

BAB 3

TINJAUAN PUSTAKA

Asuhan keperawatan gerontik pada Ny.N dengan Penyakit Jantung Koroner, menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 10 November 2020 sampai dengan 13 November 2020 dengan data pengkajian pada tanggal 10 November 2020 pukul 15.00 WIB. Anamnesa diperoleh dari klien dan keluarga klien sebagai berikut:

1.1 Pengkajian

1.1.1 Identitas

Klien adalah seorang perempuan bernama “Ny.N” usia 60 tahun, beragama islam, suku bangsa Jawa/ Indonesia, bekerja sebagai ibu rumah tangga, status perkawinan janda dengan 2 orang anak, pasien tinggal di Rumdis TNI AL Wonosari Surabaya. Pasien menyidap penyakit jantung koroner. Selama pengkajian, sumber informasi berasal dari pasien dan keluarga pasien.

1.1.2 Status Kesehatan Sekarang

1. Keluhan Utama

Nyeri dada saat beraktivitas.

2. Keluhan 3 bulan terakhir

Nyeri dada, sering kram pada kaki kadang bengkak.

3. Riwayat penyakit

Pasien mengatakan mempunyai penyakit hipertensi dan diabetes mellitus. Pasien menderita hipertensi sejak 26 tahun yang lalu, dan diabetes mellitus sejak 10 tahun yang lalu, kontrol sebulan sekali namun minum obat ketika ada

keluhan saja. Pada Januari 2020 pasien pernah dirawat di ICU dengan PVC + Bradikardi.

4. Pengetahuan, usaha yang dilakukan untuk mengatasi keluhan
Pasien mengatakan hanya minum obat ketika ada keluhan saja.
5. Obat-obatan

Tabel 3.1 Terapi Obat

| Obat | Pemberian | Dosis | Indikasi |
|-------------------------------|-----------|-------|--|
| Micardis | Oral | 40mg | Obat antihipertensi, dan digunakan untuk menurunkan tekanan darah dan digunakan untuk mencegah komplikasi kardiovaskuler |
| Spinolactone | Oral | 25mg | Digunakan untuk menurunkan tekanan darah. Juga dapat digunakan dalam pengobatan gagal jantung, hypokalemia, sirosis, edema, atau kondisi ketika tubuh terlalu banyak memproduksi hormone aldesterone |
| Concor | Oral | 2,5mg | Dapat mencegah terjadinya komplikasi hipertensi seperti penyakit jantung, stroke, hingga gaga ginjal |
| CPG (clopidogrel bisulfat) | Oral | 75mg | Menurunkan aterotrombosis yang menyertai serangan infark miokard, serangan stroke, dan penyakit pembuluh darah perifer |
| Atorvastatin | Oral | 20mg | Menurunkan kolestrol jahat (LDL) dan trigliserida, serta meningkatkan kadar kolestrol baik (HDL) dalam darah |

| | | | |
|----------------------|------|-------|---|
| Furosemide tab (k/p) | Oral | 40mg | Untuk mengurangi cairan berlebih dalam tubuh (edema) yang disebabkan oleh kondisi gagal jantung, penyakit hati, dan ginjal. |
| Glimipid | Oral | 2mg | Obat untuk mengendalikan kadar gula darah yang tinggi pada penderita DM. |
| Metvormin | Oral | 500mg | Obat antidiabetes generic yang dapat mengontrol dan menurunkan kadar gula darah pada penderita DM tipe 2. |

6. Riwayat alergi

Pasien mengatakan mempunyai alergi makanan seafood.

1.1.3 *Age Related Changes* (Perubahan Terkait Proses Menua)

1. Keadaan Umum

Keadaan umum pasien cukup, pasien mengatakan sering merasakan nyeri dada pada saat aktivitas seperti mengerjakan pekerjaan rumah seperti menyapu rumah, nyeri kadang-kadang. Pasien mengatakan sering lelah saat beraktivitas. Tanda-tanda vital observasi pasien tekanan darah: 180/100 mmHg, nadi: 98x/menit, Suhu: 36,5°C, RR: 22x/menit, tinggi badan pasien: 155cm, berat badan: 88kg.

