit, respirasi rate 20 x/menit, suhu 36°C, map 72 mmhg, spO₂ 98%

17. Pukul 20.00 memberikan obat per oral disolf 3x2, isdn 2x5mg, simvastatin 20mg dan mendampingi klien untuk memastikan meminum obatnya sebelum istirahat

Respon : klien sangat kooperatif dan mengucapkan terima kasih

Pelaksanaan tanggal : 13 Juni 2016

1. Pukul 14.20 Menyapa klien, Mengucapkan salam dan Menyebutkan nama

Respon klien : klien kooperatif dan gcs 456

2. Pukul 14.20 melakukan observasi nyeri pqrst pada klien

Respon klien : wajah klien masih tampak menyeringai

Problem: nyeri dada hebat

Quality: nyeri seperti ditusuk-tusuk

Region: lokasi nyeri di daerah dada subternal

Scale: skala nyeri 5

Time: timbulnya secara tiba-tiba

3. Pukul 14.35 mengajarkan napas dalam, mengaji dan berzikir kepada klien

Respon klien : klien dapat melakukan dengan baik

4. Pukul 14.40 melakukan auskultasi bunyi jantung

Respon : didapatkan bunyi jantung s1 s2 tunggal dan tidak ada suara nafas tambahan

5. Pukul 15.00 mengobservasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 120/70mmHg, nadi 75 x/menit, respirasi rate 21 x/menit, suhu 36,2°C, map 80 mmhg, spO₂ 98%

6. Pukul 15.20 membantu menyeka klien

Respon: klien kooperatif

7. Pukul 16.00 mengobservasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 110/70mmHg, nadi 80 x/menit, respirasi rate 21 x/menit, suhu 36°C, map 95 mmhg, spO₂ 98%

8. Pukul 16.10 memberikan diit kepada klien

Respon: klien kooperatif dan mengucapkan terimakasih

9. Pukul 17.00 mengobservasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 114/81mmHg, nadi 82 x/menit, respirasi rate 20 x/menit, suhu 36,7°C, map 80mmhg, spO₂ 98%

10. Pukul 17.00 memberikan injeksi ranitidine, dan arixtra

Respon: klien kooperatif dan tidak ada alergi obat

11. Pukul 17.10 memberikan suasana yang nyaman dan aman pada klien dan membatasi pengunjung klien agar tidak mengganggu kondisi klien

Respon: klien tampak tenang

12. Pukul 18.00 mengobservasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 121/81mmHg, nadi 75 x/menit, respirasi rate 20 x/menit, suhu 36,5°C, map 85 mmhg, spO₂ 98%

13. Pukul 19.00 mengobservasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 128/70mmHg, nadi 72x/menit, respirasi rate 19x/menit, suhu 36°C, map 72 mmhg, spO₂ 98%

14. Pukul 19.00 melakukan evaluasi pada klien

15. Pukul 20.00 mengobservasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 115/75mmHg, nadi 85 x/menit, respirasi rate 19 x/menit, suhu 36°C, map 69 mmhg, spO₂ 98%

16. Pukul 20.00 memberikan obat per oral disolf 3x2, isdn 2x5mg, simvastatin 20mg dan mendampingi klien untuk memastikan meminum obatnya sebelum istirahat

Respon : klien sangat kooperatif , langsung meminum obatnya dan mengucapkan terima kasih

Pelaksanaan tanggal : 14 Juni 2016

1. Pukul 14.20 Menyapa klien, mengucapkan salam dan menyebutkan nama

Respon klien : klien kooperatif dan gcs 456

2. Pukul 14.20 melakukan observasi nyeri pqrst pada klien

Respon klien : wajah klien tampak sedikit relax dan tenang

Problem: nyeri dada ringan

Quality: nyeri ringan

Region: lokasi nyeri di daerah dada subternal

Scale: skala nyeri 2

Time: hilang timbul

3. Pukul 14.35 mengajarkan napas dalam, mengaji dan berzikir kepada klien dan memberikan dukungan pada klien

Respon klien : klien kooperatif

4. Pukul 14.40 melakukan auskultasi bunyi jantung

Respon : didapatkan bunyi jantung s1 s2 tunggal dan tidak ada suara nafas tambahan

