

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

Dalam bab ini berisi dua klien dengan Infark Mikoard Akut di Ruang ICU RSUD. Ibnu Sina Gresik yang menggunakan 5 tahap proses keperawatan yaitu pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

4.1 Hasil

4.1.1 Pengkajian

1. Identitas Klien Pertama

Tn.S umur 66 tahun jenis kelamin laki-laki, beragama islam, alamat xxxx, suku jawa bangsa Indonesia, pendidikan terakhir SMP dan pekerjaan sekarang sebagai petani. Penanggung jawab Ny.S, nomor rekam medis 3945xx, tanggal masuk rumah sakit 1 Agustus 2016 pukul 21.00 wib dengan diagnosa SKA+IMA+DM di ruang ICU bed 2. Tanggal pengkajian 2 Agustus 2016 pukul 14.20 wib dan sumber informasi dari klien dan keluarga klien.

2. Keluhan Utama

Klien mengatakan dada nyeri dan terasa panas , nyeri kepala bagian belakang

3. Riwayat Penyakit Sekarang

Klien mengatakan nyeri disertai panas pada dada kiri,sering merasa sesak napas, kurang lebih selama kurang lebih 1 minggu, klien mengatakan berbaring dilantai ketika gejala tsb muncul dan merasa membaik, skala nyeri waktu nyeri muncul 6 (0-10). Selama seminggu tidak kunjung sembuh kemudian klien

periksa ke PUSKESMAS kebomas pada tanggal 1 Agustus 2016 pukul: 14.00 WIB dengan keluhan nyeri dada dan sesak, klien merasa mendingan dan kembali pulang.

Pada malam hari pukul 21.00 klien merasa nyeri berulang Kemudian klien dibawa keluarganya ke UGD RSUD. Ibnu Sina Gresik jam 21.00, ketika di UGD klien diberi terapy isdn 5mg, O2 nasal canul 4 lpm dan infus pz 1500ml 21tpm, inj. Arixtra 2,5mg/0,5ml. setelah itu oleh dokter di UGD klien disarankan untuk rawat inap, lalu klien di bawa ke ruang ICU dengan diagnosa medis SKA+IMA+DM

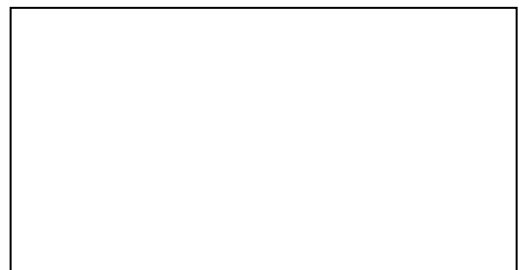
4. Riwayat Penyakit Dahulu

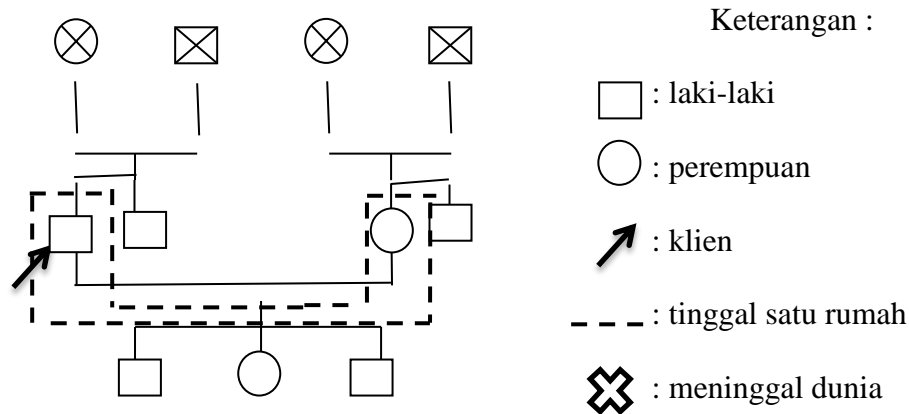
Klien mengatakan ±13 th mempunyai riwayat penyakit DM.