2. Integument

Ny.N selalu menjaga kebersihan kulit dengan baik, warna kulit sawo matang, kelembaban kulit lembab, tidak ada lesi atau luka, dan tidak ada gangguan pada kulit.

3. Hematopoetic

Perdarahan abnormal tidak ada, pembengkakan kelenjar limfe tidak ada, anemia tidak ada.

4. Kepala

Ny.N pada pemeriksaan kepala tidak ada benjolan, tidak ada lesi, tidak pusing dan sakit kepala, kebersihan pada kulit kepala dan warna rambut hitam, tampak bersih tidak ada ketombe.

5. Mata

Ny.N memiliki mata yang simetris antara mata kanan dan mata kiri, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, tidak strabismus, nyeri dan gatal pada mata tidak ada, pasien menggunakan kacamata dengan minus 2 mata kanan dan mata kiri, riwayat katarak tidak ada.

6. Telinga

Telinga Ny.N tampak simetris antara kanan dan kiri, fungsi pendengaran kanan dan kiri masih baik, tidak menggunakan alat bantu dengar, kebersihan kedua telinga tampak bersih tidak ada serumen.

7. Hidung

Ny.N memiliki bentuk hidung yang simetris, letak sputum ditengah, tidak ada polip, tidak ada peradangan pada hidung, tidak terjadi sinusitis, tidak ada gangguan pada penciuman.

8. Mulut dan Tenggorokan

Mulut Ny.N tampak simetris, kebersihan mulut dan bibir bersih, dan tampak lembab. Ny.N tidak nyeri tekan dan tidak ada kesulitan dalam menelan dan mengunyah, tidak ada lesi, tidak ada perdarahan pada gusi, tidak memakai gigi

palsu, pola sikat gigi Ny.N mengatakan sikat gigi 2x dalam sehari pada saat mandi pagi dan sore hari.

9. Leher

Pada pemeriksaan leher Ny.N tidak ditemukan pembesaran kelenjar thyroid, tidak ada nyeri tekan, tidak ada lesi dan pasien tidak mengalami kaku kuduk.

10. Pernafasan

Pada saat dikaji Ny.N tidak batuk, tidak ada wheezing dan ronchi, tidak ada bunyi napas tambahan, dan pasien tidak mempunyai riwayat asma.

11. Kardiovaskuler

Bentuk dada Ny.N normal chest pergerakan dada simetris, tidak terjadi retraksi pada dada, pola napas eupnea, suara napas vesikuler. Ny.N mengatakan kadang merasa nyeri dada sebelah kiri menjalar sampai kepinggung, dengan durasi waktu lebih kurang 5 menit, nyeri ketika Ny.N merasa keletihan dan pada saat beraktivitas.

12. Gastrointestinal

Pada saat dikaji Ny.N tidak dysphagia, tidak mual dan muntah, nafsu makan hanya sedikit. Ny.N tidak mengalami jaundice, melena dan hemorrhoid. Pola BAB Ny.N mengatakan BAB 1x/hari.

13. Perkemihan

Ny.N tidak dyusuria, tidak ada masalah saat berkemih, tidak ada nyeri berkemih. Pola BAK Ny.N mengatakan BAK kurang lebih ada 5x dalam sehari.

14. Reproduksi

Pada saat dikaji Ny.N riwayat menstruasi awal haid yaitu pada usia 12 tahun, menopause pada usia 55 tahun. Ny.N tidak pernah melakukan pap smear. Tidak ada masalah pada gangguan reproduksi.

15. Muskuloskeletal

Kekuatan otot pada Ny.N pada ekstermitas atas yaitu kanan dan kiri tidak mengalami penurunan kekuatan otot skala 5. Sedangkan ekstermitas bawah kanan dan kiri mengalami penurunan kekuatan otot skala 4. Ny.N mengatakan kaki sering terasa kram dan kadang-kadang juga bengkak pada kedua kaki. Pada saat pengkajian Ny.N tidak ada nyeri sendi, tidak deformitas dan tidak ada fraktur. Postur tulang belakang normal, rentang gerak pasif.