5. Pukul 15.00 mengobservasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 110/60mmHg, nadi 80 x/menit, respirasi rate 18 x/menit, suhu 36°C, map 72 mmhg, spO₂ 99%

6. Pukul 15.20 membantu menyeka klien

Respon: klien kooperatif

7. Pukul 16.00 mengobservasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 105/62mmHg, nadi 75 x/menit, respirasi rate 18 x/menit, suhu 36°C, map 74 mmhg, spO₂ 99%

8. Pukul 16.10 memberikan diit kepada klien

Respon: klien kooperatif

9. Pukul 17.00 mengobservasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 120/80mmHg , nadi 75 x/menit , respirasi rate 18 x/menit, suhu 36,1°C, map 74 mmhg, spO₂ 98%

10. Pukul 17.00 memberikan obat per oral disolf 3x2mg

Respon: klien langsung meminum obatnya dengan baik

11. Pukul 17.00 melakukan evaluasi pada klien

12. Pukul 17.10 memberikan suasana yang nyaman dan aman pada klien dan membatasi pengunjung klien agar tidak mengganggu kondisi klien

Respon: klien tampak tenang

13. Pukul 18.30 dokter mengatakan Ny.S sudah bisa istirahat dirumah karna kondisi sudah stabil dan nyeri sudah teratasi

Respon: klien tampak senang dan mengucapkan alhamdulillah

14. Pukul 19.30 Klien KRS

4.1.6.2 Diagnosa Keperawatan 1 Pada Klien Tn.M Umur 47 Tahun

Pelaksanaan tanggal : 15 Juni 2016

1. Pukul 06.30 membina hubungan saling percaya kepada klien dan keluarga klien seperti memperkenalkan nama, memperkenalkan profesi, tujuan ke klien

Respon: klien sangat mempercayai dan menerima dengan baik tujuan saya

2. Pukul 06.30 mengkaji keadaan klien sesuai dengan literatur asuhan keperawatan.

Respon klien: klien menjawab semua pertanyaan dengan kooperatif dan keluarga klien juga ikut membantu menjawab apa yang sudah ditanyakan

3. Pukul 06.30 melakukan observasi nyeri pqrst pada klien

Respon klien : wajah klien tampak menyeringai,

Problem: nyeri dada

Quality: nyeri seperti diremas-remas

Region: lokasi nyeri di daerah subternal

Scale: skala nyeri 8

Time: hilang timbul

4. Pukul 07.00 mengajarkan napas dalam, mengkaji dan berzikir kepada klien

Respon klien : klien dapat melakukan dengan baik, klien merasa sedikit tenang

5. Pukul 07.00 mengobservasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 105/63mmHg, nadi 77 x/menit , respirasi rate 29 x/menit , suhu 36°C, map 75 mmhg, spO₂ 98%

6. Pukul 07.40 melakukan auskultasi bunyi jantung

Respon : didapatkan bunyi jantung s1 s2 tunggal dan tidak ada suara nafas tambahan

7. Pukul 08.00 mengobservasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 110/75mmHg, nadi 85 x/menit, respirasi rate 28 x/menit , suhu 36°C , map 63 mmhg , spO₂ 98 %

8. Pukul 09.00 memberikan diit kepada klien

Respon: klien kooperatif dan mampu menghabiskannya

9. Pukul 09.00 mengobservasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 102/69mmHg , nadi 74 x/menit , respirasi rate 28 x/menit, suhu 36°C , map 69 mmhg , spO₂ 98%

10. Pukul 09.00 melakukan evaluasi pada klien

11. Pukul 09.10 memberikan obat per oral seperti ASA 2x100mg, CPG 2x75mg, ISDN 2x5mg dan simvastatin 3x10mg

Respon : klien kooperatif dan meminum obatnya dengan baik

12. Pukul 10.00 mengobservasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 105/66mmHg , nadi 100 x/menit , respirasi rate 27 x/menit , suhu 36°C , map 72 mmhg , spO₂ 91%

13. Pukul 11.00 memberikan injeksi santagesik dan arixtra

Respon : klien kooperatif dan tidak ada alergi obat

14. Pukul 11.00 mengobservasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 102/64mmHg, nadi 93 x/menit, respirasi rate 27 x/menit , suhu 36°C, map 63 mmhg, spO₂ 99%