5. Riwayat Penyakit Keluarga

Klien mengatakan riwayat penyakit pada keluarganya, ada yang memiliki riwayat diabetes

6. Genogram Klien Pertama





Gambar 4.1 Genogram Klien Pertama

7. Pemeriksaan Fisik Refiew of system (pengkajian per system)

Klien pertama Tn.S

B1 : Sistem Pernafasan

Subyektif : Klien mengatakan sesak nafas

Obyektif : pernafasan klien spontan, bentuk dada normal chest, klien tampak gelisah, RR 25x/menit irama iregular dan kedalaman dangkal, hiperventilasi , perkusi sonor, tidak terdapat suara tambahan seperti ronkhi dan wheezing, terpasang O2 nasal canul 4 Lpm, spo2 99 %, posisi fowler.

Problem : Ketidakefektifan pola nafas

B2 : Sistem Kardiovaskular

Subyektif : Klien mengatakan nyeri dada sebelah kiri disertai rasa panas

Obyektif : Bentuk normal chest, klien tampak meringis kesakitan, tidak terpasang CVP, tampak cardiomegali, CRT 3 detik, akral dingin, terdengar suara tambahan S3 Gallop TD:

160/90 mmhg,MAP: 113,3 mmHg N: 90x/menit irama irreguler,
Gambaran EKG nampak gelombang ST-Elevasi dan ST-Depresi.

Problem : 1.Penurunan Curah Jantung

2.resiko penurunan perfusi jaringan jantung

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 bagia kira, seperti ditusuk-tusuk pada daerah dada disertai rasa panas, skala nyeri 6 dan hilang timbul biasanya sering timbul pada malam hari jika diberi obat anti nyeri.

Problem : nyeri akut

B4 : Sistem Perkemihan

Subyektif : Klien mengatakan kencing lewat selang kateter

Obyektif : Tidak distended, terpasang dower cateter uk.16 terfiksasi, jumlah produksi urine 2300cc/24jam, tidak terdapat oliguria, warna kuning , bau khas urine, tidak terdapat kemerahan di sekitar uretra dan 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. intake minumnya 600cc/24 jam + inf 1500ml/24jam

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: 36,8°C , pucat, tidak sianosis, ADL dibantu keluarga, tidak ada odema, warna kulit kuning langsung, ekstremitas atas dan bawah masih dapat digerakkan dengan baik, lama tidar frekuensi 5-6 jam/hari.