16. Persyarafan

Ny.N tidak nyeri kepala, tidak kejang, tidak pernah pingsan, tidak ada tremor, dan tidak ada masalah pada memori.

1.1.4 Potensi Pertumbuhan Psikososial dan Spiritual

1. Psikososial

Ny.N mampu berinteraksi dengan keluarga dan tetangga dengan baik. Ny.N mengatakan sering mengobrol dengan anak dan menantunya, sering menonton tv dan makan bersama keluarga. Jika ada masalah Ny.N selalu menceritakan kepada anak dan menantunya.

2. Spiritual

Ny.N selalu melaksanakan ibadah sholat 5 waktu dan sholat sunah. Tidak ada hambatan pada saat Ny.N melaksanakan ibadah sholat. Untuk aktivitas rekreasi Ny.N mengatakan sebelum pandemic Ny.N dan keluarga berlibur ke kampung halaman di Klaten. Tetapi saat sekarang pandemic belum ada liburan bersama keluarga. Aktivitas interaksi Ny.N mengobrol dengan tetangga pada saat membeli sayur didepan rumah dengan tetangga.

3. Lingkungan

Ny.N tinggal di Rumdis TNI AL Wonosari Surabaya bersama dengan 2 anaknya, 1 menantu, dan 2 cucunya. Dengan bangunan permanen menggunakan genting, dinding terbuat dari bata (tembok) dengan lantai yang sudah dikramik, dengan kebersihan lantai bersih, pencahayaan baik, penataan prabotan baik. Luar rumah terdapat sedikit lahan untuk tanaman pot.

3.1.5 *Negative Functional Consequences*

1. Kemampuan ADL

Tingkat kemandirian klien dalam kehidupan sehari-hari dinilai dengan menggunakan Indeks Barthel yaitu dengan kriteria: pemeliharaan kesehatan diri, mandi dapat dilakukan secara mandiri dengan masing-masing mempunyai nilai skor 5. Kemudian untuk aktivitas makan, toilet (BAB & BAK), naik atau turun tangga, berpakaian, kontrol BAK dan kontrol BAB klien dapat melaksanakan secara mandiri dengan masing-masing mendapat nilai skor 10. Untuk ambulasi dan transfer kursi/bed klien juga dapat melaksanakan secara mandiri sehingga mendapat skor nilai 15. Dalam kemampuan ADL secara mandiri klien mendapatkan total nilai skor 100 yaitu dapat diartikan pemenuhan kemampuan ADL klien mandiri.

2. Aspek Kognitif

Aspek kognitif pada klien dinilai menggunakan MMSE (*Mini Mental Status Exam*). Dalam aspek kognitif orientasi dengan kriteria klien mampu menyebutkan tahun, hari, musim, bulan dan tanggal dengan benar mendapat nilai skor 5. Aspek kognitif orientasi kedua klien mampu menyebutkan dimana sekarang berada, provinsi tempat tinggal, dan kabupaten tempat tinggal dengan benar mendapat nilai skor 5. Untuk aspek kognitif registrasi klien diminta untuk menyebutkan 3 nama

obyek kemudian ditanyakan kembali klien mampu menyebutkan dan mendapat skor nilai 3. Pada aspek kognitif perhatian dan kalkulasi klien diminta untuk berhitung sampai dengan 100 kemudian dikurangi 7 sampai dengan 5 tingkat, pada aspek ini klien mampu menjawab 2 dan mendapat nilai skor 2. Aspek kognitif mengingat klien diminta untuk mengulangi ketiga obyek pada point sebelumnya dan klien mampu mengingat obyek tersebut dan mendapat skor nilai 2. Pada aspek kognitif bahasa klien diminta untuk menunjuk benda yang ditanya, dan juga untuk mengulangi kata berikut: “ tidak ada, dan, jika, atau tetapi”. Klien diminta untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri 3 langkah: mengambil kertas, melipat kertas menjadi dua, dan menaruh kertas dilantai. Yang terakhir klien diminta untuk hal berikut : “Tutup mata anda” Perintahkan kepada klien untuk menulis kalimat dan menyalin gambar 2 segi lima yang saling bertumpuk pada aspek ini klien mendapat skor nilai 9. Dari penilaian menggunakan MMSE klien mendapat nilai keseluruhan 26 yang artinya tidak ada gangguan kognitif.

