BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN

A. Pengkajian

Pengkajian pada pasien dilakukan pada hari tanggal 27 April 2021 pukul 11.00 WITA di Ruang Intermediate PJT RSUP Sanglah Denpasar. Sumber data pengkajian ini diperoleh dari hasil wawancara dengan pasien, keluarga dan rekam medis pasien. Pasien berinisial Tn. K laki-laki berumur 52 tahun, beragama Hindu, pendidikan terakhir sarjana dan pekerjaaan sebagai wiraswasta. Penanggung jawab pasien adalah istri pasien sendiri yang berinisial Ny. S berumur 48 tahun, pekerjaan karyawan swasta .

Pasien datang ke rumah sakit pada tanggal 26 April 2021 keluhan tidak ada dan pasien datang untuk tindakan PCI sesuai jadwal yang telah diperoleh pasien saat control di poliklinik. Saat dilakukan pengkajian pasien sudah menjalani tindakan PCI. Pasien mengeluh nyeri pada kaki kanan dan punggung. Nyeri mulai dirasakan satu jam setelah tindakan PCI. Pasien saat pengkajian masih terpasang sheat di femoralis kanan dan immobilisasi untuk menghindari terjadinya komplikasi paska tindakan. Riwayat penyakit sebelumnya pasien pernah mengalami serangan jantung pada bulan Agustus tahun2020. Saat itu pasien merasakan nyeri dada sebelah kiri seperti tertindih benda berat. Nyeri dirasakan tembus ke belakang dan menjalar ke bahu kiri disertai keringat dingin. Saat itujuga dilakukan tindakan primery PCI. Pasien didiagnosa CAD/3VD dengan

penyumbatan di RCA 90 %, LCx 99 % dan LAD 100%. Pasien telah menjalani tindakan PCI sebanyak dua kali di Rumah Sakit Siloam dengan area punksi arteri radialis kanan. Diagnosa pasien saat ini CAD/3VD post successful PCI with 3 DES at LAD. Pengkajian data genogram Tn. K adalah anak kedua dari tiga bersaudara di mana ayah dan kakak laki-lakinya meninggal karena penyakit jantung. Riwayat alergi disangkal.

Pengkajian data bio-psiko-sosial-budaya-spiritual, pasien Tn.K sebelumnya adalah seorang karyawan hotel yang saat ini menjalani wirausaha. Tn. K mengatakan jarang berolah raga dan waktu luang lebih banyak di rumah. Setelah mengalami serangan jantung pasien sering merasakan nyeri dada hilang timbul dan berkurang setelah minum obat di bawah lidah. Pasien juga merasa cepat lelah bila beraktifitas berat. Keluhan ini akan berangsur hilang dengan istirahat.

Berdasarkan hasil pemeriksaan fisik diperoleh data kesadaran pasien compos mentis, pasien tampak meringis, gelisah. Hemodinamik TD 117/70 mmhg, suhu 36,5º celsius, RR 20x/mt HR 64 x/mt, skala nyeri NRS 3/10, irama EKG sinus rhytm . BB pasien Tn.K 72 kg, TB 170 cm. Hasil pemeriksaan lab dalam batas normal.

B. Diagnosa Keperawatan

Proses awal dari penegakan diagnose keperawatan pada kasus Tn. K dimulai dengan melakukan analisa data .Hasil dari analisa data didapatkan data subyektif pasien mengeluh nyeri pada punggung dan kaki kanan sedangkan data

objektif pasien tampak meringis, gelisah, skala nyeri NRS 3/10, terpasang sheat di arteri femoralis kanan dan pasien imobilisasi sebagai prosedur lanjutan dari tindakan PCI. Data minor diperoleh hemodinamik dalam batas normal TD 117/70 mmhg, suhu 36,5º celsius, RR 20x/mt HR 64 x/mt. Imobilisasi yang lama harus dijalani pasien sebagai prosedur lanjutan dari tindakan PCI sebagai upaya menghindari efek samping dari tindakan. Hal tersebut memicu nociceptor mengeluarkan bradykinin, histamin dan prostaglandin yang diinterpretasikan sebagai sinyal nyeri. Selanjutnya neuron sensori di spinal cord akan mengeluarkan glutamate sebagai neurotransmitter untuk mengantarkan sinyal nyeri ke thalamus yang diterjemahkan oleh somatosensory cortex di cerebellum sebagai nyeri akut.