Problem : Intoleransi Aktivitas

8. Pemeriksaan Penunjang

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

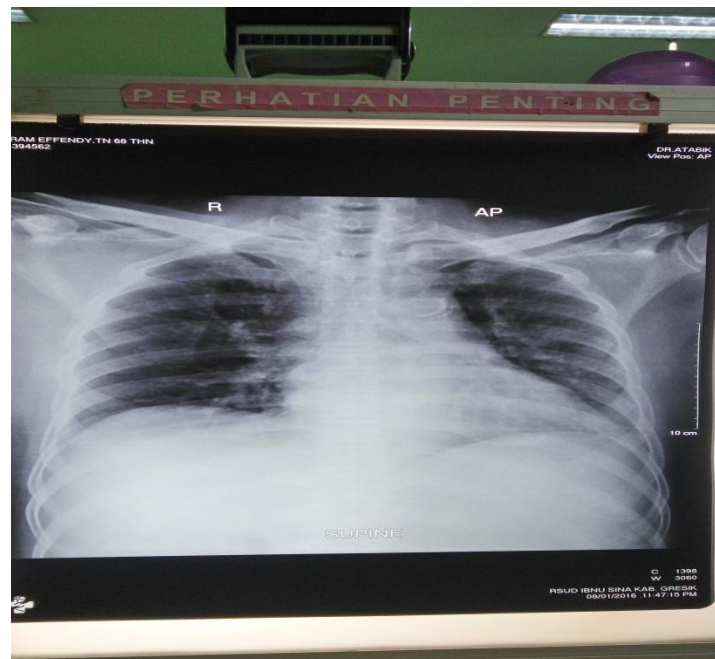
Tanggal : 2-8-2016 jam 00.40

a. Laboratorium

HB	:13.0	(normal: L:13.0-17g% ;P:11,4-15,1g%)
LEUKOSIT	:9.400	(normal: 4500-11.000)
PCV	:41	(normal: L:40-50% P:37-47%)
TROMBOSIT	:240.000	(normal: 150.000-450.000/ uL)
MCV	:95	(normal: 80-94)
MCH	:30	(normal: 26-32)
MCHC	:32	(normal: 32-36)
GDA	:302	(normal: <200mg/dL)
BUN	:16,3	(normal: 4,8-23 g/dL)
SERUM C.	:1,28	(normal: 0,7-1,2 mg/dL)
SGOT	:143,1	(normal: 0-31 uL)
SGPT	:45,7	(normal: 0-32 u/L)
CK-MB	:80	(normal: <25u/L 37C)
TROPONIN-I	:positif	(normal: negatif)

b. Foto thorax

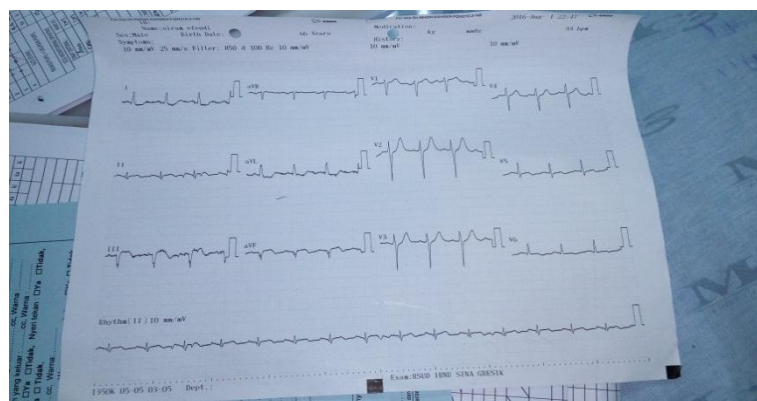
Tanggal : 2 - 08 – 2016



Hasil : nampak pembesaran jantung (kardiomegali)

c. EKG

Tanggal : 2-8-2016



Gambar 4.2 Hasil pemeriksaan EKG klien pertama: terdapat terdapat ST-Elevasi dan ST-Depresi

9. Penatalaksanaan / terapi pada Tn.S

Infus PZ 14 tpm , Arixtra 1x1/iv, dan Per oral Bisoprolol 1x0,5mg, Asa 1x100mg, Clopidogrel 1x1 75mg, Simvastatin 1x20mg, Glibenclamid 5mg1-1-0 tab (selama 3 hari saja), Isdn 3x5mg.

Daftar masalah keperawatan

Daftar masalah yang muncul dari klien pertama sebagai berikut :

1. Ketidakefektifan pola nafas
2. Nyeri akut
3. Penurunan curah jantung
4. Resiko penurunan perfusi jaringan jantung
5. Intoleransi aktivitas

1. Identitas Klien Kedua

Tn.B umur 61tahun berjenis kelamin laki-laki, beragama islam, alamat xxxx, suku jawa bangsa Indonesia, pendidikan terakhir SMP. Penanggung jawab Tn.R, nomor rekam medis 5943XXX, tanggal masuk rumah sakit 2 Agustus 2016 pukul 12.00 wib dengan diagnosa SKA IMA ANTERIOR di ruang ICU bed 7. Tanggal pengkajian 2 Agustus 2016 pukul 18.30 wib dan sumber informasi dari klien dan keluarga klien