3. Tingkat Kerusakan Intelektual

Penggunaan SPMSQ (*short portable mental status questioner*) bertujuan untuk mengukur tingkat kerusakan intelektual pada klien. Pada penggunaan SPMSQ klien diberikan 10 pertanyaan meliputi: tanggal berapa hari ini?, hari apa sekarang?, apa nama tempat ini?, dimana alamat anda?, berapa umur anda?, kapan anda lahir?, siapa presiden Indonesia?, siapa presiden Indonesia sebelumnya?, siapa nama ibu anda?, kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru secara menurun. Dari 10 pertanyaan yang diberikan klien dapat menjawab benar 7 pertanyaan dan 3 pertanyaan salah yaitu klien tidak dapat menyebutkan umurnya saat ini, presiden Indonesia sebelumnya dan pengurangan bilangan. Sehingga pada

pengukuran SPMSQ dapat disimpulkan bahwa fungsi intelektual utuh dengan nilai jumlah hanya salah 3.

4. Tes Keseimbangan

Tes keseimbangan klien menggunakan *Time Up Go Test* dan dilakukan pada 3 kali pertemuan. Pada pertemuan pertama tanggal 10 November 202 menunjukkan hasil TUG 4 detik, pada tanggal 11 November 2020 hasil TUG menunjukkan 5 detik, dan pada tanggal 12 November 2020 hasil TUG 5 detik. Maka rata-rata waktu TUG adalah 12 detik dapat disimpulkan > 13,5 detik risiko tinggi jatuh.

5. Kecemasan, GDS

Pengkajian Depresi yaitu digunakan untuk menentukan tingkat kecemasan dan GDS, dalam hal ini klien diberikan 15 pertanyaan dengan jawaban “Ya” atau “Tidak” jika jawaban mengarah pada kecemasan klien diberikan nilai 1, dan nilai 0 pada jawaban klien merasa puas. Pada pengkajian depresi ini jika didapatkan nilai kecemasan klien 5 atau lebih maka diindikasikan klien depresi. Tetapi pada saat dilakukan pengkajian nilai kecemasan pada klien didapatkan 4 yang artinya klien tidak diindikasikan mengalami depresi.

6. Status Nutrisi

Pengkajian determinan nutrisi pada lansia pada pemeriksaan diberikan 10 indikator dan dilakukan penilaian score. Dengan interpretasi 0-2 : *Good*, 3-5 : *Moderat Nutritional Risk*, dan $6 \geq$: *High Nutritional Risk*. Dalam pengkajian status nutrisi didapatkan hasil 3, sehingga dapat disimpulkan bahwa klien mengalami *moderat nutritional risk*.

7. Fungsi Sosial Lansia

APGAR keluarga dengan lansia yaitu alat skrining yang dapat digunakan untuk mengkaji fungsi sosial lansia. Fungsi sosial lansia yaitu: *adaptation, partnership, growth, affection, resolve*. Dari masing-masing fungsi tersebut akan dinilai dengan pernyataan selalu skor 2, kadang-kadang skor 1, dan tidak pernah skor 0. Karena klien menunjukkan kepuasan terhadap apa yang dilakukan pada saat ini sehingga klien mendapatkan jumlah skor 10. Dengan interpretasi < 3 = Disfungsi berat, $4 - 6$ = Disfungsi sedang, > 6 = Fungsi baik. Sehingga dapat disimpulkan bahwa fungsi sosial lansia adalah baik.

8. Pengkajian perilaku terhadap kesehatan

Pada saat dikaji Ny.N tidak pernah merokok ataupun mengonsumsi minuman keras.

9. Pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari

Pola pemenuhan kebutuhan nutrisi, frekuensi makan 2x sehari, jumlah makanan yang dihabiskan $\frac{1}{2}$ porsi. Pola pemenuhan cairan, frekuensi minum > 3 gelas sehari, dengan jenis minuman air putih. Pola kebiasaan tidur, jumlah waktu tidur 4-6 jam, gangguan tidur yaitu berupa sering terbangun, penggunaan waktu luang ketika tidak tidur yaitu hanya bersantai. Pola eliminasi BAB, pasien mengatakan BAB 1x/hari dengan konsistensi lembek, dan tidak ada gangguan dalam BAB. Pola BAK, frekuensi BAK 4-6 kali sehari, warna kuning jernih dan tidak ada gangguan dalam BAK. Pola aktivitas dalam kegiatan produktif lansia yang sering dilakukan yaitu pekerjaan rumah tangga. Pola pemenuhan kebersihan diri, pasien mandi 2 kali sehari, memakai sabun, menyikat gigi serta menggunakan pasta gigi, pasien berganti baju 2 kali dalam sehari.

3.2 Analisa Data (Diagnosa Keperawatan)

Tabel 3.2 Analisa Data (Diagnosa Keperawatan)

| NO | DATA | ETIOLOGI | MASALAH KEPERAWATAN |
|----|--|-------------------------|---|
| 1. | <p>DS:</p> <p>Pasien mengatakan nyeri dada pada saat beraktivitas.</p> <p>P: px mengatakan nyeri dada saat beraktivitas</p> <p>Q: nyeri terasa berat</p> <p>R: Nyeri dada sampai menjalar ke punggung</p> <p>S: Skala Nyeri 4 (1-10)</p> <p>T: Nyeri tiba-tiba muncul selama lebih kurang 5 menit</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak menyeringai menahan nyeri - Pasien terlihat memegang dada sebelah kiri - TTV <p>TD : 160/100</p> <p>S/N : 36.5/98x/m</p> <p>RR : 22x/m</p> | Agen cedera fisiologi | Nyeri Akut (SDKI D.0077) |
| 2. | <p>DS :</p> <p>klien mengatakan kaki sering kram dan mudah lelah bila aktivitas terlalu berat dan jalan terlalu jauh</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak mengurut kakinya <p>TD : 160/100</p> <p>S/N : 36.5/98x/m</p> <p>RR : 22x/m</p> | Penurunan kekuatan otot | Gangguan Mobilitas fisik SDKI (D.0054) |

| | | | |
|----|--|---------------------|--|
| 3. | DS : Pasien mengatakan kaki kadang bengkak DO : - Kaki Ny.N tampak bengkak - Bila bengkak pasien mengurangi minum dan minum furosemide tab | Perubahan Afterload | Penurunan curah jantung (SDKI D.0008) |
|----|--|---------------------|--|

3.3 Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri Akut (SDKI D.0077)
2. Gangguan Mobilitas Fisik (SDKI D.0054)
3. Penurunan Curah Jantung (SDKI D. 0008)

3.4 Rencana Keperawatan

Diagnosa keperawatan 1: Nyeri akut berhubungan agan cedera fisiologis

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan gerontik selama 3x24 jam diharapkan nyeri pasien berkurang/ hilang.

Kriteria Hasil: keluhan nyeri menurun/ hilang, pasien tidak tampak menyeringai menahan nyeri, pasien tampak rileks.

Intervensi (SIKI 1.08066 Hal.201):

1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri

Rasional: Dengan mengidentifikasi dapat membantu perawat untuk berfokus pada penyebab nyeri dan manajemennya.

2. Identifikasi skala nyeri

Rasional: Dengan mengetahui skala nyeri pasien dapat membantu perawat untuk mengetahui tingkat nyeri pasien.

3. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri : relaksasi/kompres

Rasional: Pemberian teknik nonfarmakologi dapat membantu pasien dalam mengurangi kecemasan nyeri.

4. Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri : posisi nyaman pasien

Rasional: untuk mengetahui seberapa jauh pasien mampu mengontrol nyeri.

5. Jelaskan penyebab nyeri

Rasional: Menjelaskan penyebab nyeri dapat mengurangi kecemasan pasien terhadap nyeri yang dialami.

Diagnosa Keperawatan 2:

Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload.

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan gerontik selama 3x24 jam diharapkan penurunan curah jantung teratasi.

Kriteria Hasil: Tidak ada sianosis, Edema menurun, Pernafasan normal, Tidak oliguria.