Penggunaan DAPT (Dual Antipletelet Therapy) dan heparin dalam tindakan PCI akan mengaktivasi antitrombin III. Hal ini bertujuan untuk mencegah protombin menjadi thrombin serta menginhibisi pembentukan fibrin. Sebagai konsekuensinya terjadi pemanjangan faal hemostasis khususnya APTT (Activated Partial Thromboplastin Time). Darah akan menjadi encer sehingga menyebabkan risiko perdarahan .

Tindakan PCI pada Tn. K bertujuan untuk membuka aliran pembuluh darah yang tersumbat oleh flak. Penyumbatan ini mengakibatkan terjadinya iskemik pada jaringan miokard yang menyebabkan supply oksigen ke myocard menurun. Sel-sel otot miokard mengalami hipoksia sehingga integritas membran sel berubah. Kontraktilitas otot menurun yang mengakibatkan pasien berisiko mengalami penurunan curah jantung .

Berdasarkan analisa dan perumusan masalah ada tiga diagnosa keperawatan pada kasus Tn. K yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur tindakan PCI) ditandai dengan pasien mengeluh nyeri, pasien tampak meringis, gelisah, skala nyeri NRS 3/10, imobilisasi dan sheat di arteri femoralis kanan, risiko perdarahan berhubungan dengan prosedur tindakan PCI dan risiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas otot jantung.

C. Rencana Keperawatan

Diagnosa utama pada kasus Tn. K adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur tindakan PCI) ditandai dengan pasien mengeluh nyeri, pasien tampak meringis, gelisah, skala nyeri NRS 3/10, imobilisasi dan sheat di arteri femoralis kanan. Diagnosa nyeri akut sebagai diagnosa prioritas untuk diberikan intervensi dengan harapan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, tidak meringis, skala nyeri menurun (NRS 0/10), gelisah menurun. Intervensi keperawatan yang diberikan pada Tn. K untuk mengatasi masalah nyeri akut meliputi pemberian manajemen nyeri sebagai intervensi utama dan pengaturan posisi sebagai intervensi pendukung.

Manajemen nyeri yang dapat diberikan pada Tn.K dengan tindakan observasi skala nyeri, tindakan terapeutik, pemberian edukasi serta tindakan kolaborasi pemberian analgetik. Pengaturan posisi sebagai intervensi pendukung dan intervensi terapeutik yang dapat diberikan pada Tn. K dengan mengubah posisi setiap 2 jam. Selama pengaturan posisi ini dilakukan observasi hemodinamik dan

status oksigenasi pasien, edukasi tentang cara melakukan perubahan posisi dan tindakan kolaborasi dalam pemberian premedikasi sebelum mengubah posisi.

Rencana keperawatan untuk diagnosa keperawatan risiko perdarahan dibuktikan dengan tindakan PCI bertujuan menurunkan tingkat perdarahan. Intervensi yang diberikan meliputi pencegahan perdarahan dengan observasi monitoring tanda perdarahan, terapeutik dengan mempertahankan bed rest , edukasi tanda dan gejala perdarahan dan kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan. Sedangkan untuk diagnosa risiko penurunan curah jantung dibuktikan dengan perubahan kontraktilitas otot jantung bertujuan meningkatkan curah jantung. Intervensi yang diberikan dengan perawatan jantung yang meliputi tindakan observasi dan identifikasi tanda penurunan curah jantung , terapeutikdengan terapi dengan pemberian oksigen, edukasi beraktifitas secara bertahap dan kolaborasi pemberian antiaritmia.