2. Keluhan Utama

Klien mengatakan nyeri dada dan sesak

3. Riwayat Penyakit Sekarang

Klien mengatakan nyeri dada kurang lebih 3 hari, mual, lemas dan pucat pada jam 9.00 klien kontrol ke poli jantung RSUD. Ibnu Sina Gresik dan

disarankan untuk rawat inap karena pasien mengeluh tidak kuat dengan nyerinya berkeringat dingin skala nyeri pada angka 8 dan kualitas nyeri seperti ditusuk-tusuk kemudian klien dibawa ke ICU rujukan dari poli jantung kira-kira jam 12.00wib dengan diagnosa medis SKA IMA ANTERIOR

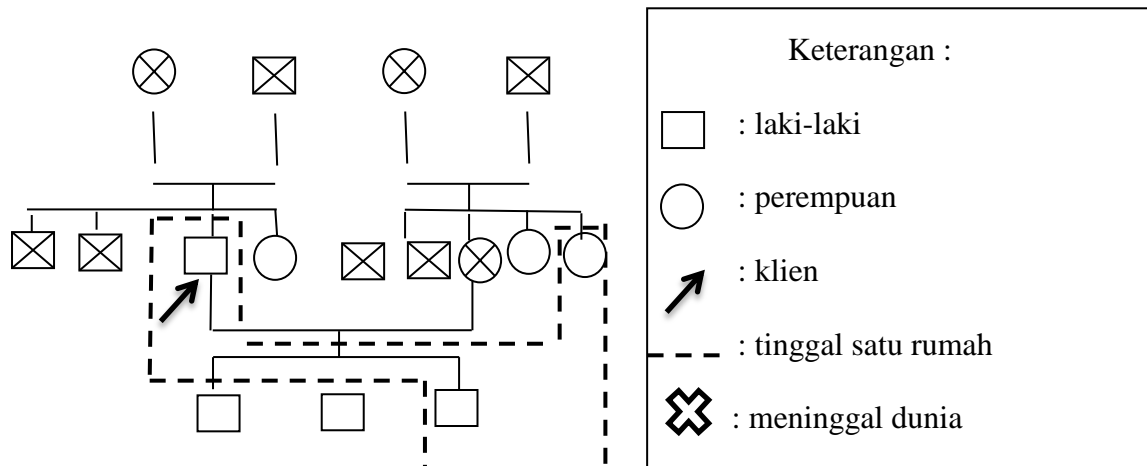
4. Riwayat Penyakit Dahulu

Klien mengatakan memiliki penyakit DM kurang lebih selama 15 tahun, pasien jarang kontrol.

5. Riwayat Penyakit Keluarga

Klien mengatakan tidak ada keluarga yang memiliki penyakit menurun maupun menahun.

6. Genogram Klien Kedua



Gambar 4.4 Genogram Klien Kedua

7. Pemeriksaan Fisik Refiew of syistem (pengkajian per syistem)

Klien Kedua Tn.B

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 iregular kedalaman dangkal, hiperventilasi, Perfusi dingin, perkusi sonor, tidak terdapat suara tambahan seperti ronkhi dan wheezing, terpasang O2 simple face mask 7 Lpm, spo2 95 %, posisi head up 30⁰

Problem : Ketidakefektifan pola nafas

B2 : Sistem Kardiovaskular

Subyektif : Klien mengatakan cepat lelah

Obyektif : Bentuk normal chest, klien tampak menyeringai kesakitan, tidak terpasang CVP, tidak ada cardiomegali, CRT 3dtk, akral dingin, tidak terdengar suara tambahan S3, S4 atau murmur. TD: 150/80mmHg N:90x/mnt disritmia dan kuat. MAP: 103,3 mmHg

Problem : Penurunan curah jantung

B3 : Sistem Persyarafan

Subyektif : Klien mengatakan nyeri pada dada

Obyektif : GCS : 456 , kesadaran umum klien compos mentis CRT 3>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 sebelah kiri, skala nyeri 8 dan hilang timbul jika diberi obat anti nyeri, nyeri hilang.