15. Pukul 11.10 memberikan suasana yang nyaman dan aman pada klien dan menganjurkan klien untuk beristirahat

Respon : klien mengucapkan terimakasih

16. Pukul 12.00 mengobservasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 105/63mmHg, nadi 82 x/menit, respirasi rate 27 x/menit , suhu 36°C, map 62 mmhg , spO₂ 95%

Pelaksanaan tanggal : 16 Juni 2016

1. Pukul 06.30 Menyapa klien, Mengucapkan salam dan Menyebutkan nama

Respon klien : klien kooperatif dan gcs 456

2. Pukul 06.30 melakukan observasi nyeri pqrst pada klien

Respon klien : wajah klien masih tampak menyeringai

Problem: nyeri dada

Quality: nyeri seperti diremas-remas

Region: lokasi nyeri di daerah subternal

Scale: skala nyeri 4

Time: hilang timbul

3. Pukul 07.00 mengajarkan napas dalam, mengaji dan berzikir kepada klien

Respon klien : klien dapat melakukan dengan baik, klien merasa lebih sedikit tenang

4. Pukul 07.00 mengobservasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 115/70mmHg, nadi 85 x/menit , respirasi rate 24 x/menit , suhu 36°C, map 60 mmhg, spO₂ 98%

5. Pukul 07.40 melakukan auskultasi bunyi jantung

Respon : didapatkan bunyi jantung s1 s2 tunggal dan tidak ada suara nafas tambahan

6. Pukul 08.00 mengobservasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 110/85mmHg, nadi 83 x/menit, respirasi rate 21 x/menit , suhu 36°C , map 72 mmhg , spO₂ 98 %

7. Pukul 09.00 memberikan diit kepada klien

Respon: klien kooperatif

8. Pukul 09.00 mengobservasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 90/55mmHg , nadi 78 x/menit , respirasi rate 21 x/menit, suhu 36°C , map 60 mmhg , spO₂ 98%

9. Pukul 09.00 melakukan evaluasi pada klien

10. Pukul 09.10 memberikan obat per oral seperti ASA 2x100mg, CPG 2x75mg dan simvastatin 3x10mg (ket: ISDN sementara stop karna tensi <100)

Respon : klien kooperatif

11. Pukul 10.00 mengobservasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 98/66mmHg , nadi 75 x/menit, respirasi rate 21 x/menit , suhu 36°C , map 63 mmhg , spO₂ 91%

12. Pukul 11.00 memberikan injeksi santagesik dan arixtra

Respon : klien kooperatif dan tidak ada alergi obat

13. Pukul 11.00 mengobservasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 112/65mmHg, nadi 70 x/menit, respirasi rate 19 x/menit , suhu 36°C, map 69 mmhg, spO₂ 98%

14. Pukul 11.10 memberikan suasana yang nyaman dan aman pada klien dan menganjurkan klien untuk beristirahat

Respon : klien mengucapkan terimakasih

15. Pukul 12.00 mengobservasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 105/82mmHg, nadi 74 x/menit, respirasi rate 18 x/menit, suhu 36°C, map 71 mmhg, spO₂ 98%

Pelaksanaan tanggal : 17 Juni 2016

1. Pukul 06.30 Menyapa klien, mengucapkan salam dan menyebutkan nama

Respon klien : klien kooperatif dan gcs 456

2. Pukul 06.30 melakukan observasi nyeri pqrst pada klien

Respon klien : wajah klien tampak lebih tenang dan segar, skala nyeri klien 0

3. Pukul 07.00 mengajarkan napas dalam, mengaji dan berzikir kepada klien

Respon klien : klien dapat melakukan dengan baik, klien merasa sedikit tenang

4. Pukul 07.00 mengobservasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 118/73mmHg, nadi 77 x/menit, respirasi rate 16 x/menit, suhu 36°C, map 74 mmhg, spO₂ 98%

5. Pukul 07.40 melakukan auskultasi bunyi jantung

Respon : didapatkan bunyi jantung s1 s2 tunggal dan tidak ada suara nafas tambahan

6. Pukul 08.00 mengobservasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 120/85mmHg, nadi 75 x/menit, respirasi rate 16 x/menit, suhu 36°C, map 79 mmhg, spO₂ 98%