Intervensi (SIKI 1.02075 Hal.317):

1. Identifikasi tanda-gejala penurunan curah jantung

Rasional: Dengan mengidentifikasi dapat membantu perawat untuk berfokus pada penyebab penurunan curah jantung.

2. Monitor tekanan darah

Rasional: dengan memonitoring tekanan darah dapat membantu perawat untuk berfokus pada nilai tekanan darah.

3. Monitor intake-output cairan

Rasional: Ginjal berespon terhadap penurunan curah jantung dengan mereabsorpsi natrium dan cairan, output urin biasanya menurun selama tiga hari karena perpindahan cairan ke jaringan tetapi dapat meningkat pada malam hari sehingga cairan berpindah kembali ke sirkulasi bila klien tidur.

4. Berikan diet jantung yang sesuai

Rasional: Memberikan diet pada pasien dapat membantu mengoptimalkan nutrisi yang benar pada klien.

5. Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress

Rasional: terapi relaksasi yang diberikan dapat mengurangi kecemasan klien.

6. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi

Rasional: Dapat membantu meningkatkan kualitas istirahat pasien.

Diagnosa Keperawatan 3:

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot

Tujuan: setelah dilakukan asuhan keperawatan gerontik selama 3x24 jam diharapkan hambatan mobilitas fisik berkurang/ membaik.

Kriteria Hasil: kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat, keluhan lelah berkurang, tekanan darah dalam batas normal.

Intervensi (SIKI 0.05173 Hal.30):

1. Identifikasi adanya nyeri atau kelainan fisik yang lain

Rasional: Dengan mengidentifikasi dapat membantu perawat untuk berfokus pada penyebab nyeri dan adanya kelainan fisik.

2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan

Rasional: Dengan mengidentifikasi dapat membantu perawat untuk mengetahui adanya kelemahan pergerakan.

3. Monitor vital sign dan kondisi

Rasional: Dengan memonitoring TTV dapat membantu perawat untuk berfokus pada nilai TTV pasien.

4. Ajarkan pasien gerak ROM

Rasional: Dengan fasilitas gerak ROM dapat membantu pasien dalam melakukan mobilisasi.

5. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

Rasional: Keluarga dapat berperan penting dalam proses penyembuhan pasien.

3.5 Implementasi Dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.3 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

| No | Tgl & Jam | Diagnosis Keperawatan | Tindakan Keperawatan | Paraf | Tgl & Jam | Evaluasi Keperawatan | Paraf |
|----|-----------|--------------------------------------|--|-------|-----------|--|-------|
| 1. | 11/11/20 | Nyeri akut b/d agen cedera fisiologi | <ol style="list-style-type: none"> Melakukan kunjungan kerumah pasien Melakukan BHSP dan menjelaskan tujuan. Mengukur tekanan darah klien TD : 160/100 mmHg S/N : 36.5/98x/menit RR : 22x/menit Mengidentifikasi nyeri: lokasi, skala, karakteristik nyeri. (Ny.N terdapat nyeri dada, nyeri bertambah ketika beraktivitas, nyeri skala 4 dari tengtang 1-10). Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam (Ny.N dapat mengikuti teknik relaksasi napas dalam dengan benar). | Ulfa | 11/11/20 | <p>S:</p> <p>Ny.N mengatakan nyeri dada pada saat beraktivitas.</p> <p>P: Ny.N mengatakan nyeri dada saat beraktivitas</p> <p>Q: nyeri terasa berat</p> <p>R: Nyeri dada sampai menjalar ke punggung</p> <p>S: Skala Nyeri 4 (1-10)</p> <p>T: Nyeri tiba-tiba muncul selama lebih kurang 5 menit</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny.N tampak menyeringai menahan nyeri - Ny.N terlihat memegang dada sebelah kiri <p>TD : 160/100 mmHg</p> | ulfa |