Problem : nyeri akut

B4 : Sistem Perkemihan

Subyektif : klien mengatakan kencing spontan, sering kencing pada malam hari

Obyektif : produksi urine baik, jumlah produksi urine 800cc/24jam, tidak terdapat oliguria, warna kuning , bau khas urine,

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/mnt. Tidak terdapat hemoroid. tidak ada hernia. Tidak nampak prolaps uteri.

Problem : tidak ada masalah keperawatan

B6 : Sistem Muskuloskeletal

Subyektif : klien mengatakan lemas

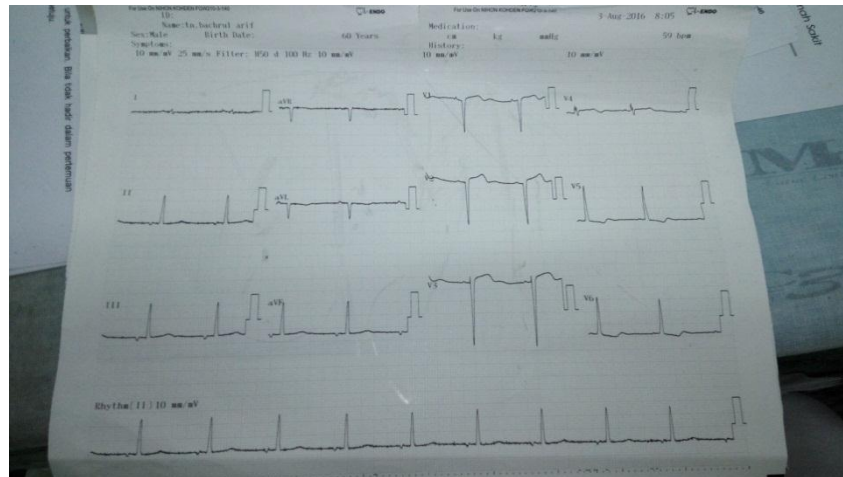
Obyektif : Tonus otot

dextra	sinistra
5	5
5	5

Hasil : tidak nampak pembesaran jantung (kardiomegali)

c. EKG

Tanggal : 3-8-2016 Jam 08.00 WIB



Gambar 4.5 Hasil pemeriksaan EKG klien kedua: terdapat ST-Elevasi dan ST-Depresi.

9. Penatalaksanaan / terapi pada Tn.B

Infus PZ 7 tpm, dan injeksi lavenox 2x0,6 ml/sc, omeprazole 2x1/iv, drip isdn 1mg/jam dan per oral Asa 1x100mg, Clopidogrel 1x75mg, atorvastatin 1x20mg, syr.sukralfat 3x2 1sdt

Daftar masalah keperawatan

Daftar masalah yang muncul dari klien kedua sebagai berikut :

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

4.1.2 Analisa Data

4.1.2.1 Analisa Data Pada Klien Pertama Tn.S 66 Tahun

Tanggal 2 Agustus 2016

1. Kelompok data pertama

- a. Data Subyektif : Klien mengatakan sesak nafas
- b. Data Obyektif : Pernafasan klien spontan,tidak ada nafas cuping hidung, RR 25x/menit, dispnea, terpasang O2 nasal canul 4 Lpm, spo2 99 %, posisi fowler
- c. Masalah Keperawatan
ketidakefektifan pola nafas
- d. Penyebab
Nyeri

2. Kelompok data kedua

- 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 6 dan hilang timbul jika diberi obat anti nyeri, TD: 160/90 mmhg, N: 120x/mnt, S: 36,8°C, MAP: 113,3 mmHg, SPO2: 99%.
- c. Masalah Keperawatan
Nyeri Akut
- d. Penyebab
Iskemia miokard