7. Pukul 09.00 memberikan diit kepada klien

Respon: klien kooperatif

8. Pukul 09.00 mengobservasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 102/70mmHg , nadi 74 x/menit , respirasi rate 17 x/menit, suhu 36°C , map 65 mmhg , spO₂ 98%

9. Pukul 09.10 memberikan obat per oral seperti CPG 2x75mg, ISDN 2x5mg

Respon : klien kooperatif

10. Pukul 10.00 mengobservasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 105/69mmHg , nadi 85 x/menit, respirasi rate 17 x/menit , suhu 36°C , map 79 mmhg , spO₂ 98%

11. Pukul 11.00 memberikan injeksi santagesik

Respon : klien kooperatif dan tidak ada alergi obat

12. Pukul 11.00 mengobservasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 110/74mmHg, nadi 80 x/menit, respirasi rate 17 x/menit , suhu 36°C, map 79 mmhg, spO₂ 98%

13. Pukul 11.00 melakukan evaluasi pada klien

14. Pukul 11.10 memberikan suasana yang nyaman dan aman pada klien dan menganjurkan klien untuk beristirahat

Respon : klien mengucapkan terimakasih

15. Pukul 12.00 mengobservasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 112/75mmHg, nadi 82 x/menit, respirasi rate 19 x/menit , suhu 36°C, map 62 mmhg , spO₂ 98%

16. Pukul 13.30 dokter visited dan mengatakan bahwa keadaan Tn.M sudah membaik. Nyeri juga sudah teratasi

4.1.7 Evaluasi Keperawatan

4.1.7.1 Evaluasi tanggal 12 juni 2016 pada klien pertama Ny.S 63 tahun

Diagnosa keperawatan 1

Nyeri akut berhubungan dengan iskemia jaringan sekunder

Evaluasi jam 19.00 WIB

S : Klien mengatakan nyeri dada

O : Keadaan umum klien cukup, kesadaran kompos mentis dengan GCS 456, dan skala nyeri klien 8 masih terasa seperti tertusuk pada bagian dada, akral dingin, nafas dengan O2 nasal 3lpm, wajah klien tampak menyeringai. TD: 123/60mmHg, Nadi: 70x/menit, RR: 24x/menit, Suhu: 36°C, MAP: 80mmhg, SPO2 95%.

A : Nyeri akut belum teratasi

P : Rencana tindakan no 1 – 7 dilanjutkan

Evaluasi tanggal 13 juni 2016

Evaluasi jam 19.00 WIB

S : klien mengatakan nyeri dada sudah berkurang, tidak sehebat yang dirasakan kemarin

O : keadaan umum klien baik, kesadaran kompos mentis dengan GCS 456 dan skala nyeri klien 5 masih terasa seperti tertusuk tetapi hanya beberapa menit saja pada bagian dada, akral dingin, nafas dengan O2 nasal 3lpm, wajah klien masih tampak menyeringai. TD: 128/70mmHg, Nadi: 72x/menit, RR: 19x/menit, Suhu: 36°C, MAP: 72mmhg, SPO2 98%.

A : Nyeri akut teratasi sebagian

P : Rencana tindakan no 1,2,4,6,7 dilanjutkan

Evaluasi tanggal 14 juni 2016

Evaluasi jam 17.00 WIB

S : Klien mengatakan sudah tidak merasakan nyeri pada dadanya

O : Keadaan umum klien baik, kesadaran kompos mentis dengan GCS 456 dan skala nyeri klien 2, akral dingin, nafas dengan O2 nasal 2lpm, wajah klien sudah tampak relax dan tersenyum. TD: 120/80mmHg, Nadi: 75x/menit, RR: 18x/menit, Suhu: 36,1°C, MAP: 74mmhg, SPO2 98%.

A : Nyeri akut teratasi

P : Rencana tindakan dihentikan (Px KRS)

4.1.7.2 Evaluasi tanggal 15 juni 2016 pada klien kedua Tn.M 47 tahun

Diagnosa keperawatan 1

Nyeri akut berhubungan dengan iskemia jaringan sekunder

Evaluasi jam 09.00 WIB

S : Klien mengatakan nyeri dada sebelah kiri

O : Keadaan umum klien cukup, kesadaran kompos mentis dengan GCS 456, dan skala nyeri klien masih 8 masih terasa seperti diremas-remas, wajah klien tampak menyeringai, akral dingin, nafas dengan simple face mask 6lpm, TD: 102/69mmHg, Nadi: 74x/menit, RR: 28x/menit, Suhu: 36°C, MAP: 63mmhg, SPO2 98%.