D. Implementasi

Implementasi tindakan keperawatan pada pasien Tn.K dilakukan pada tanggal 27 April 2021 mulai pkl 11.00 dimulai dengan pemantauan hemodinamik, tanda perdarahan dan identifikasi keluhan post tindakan. Hemodinamik pasien saat itu stabil dengan skala nyeri NRS 0/10, dan tidak ditemukan adanya tanda-tanda perdarahan. Monitoring skala nyeri kembali dilakukan pkl 12.00 . Pasien mengeluh nyeri pada punggung dan kaki kanan dengan skala nyeri NRS 2/10. Pkl. 12.15 pasien tampak meringis dan mulai gelisah dengan skala nyeri naik NRS 3/10. Selanjutnya pasien diberikan posisi miring kiri dan edukasi cara melakukan perubahan posisi. Sebelum dilakukan perubahan posisi diberikan elevasi kepala

dengan menaikkan posisi kepala 30 º. Pemantauan terhadap hemodinamik, status vaskuler serta memonitor vasovagal reflek tetap dilakukan. Setelah pemberian posisi miring kiri pasien mengatakan lebih nyaman . Posisi miring kiri ini diberikan selama 15 menit dilanjutkan dengan posisi terlentang selama dua jam. Pkl 14.35 pasien diposisikan miring kanan dengan posisi sejajar selama 15 menit dan dilanjutkan dengan posisi terlentang. Selama rentang waktu perubahan posisi ini identifikasi terhadap tanda penurunan curah jantung dan perdarahan tetap dilakukan. Pkl 16.00 diperoleh hasil lab di mana hasil faal hemostasis memanjang (PPT=13.2, INR=0.93, APTT=37.4) yang mengharuskan pasien menjalani bed rest lebih lama. Pengaturan posisi miring kiri dan kanan tetap dilakukan secara berkala sampai faal hemostasis normal, sheat dan bantal pasir sudah dilepas. Pkl 19.00 hasil faal hemostasis kedua normal (PPT=12.8, INR=0.9, APTT=28.1) sebagai indikasi sheat boleh dicabut. Hemodinamik selama prosedur pencabutan sheat stabil, vasovagal sindrom tidak terjadi. Prosedur pencabutan sheat selesai pkl 20.00 dilanjutkan dengan 4 jam tirah baring dengan penekanan bantal pasir di area pemasangan sheat. Selama penekanan dengan bantal pasir dilakukan observasi tanda perdarahan dan identifikasi tanda penurunan curah jantung. Rentang waktu tirah baring tidak terjadi perdarahan dan penurunan curah jantung yang dibuktikan dengan hemodinamik stabil dalam batas normal. Mobilisasi duduk dengan bersandar di tempat tidur mulai diberikan pada pkl 24.00 wita.

Setelah diberikan tindakan keperawatan dengan pengaturan posisi miring kiri dan miring kanan selama proses imobilisasi diperoleh data pasien mengatakan merasa nyaman, nyeri punggung dan kaki kanan berkurang, pasien tidak gelisah,

tidak meringis, skala nyeri NRS 0/10. Hemodinamik pasien stabil dengan tensi 110/62 mmhg, HR 60x/mt, RR 16x/mt, irama EKG sinus rhytm.

E. Evaluasi

Evaluasi dilakukan pada tanggal 28 April 2021 pkl 11.00 pada ketiga diagnosa keperawatan yang muncul. Hasil evaluasi pada diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur tindakan PCI) ditandai dengan pasien mengeluh nyeri punggung dan kaki kanan, pasien meringis, skala nyeri NRS 3/10, gelisah, imobilisasi dan sheat di arteri femoralis kanan dengan metode SOAP. Pada data (S) diperoleh data pasien mengatakan nyeri punggung dan kaki kanan sudah tidak ada, (O) didapatkan data pasien tidak meringis, tidak gelisah, skal nyeri NRS 0/10, hemodinamik stabil dengan tensi 112/70 mmhg, HR 64 x/mt, irama EKG sinus rhytm, (A) masalah nyeri akut teratasi, (P) pertahankan kondisi.

Evaluasi diagnosa kedua risiko perdarahan dibuktikan dengan tindakan PCI data (S) pasien mengatakan tidak ada keluhan, (O) perdarahan paska tindakan tidak adfa, hemodinamik stabil, (A) risiko perdarahan tdak terjadi, (P) pertahankan kondisi. Evaluasi diagnosa ketiga risiko penurunan curah jantung dibuktikan dengan penurunan kontraktilitas otot jantung diperoleh data (S) pasien mengatakan keluhan tidak ada, (O) hemodinamik stabil, tanda-tanda penurunan curah jantung tidak ada, (A) masalah risiko penurunan curah jantung tidak terjadi, (P) pertahankan kondisi.