3. Kelompok data ke tiga

- a. Data Subyektif : Klien mengatakan sesak dan dada terasa seperti terbakar

b. Data Obyektif : Bentuk normal chest, tidak terpasang CVP, ada cardiomegali, akral dingin, terdengar suara jantung tambahan s3 gallop. TD: 160/90 mmHg N: 90x/mnt irama iregular ,disritmia, 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 nyeri dada

b. Data Obyektif: Bentuk normal chest, tidak terpasang CVP, ada cardiomegali, akral dingin, CRT 3 detik, terdengar suara jantung tambahan s3 gallop. TD: 160/90 mmHg N: 90x/mnt irama iregular , Gambaran EKG nampak ST-elevasi ST-Depresi, riwayat Diabetes mellitus, ada hipertensi,

c. Masalah keperawatan

Resiko penurunan perfusi jaringan jantung

d. Penyebab

Riwayat diabetes

5. Kelompok data ke lima

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.

c. Masalah keperawatan

Intoleransi Aktivitas

d. Penyebab

Iskemia

4.1.2.2 Analisa Data Klien Kedua Tn.B 61 Tahun

Tanggal 2 Agustus 2016

1. Kelompok data pertama

a. Data Subyektif : Klien mengatakan sesak

b. Data Obyektif : pernafasan klien spontan, bentuk dada normal chest, klien tampak gelisah, adanya retraksi intercostal, terdapat nafas cuping hidung, RR 29x/menit irama iregular kedalaman dangkal, hiperventilasi, Perfusi dingin, perkusi sonor, tidak terdapat suara tambahan seperti ronkhi dan wheezing, terpasang O2 simple face mask 7 Lpm, spo2 95 %, posisi head up 30⁰.

c. Masalah Keperawatan

Ketidakefektifan pola nafas

d. Penyebab

Penurunan Suplai Darah dan Oksigen

2. Kelompok data kedua

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: 150/80mmHg N:90x/mnt, S: 37°C, MAP: 103,3 mmHg, SPO2: 95%.

c. Masalah Keperawatan

Nyeri akut

d. Penyebab

Iskemia miokard

3. Kelompok data ketiga

- a. Data subyektif: pasien mengatakan adanya nyeri seperti ditusuk-tusuk
- b. Data obyektif: Bentuk normal chest, klien tampak menyeringai kesakitan, tidak terpasang CVP, tidak ada cardiomegali, CRT 3dtk, akral dingin, tidak terdengar suara jantung tambahan. TD: 150/80mmHg N:90x/mnt, nadi disritmia.MAP: 103,3 mmHg

c. Masalah keperawatan

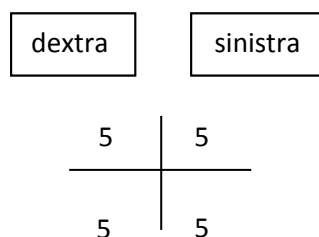
Penurunan curah jantung

d. Penyebab

Perubahan kontraktilitas miokard jantung

4. Kelompok data keempat

- a. Data Subyektif : klien mengatakan lemas dan merasa lelah
- b. Data Obyektif : Tonus otot



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

d. Masalah keperawatan

Intoleransi aktivitas

e. Penyebab

Iskemia

4.1.3 Diagnosa Keperawatan

A. Klien pertama Tn.S / 66 tahun

1. Nyeri Akut berhubungan dengan iskemia miokard
2. Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan Penurunan Suplai Darah dan Oksigen
3. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas miokard jantung
4. Resiko penurunan perfusi jaringan jantung
5. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan iskemia

B. Klien pertama Tn.B / 61 tahun

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

4.1.4 Intervensi Keperawatan

4.1.4.1 Intervensi Pada Klien Pertama dan Klien kedua: Tn.S / 66 Tahun dan Tn.B/61 Tahun

Diagnosa Keperawatan

Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas miokard jantung ditandai dengan perubahan frekuensi/irama jantung