A : Nyeri akut belum teratasi

P : Rencana tindakan no 1 – 7 dilanjutkan

Evaluasi tanggal 16 juni 2016

Evaluasi jam 09.00 WIB

S : Klien mengatakan nyeri sedikit berkurang

O : Keadaan umum klien cukup, kesadaran kompos mentis dengan GCS 456, skala nyeri klien 4 masih terasa seperti diremas-remas sedikit tetapi hanya beberapa menit saja, akral dingin, wajah klien masih tampak menyeringai, nafas dengan O₂ nasal 3lpm, TD: 90/55mmHg, Nadi: 78x/menit, RR: 21x/menit, Suhu: 36°C, MAP: 72mmhg, SPO₂ 98%.

Keterangan : ISDN stop karna tekanan darah klien rendah <100

A : Nyeri akut teratasi sebagian

P : Rencana tindakan no 1,2,4,6,7 dilanjutkan

Evaluasi pada jam 09.24 hasil ekg baik

Evaluasi Pada jam 11.00 wib keadaan tekanan darah klien sudah stabil kembali dan keadaan klien juga masih normal dan baik TD: 112/65mmHg, Nadi: 70x/menit, RR: 19x/menit, Suhu: 36°C, MAP: 69mmhg, SPO₂ 98%.

Evaluasi tanggal 17 juni 2016

Evaluasi jam 11.00 WIB

S : Klien mengatakan sudah tidak nyeri lagi dadanya

O : Keadaan umum klien baik, kesadaran kompos mentis dengan GCS 456 dan skala nyeri klien 0, wajah klien tampak relax dan tersenyum senang dan lebih tenang, akral dingin, nafas dengan O₂ nasal 3lpm, TD: 118/73mmHg, Nadi: 77x/menit, RR: 16x/menit, Suhu: 36°C, MAP: 74mmhg, SPO₂ 98%.

A : Nyeri akut teratasi

P : Rencana tindakan dihentikan

4.2 Pembahasan

Dalam bab ini penulis akan menguraikan kesenjangan-kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus selama melaksanakan asuhan keperawatan klien pada Sindrom Koroner Akut di Ruang ICU RSI Darus Syifa' Benowo Surabaya yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

4.2.1 Pengkajian Keperawatan

Pada tahap pengumpulan data, penulis tidak mengalami kesulitan karena klien dan pihak keluarga klien sangat menerima penulis dengan baik, penulis juga memperkenalkan diri sebelumnya serta menjelaskan maksud dan tujuan penulis yaitu memberikan asuhan keperawatan pada kedua klien sehingga dengan terjalinnya hubungan yang kooperatif antara penulis dengan klien maupun pihak keluarga yang mengantar klien sampai ke Ruang ICU RSI Darus Syifa' Benowo Surabaya.

Berdasarkan hasil pengkajian nyeri yang sama antara klien pertama dan klien kedua, kedua klien sama-sama merasakan nyeri pada bagian dada kiri, kualitas ketajaman nyeri pada klien pertama didapatkan seperti di tertusuk sedangkan klien kedua seperti diremas-remas, skala nyeri 8 pada kedua klien didapatkan pada awal pengkajian, wajah klien tampak menyeringai kesakitan dan waktu terjadinya hilang timbul sekitar 15-30 menit.

Berdasarkan pada tinjauan kasus pertama dan kedua didapatkan hasil nyeri hari pertama dengan skala 8, hari kedua klien pertama dengan skala nyeri 5 dan klien kedua 4 dan pada hari terakhir klien pertama dengan skala nyeri 2 sedangkan pada klien kedua dengan skala nyeri 0.