| | | | | | | | |
|----|----------|--|--|------|----------|--|------|
| | | | | | | <p>S/N : 36.5/98x/menit</p> <p>RR : 22x/menit</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> | |
| 2. | 11/11/20 | Gangguan mobilitas fisik b/d penurunan kekuatan otot | <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik yg lain (kaki Ny.N sering terasa kram) 2. Melakukan monitor vital sign dan kondisi TD : 160/100 mmHg S/N : 36.5/98x/menit RR : 22x/menit 3. Mengajarkan pasien ROM aktif (Ny.N dapat mengikuti sesuai kemampuan) 4. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan (latihan ROM aktif dilakukan didepan anak Ny.N) | Ulfa | 11/11/20 | <p>S :</p> <p>Ny.N mengatakan kaki sering kram dan mudah lelah bila aktivitas terlalu berat dan jalan terlalu jauh</p> <p>O :</p> <p>- Ny.N tampak mengurut kakinya</p> <p>TD : 160/100 mmHg</p> <p>S/N : 36.5/98x/menit</p> <p>RR : 22x/menit</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> | ulfa |
| 3 | 11/11/20 | Penurunan curah jantung b/d perubahan afterload | <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi tanda-gejala penurunan curah jantung 2. Melakukan monitor tekanan darah TD : 160/100 mmHg S/N : 36.5/98x/menit RR : 22x/menit 3. Melakukan monitor intake-output cairan 4. Menganjurkan diet jantung yang sesuai 5. Memberikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress | Ulfa | 11/11/20 | <p>S :</p> <p>Ny.N mengatakan kaki kadang bengkak</p> <p>O :</p> <p>- Kaki tampak sedikit bengkak Bila bengkak pasien mengurangi minum dan minum furosemide tab</p> <p>TD : 160/100 mmHg</p> | ulfa |

| | | | | | | | |
|--|--|--|---|--|--|--|--|
| | | | 6. Menganjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi | | | S/N : 36.5/98x/menit RR : 22x/menit A: Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan | |
|--|--|--|---|--|--|--|--|

| No | Tgl & Jam | Diagnosis Keperawatan | Tindakan Keperawatan | Paraf | Tgl & Jam | Evaluasi Keperawatan | Paraf |
|----|-----------|----------------------------------|--|-------|-----------|--|-------|
| 1. | 12/11/20 | Nyeri akut b/d agen cedera fisik | <ol style="list-style-type: none"> Melakukan kunjungan kerumah pasien Menanyakan keluhan pasien (Nyeri dada Ny.N sudah berkurang) Mengukur tekanan darah klien TD : 130/90 mmHg S/N : 36,0/88x/menit RR : 20x/menit Mengidentifikasi nyeri : lokasi, skala, karakteristik nyeri (nyeri sudah berkurang, skala nyeri 2 dari rentang 1-10) Mengajarkan teknik relaksasi (Ny.N mengikuti dan paham teknik relaksasi napas dalam) | ulfa | 12/11/20 | <p>S:</p> <p>Ny.N mengatakan hari ini nyeri dada sudah berkurang</p> <p>P: nyeri dada saat beraktivitas</p> <p>Q: nyeri terasa berat</p> <p>R: Nyeri dada sebelah kiri</p> <p>S: Skala Nyeri 2(1-10)</p> <p>T: Nyeri tiba-tiba muncul selama lebih kurang 5 menit</p> <p>O :</p> <p>- Ny.N tampak memegangi dada sebelah</p> | ulfa |

| | | | | | | | |
|----|----------|--|--|------|----------|---|------|
| | | | | | | <p>kiri</p> <p>TD : 130/90 mmHg</p> <p>S/N : 36.0/88x/menit</p> <p>RR : 20x/menit</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> | |
| 2. | 12/11/20 | Gangguan mobilitas fisik b/d penurunan kekuatan otot | <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau kelihan fisik yg lain (kaki Ny.N terasa kram) 2. Melakukan monitor vital sign dan kondisi TD : 130/90 mmHg S/N : 36.0/88x/menit RR : 20x/menit 3. Memfasilitasi mobilisasi dengan alat bantu 4. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan | ulfa | 12/11/20 | <p>S :</p> <p>Ny.N mengatakan kaki kram setelah menyapu rumah</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny.N tampak memegang kaki dan mengurutnya - Bengkak pada kaki Ny.N tampak sudah menurun <p>TD : 130/90 mmHg</p> <p>S/N : 36.0/88x/menit</p> <p>RR : 20x/menit</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> | ulfa |