Menurut teori bourbanis intensitas skala nyeri yaitu skala nyeri 0 berarti tidak merasakan nyeri, angka 1 sampai 3 dapat diartikan nyeri ringan, angka 4-6 diartikan nyeri sedang, angka 7-9 diartikan nyeri berat terkontrol dan angka 10 diartikan nyeri berat tidak terkontrol. Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri yaitu Faktor fisiologi yang mempengaruhi nyeri terdiri dari umur, jenis kelamin, kelelahan, gen dan fungsi neurologi, Faktor sosial yang mempengaruhi nyeri terdiri dari perhatian, pengalaman nyeri sebelumnya, dan keluarga dan dukungan social, Faktor spiritual, Faktor psikologis yang mempengaruhi nyeri terdiri dari kecemasan dan koping individu (Potter&Perry, 2009).

Koping mempengaruhi kemampuan seseorang untuk memperlakukan nyeri. Seseorang yang mengontrol nyeri dengan lokus internal merasa bahwa diri mereka sendiri mempunyai kemampuan untuk mengatasi nyeri. Sebaliknya, seseorang yang mengontrol nyeri dengan lokus eksternal lebih merasa bahwa faktor-faktor lain di dalam hidupnya seperti perawat merupakan orang yang bertanggung jawab terhadap nyeri yang dirasakannya. Oleh karena itu, koping klien sangat penting untuk diperhatikan (Potter & Perry, 2009).

Berdasarkan data diatas terjadinya perbedaan nyeri dipengaruhi oleh berbagai faktor salah satunya dari usia. Orang tua yang sudah lanjut usia, nyeri yang dirasakan sangat kompleks, karena mereka umumnya memiliki berbagai macam penyakit dengan gejala yang sering sama dengan bagian tubuh yang lain.

Karena klien pertama dengan umur 63 tahun sedangkan klien kedua 47 tahun, perbedaan umur yang sangat jauh. Jadi kalau dibandingkan dengan usia juga sangat berpengaruh terhadap respon nyerinya. Dan jenis kelamin laki-laki lebih bisa menahan rasa nyeri dan kondisi tubuhnya juga masih kuat sedangkan pada jenis kelamin lebih rentan rasa nyerinya. Oleh karena itu pada klien pertama hasil akhir skala nyeri yang didapatkan 2 sedangkan pada klien kedua 0 karena klien kedua sudah tidak merasakan nyeri. Dan pada klien pertama (Ny.S) tidak didapatkan pengalaman nyeri sebelumnya sedangkan pada klien kedua (Tn.M) pernah mempunyai pengalaman rasa nyeri.

Mekanisme koping juga sangat mempengaruhi kemampuan seseorang dalam merespon rasa nyeri, dan pengalaman nyeri sebelumnya juga berpengaruh pada persepsi nyeri individu, jika pengalaman nyeri sebelumnya diterima dengan koping yang baik, maka individu tersebut dapat mempersiapkan dirinya dalam mempersepsikan nyeri. Oleh karena itu hasil evaluasi Tn.M 0 yang berarti tidak merasakan nyeri sedangkan Ny.S skala nyeri 2 yang masih sedikit terasa meskipun hanya sebentar. Tetapi dalam menentukan skala nyeri tidaklah susah, karena klien sangat kooperatif.

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Perumusan diagnosa keperawatan disesuaikan dengan kondisi dan keluhan yang terjadi pada klien. Diagnosa keperawatan yang sama antara klien pertama dan klien kedua, yaitu Nyeri akut berhubungan dengan iskemia jaringan sekunder. Klien pertama dan klien kedua termasuk nyeri akut yang berat tetapi masih dapat terkontrol.

Berdasarkan dalam tinjauan pustaka diagnosa keperawatan yang muncul pada klien yang mengalami sindrom koroner akut menurut (NANDA, 2015) yaitu Nyeri akut berhubungan dengan iskemia jaringan sekunder. Kesamaan antara klien pertama dan kedua adalah penyebab dan diagnosa aktualnya mengalami kesamaan, sama-sama mengalami penyempitan atau penyumbatan pembuluh darah sehingga suplai darah ke jaringan tubuh bisa berkurang. Maka dari itu tidak ada kesenjangan diagnosa antara klien pertama dan kedua dan sesuai dengan tinjauan pustaka.