| | | | | | | | |
|----|----------|---|--|------|----------|--|------|
| 3. | 12/11/20 | Penurunan curah jantung b/d perubahan afterload | <p>1. Mengidentifikasi tanda-gejala penurunan curah jantung</p> <p>2. Melakukan onitor tekanan darah TD : 130/90 S/N : 36.0/88 RR : 20x/m</p> <p>3. Melakukan monitor intake-output cairan</p> <p>4. Menganjurkan diet jantung yang sesuai</p> <p>5. Memerikan terpai relaksasi untuk mengurangi stress</p> <p>6. Menganjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi</p> | ulfa | 12/11/20 | <p>S : Ny.N mengatakan bengkak pada kaki sudah berkurang</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kaki tampak sedikit bengkak - Bila bengkak pasien mengurangi minum, dan minum furosemide tab <p>TD : 130/90</p> <p>S/N : 36.0/88</p> <p>RR : 20x/m</p> <p>A: Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan</p> | ulfa |
|----|----------|---|--|------|----------|--|------|

| No | Tgl & Jam | Diagnosis Keperawatan | Tindakan Keperawatan | Paraf | Tgl & Jam | Evaluasi Keperawatan | Paraf |
|----|-----------|----------------------------------|---|-------|-----------|--|-------|
| 1. | 13/11/20 | Nyeri akut b/d agen cedera fisik | <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan kunjungan kerumah pasien 2. Menanyakan keluhan pasien (Ny.N sudah tidak nyeri dada) 3. Mengukur tekanan darah klien TD : 130/80 S/N : 36.2/76 RR : 20x/m 4. Mengidentifikasi nyeri : lokasi, skala, karakteristik nyeri (nyeri sudah berkurang, skala nyeri 2 dari rentang 1-10) 5. Mengajarkan teknik relaksasi (Ny.N mengikuti dan paham teknik relaksasi napas dalam) | ulfa | 12/11/20 | <p>S:</p> <p>Ny.N mengatakan sudah tidak merasakan nyeri</p> <p>P: -</p> <p>Q: -</p> <p>R: -</p> <p>S: Skala Nyeri 0(1-10)</p> <p>T: -</p> <p>O :</p> <p>- Ny.N tampak memegang dada sebelah kiri</p> <p>TD : 130/90</p> <p>S/N : 36.2/88</p> <p>RR : 20x/m</p> <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p> | ulfa |

| | | | | | | | |
|---|----------|--|--|------|----------|---|------|
| 2 | 13/11/20 | Gangguan mobilitas fisik b/d penurunan kekuatan otot | <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau kelihan fisik yg lain (kaki Ny.N sudah tidak kram) 2. Melakukan monitor vital sign dan kondisi TD : 130/80 mmHg S/N : 36.2/88x/menit RR : 20x/menit 3. Memfasilitasi mobilisasi dengan alat bantu 4. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan | ulfa | 12/11/20 | <p>S : Ny.N mengatakan kaki sudah tidak kram</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pemeriksaan TTV: TD : 130/80 mmHg S/N : 36.2/88x/menit RR : 20x/menit <p>A: Masalah teratasi P: Intervensi dihentikan</p> | ulfa |
| 3 | 13/11/20 | Penurunan curah jantung b/d perubahan afterload | <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi tanda-gejala penurunan curah jantung 2. Melakukan monitor tekanan darah TD : 130/80 mmHg S/N : 36.2/88x/menit RR : 20x/menit 3. Melakukan monitor intake-output cairan 4. Menganjurkan diet jantung yang sesuai 5. Memerikan terpai relaksasi untuk mengurangi stress 6. Menganjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi | ulfa | 12/11/20 | <p>S : Ny.N mengatakan kakinya masih sedikit bengkak, pada kaki sudah berangsur-angsur menurun</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bengkak pada kaki Ny.N tampak sudah menurun - Bila bengkak Ny.N mengurangi minum dan minum furosemide tab <p>TD : 130/80 S/N : 36.2/88 RR : 20x/m</p> <p>A: Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan</p> | ulfa |