Namun tetapi tidak semua diagnosa pada tinjauan pustaka muncul dalam tinjauan kasus. karena sudah mendapatkan pengobatan dan kondisi masing-masing klien juga berbeda-beda, dan mekanisme koping yang sudah diperbaiki dengan baik oleh karena itu tidak semua diagnosa yang ada pada tinjauan pustaka muncul semua pada tinjauan kasus klien. Dan dalam menentukan diagnosa keperawatan tidak ada hambatan, dan klien sangat memberikan respon baik.

4.2.3 Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan yang dibuat untuk mengatasi masalah nyeri akut pada kedua klien sama. Perencanaan keperawatan bertujuan untuk mengurangi atau menghilangkan nyeri akut selama 3 kali 24 jam setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan kriteria hasil Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan), melaporkan bahwa nyeri berkurang 1-3 dengan menggunakan manajemen nyeri, mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi, dan tanda nyeri), menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang, wajah klien tampak relax dan tenang dan tanda tanda vital dalam batas normal Tekanan darah : (sistole

: 100 – 140 mmhg) (diastole 60 – 90 mmhg), MAP: 70 - 105 mmhg , Suhu : 36,5°C – 37,5°C, RR : 16 – 20 x/menit, Nadi : 60-100 x/menit

Pada perencanaan keperawatan ini penulis akan berfokus kepada kedua klien dengan masalah keperawatan nyeri akut yang menjadi masalah utama baik dalam tinjauan pustaka maupun tinjauan kasus pertama maupun kedua. Perencanaan untuk nyeri akut berhubungan dengan iskemia jaringan sekunder yaitu Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, dan kualitas, Observasi tanda-tanda vital tiap jam sekali, Instruksikan klien untuk segera melaporkan adanya nyeri, Berikan suasana yang nyaman dan tenang, Jelaskan penyebab nyeri dan kemungkinan faktor fisik dan emosional setelah fase nyeri akut berlalu, Ajarkan teknik relaksasi, distraksi, atau massage dan Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat antikoagulan dan anti nyeri seperti arixtra, isdn, morpin.

Nilai skala nyeri menurut teori bourbanis yaitu skala nyeri berarti tidak nyeri, angka 1 sampai 3 dapat diartikan nyeri ringan, angka 4-6 diartikan nyeri sedang, angka 7-9 diartikan nyeri berat terkontrol dan angka 10 diartikan nyeri berat tidak terkontrol (Potter & Perry, 2009).

Penulis dalam menyusun rencana tindakan keperawatan tidak mengalami hambatan dikarenakan penulis berdiskusi terlebih dahulu kepada klien, keluarga klien dan perawat yang ada di ruangan agar tidak ada kesalah fahaman dalam penentuan perencanaan tindakan keperawatan. Maka didapatkan hasil tidak terjadi kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus pertama maupun kedua yang mana tujuan dari teknik relaksasi dan distraksi dan kolaborasi dengan dokter dapat menurunkan rasa nyeri pada klien.

4.2.4 Pelaksanaan Keperawatan

Pada tahap ini tindakan keperawatan harus disesuaikan dengan rencana yang telah dirumuskan dan tidak menyimpang dengan program medis. Pada tinjauan pustaka tidak dilakukan tindakan pelaksanaan karena tidak ada klien. Karena tidak semua tindakan dalam perencanaan teori bisa dilakukan dalam pelaksanaan di lahan praktek, maka pelaksanaan harus disesuaikan dengan standart oprasional prosedur (SOP) Rumah Sakit Islam Darus Syifa' Benowo dan dengan bantuan keluarga klien. Pelaksanaan tindakan keperawatan pada kasus merupakan pengembangan dari teoritis yang dimodifikasi sesuai dengan kebiasaan tempat pelayanan. Dalam hal ini pelaksanaan tindakan pada kasus pertama maupun kedua pada sindrom koroner akut mengikuti standart oprasional prosedur (SOP) di Rumah Sakit Islam Darus Syifa' Benowo.

Pelaksanaan yang terlaksana pada klien pertama dan kedua adalah melaksanakan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, intensitas nyeri, frekuensi, kualitas dan durasi saat timbulnya nyeri. Mengobservasi tanda-tanda vital setiap jam, memberikan instruksi pada klien untuk segera melaporkan adanya nyeri timbul secara tiba-tiba, memberikan suasana yang nyaman dan tenang, memberikan penjelasan tentang penyebab nyeri, mengajarkan teknik relaksasi atau distraksi dan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat anti nyeri, anti koagulan seperti arixtra, morphin, isdn dsb. Pelaksanaan yang tidak terlaksana pada tinjauan kasus pertama dan tinjauan kasus kedua tidak ada karena penulis melaksanakan sesuai perencanaan tindakan.

Tindakan yang dilakukan secara mandiri adalah mengajarkan atau memberikan teknik relaksasi atau distraksi kepada klien saat timbul nyeri dada.

Tindakan teknik relaksasi atau distraksi ini merupakan tindakan yang cukup efektif dalam menurunkan skala nyeri. Tetapi tindakan yang membutuhkan modifikasi untuk teknik relaksasi atau distraksi dengan mengahlikan imajinasi rasa nyeri seperti mendengarkan musik, istigfar dan sholawatan, serta juga bisa bercerita pengalaman nyeri sebelumnya, sedangkan yang membutuhkan alat seperti untuk mendengarkan music agama tetapi karna diruang icu yang cenderung harus tenang karna kondisi klien lainnya tidak terganggu maka tidak digunakan. Tetapi tetap masih memberikan pelaksanaan distraksi dengan cara yang lain selain dari music seperti mengajarkan agar selalu istigfar dan membaca surat-surat pendek. Hasil dari pelaksanaan mandiri yang dilakukan pada kedua klien memiliki beberapa respon yang sama dikarenakan kedua klien dan keluarganya tidak menginginkan terjadinya nyeri yang berkepanjangan.

Dalam hasil penelitian hadi et al. (2015) hal tersebut dianggap penting karena menurunkan rasa nyeri tidak hanya secara farmakologis saja non farmakologis juga dapat menurunkan rasa nyeri. Karena menarik napas dalam dan mengisi udara dalam paru-paru akan dapat meningkatkan aliran darah ke daerah yang mengalami trauma sehingga dapat menurunkan sensasi nyeri.

Pelaksanaan keperawatan dilakukan sebaik mungkin menyesuaikan dengan keadaan dari kondisi klien saat ini. Dalam pelaksanaan pada kedua klien ini penulis tidak mengalami hambatan dikarenakan kedua klien dan keluarga klien kooperatif dengan tindakan medis yang dilakukan oleh penulis yang sesuai dengan standart operasional prosedur yang ada dirumah sakit tersebut.

4.2.5 Evaluasi Keperawatan

Pada tinjauan kasus dilakukan dengan pengamatan dan menanyakan langsung pada klien dan keluarga klien yang di dokumentasikan dalam catatan perkembangan sedangkan pada tinjauan pustaka tidak menggunakan catatan perkembangan karena klien tidak ada sehingga tidak dilakukan evaluasi. Evaluasi untuk setiap diagnosa keperawatan pada tinjauan kasus dapat tercapai sesuai dengan tujuan dan kriteria yang diharapkan dan dituliskan berdasarkan respon klien terhadap asuhan keperawatan yang telah diberikan dan dilanjutkan dalam catatan perkembangan.

Pada sindrom koroner akut disusun intervensi guna mengatasi diagnosa yang muncul, terutama pengaruh teknik relaksasi yang terbukti menanggulangi rasa nyeri sesuai dengan yang penelitian yang dilaksanakan Hadi dkk, 2015. Evaluasi akhir dari klien pertama dan klien kedua, nyerinya sama-sama teratasi tetapi didapatkan selisih intensitas skala nyeri dari masing-masing klien seperti pada tinjauan kasus pertama didapatkan evaluasi akhir skala nyeri 2 sedangkan pada tinjauan kasus kedua didapatkan evaluasi akhir skala nyeri 0 tetapi kedua klien tersebut sama-sama teratasi dalam waktu 3 kali 24 jam sesuai dengan tinjauan pustaka yang berdasarkan dari tujuan dan kriteria hasil. Perbedaan tersebut ada karna setiap klien mengalami tingkat kenyamanan dan pengalaman nyeri sebelumnya yang berbeda, tetapi dalam menentukan evaluasi keperawatan tidak ada hambatan karna sesuai dengan kriteria hasil dan respon kedua klien juga sangat kooperatif.