Kriteria hasil:

1. Tanda vital dalam rentang normal(tekanan darah, Nadi, respirasi)
2. Dapat mentoleransi aktivitas, tidak ada kelelahan
3. Tidak ada edema paru, perifer, dan tidak ada asites

Tidak ada penurunan kesadaran

Intervensi keperawatan

1. Evaluasi adanya nyeri dada
2. Catat adanya disritmia jantung
3. Catat adanya tanda dan gejala penurunan cardiac output
4. Monitor status kardiovaskuler
5. Monitor status pernafasan yang menandakan gagal jantung
6. Monitor adanya perubahan tekanan darah
7. Monitor pasien terhadap efek pengobatan antiartimia
8. Atur periode latihan dan istirahat untuk menghindari kelelahan
9. Monitor toleransi aktivitas pasien
10. Monitor adanya dyspneu, fatigue, takipnue
11. Anjurkan untuk menurunkan stress

4.1.5 Implementasi Keperawatan

4.1.5.1 Diagnosa Keperawatan Pada Klien Tn.S Umur 66 Tahun

Penurunan curah jantung berhubungan dengan Perubahan kontraktilitas miokard jantung ditandai dengan perubahan frekuensi/irama jantung

Pelaksanaan tanggal : 2 Agustus 2016

1. Pukul 15.00 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 15.10 memberi pertanyaan seputar apa yang dirasakan pasien.

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

3. Pukul 15.10 Observasi adanya nyeri.

Respon: klien mengatakan nyeri berkurang, skala nyeri 3 (0-10)

4. Pukul 15.10 melakukan auskultasi bunyi jantung

Respon: didapatkan bunyi jantung tambahan S3 gallop di daerah katup mitral(Apeks).

5. Pukul 15.15 mengobservasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 160/90 mmHg, nadi 90x/menit, respirasi rate 25 x/menit , suhu 36,8°C , MAP: 90 mmHg , spO₂ 99%, MAP: 113,3 mmHg, aritmia

6. Pukul 15.30 membantu menyeka klien

Respon: klien tampak senang dan mengucapkan terima kasih

7. Pukul 16.00 mengobservasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 140/80mmHg, nadi 88x/menit, respirasi rate 25 x/menit , suhu 37°C, spO₂ 98%

8. Pukul 16.10 memberikan diit nasi rendah garam kepada klien, rendah lemak

Respon: klien mengucapkan terimakasih , klien hanya menghabiskan setengah porsi saja

9. Pukul 17.00 mengobservasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 140/80mmHg , nadi 80 x/menit , respirasi rate 25 x/menit , suhu 37°C , map 85 mmhg , spO₂ 99%

10. Pukul 17.10 menemani klien

Respon: klien kooperatif

11. Pukul 19.00 mengobservasi tanda-tanda vital dan memberi obat per oral glibenclamid

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 140/80mmHg, nadi 83x/menit, respirasi rate 24 x/menit, suhu 36,6°C, spO₂ 98%

Pelaksanaan tanggal : 3 Agustus 2016

1. Pukul 15.00 Menyapa klien, Mengucapkan salam dan Menyebutkan nama ,sekaligus menanyakan keluhan pasien

Respon klien : klien kooperatif dan gcs 456

2. Pukul 15.10 melakukan auskultasi bunyi jantung

Respon : didapatkan bunyi jantung s3 gallop

3. Pukul 15.30 mengobservasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 130/80mmHg, nadi 88x/menit, respirasi rate 21 x/menit, suhu 36,2°C, spO₂ 98%, terdapat aritmia

4. Pukul 16.00 membantu menyeka klien

Respon: klien kooperatif

5. Pukul 16.15 mengobservasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 130/70mmHg, nadi 80 x/menit, respirasi rate 21 x/menit, suhu 36°C, spO₂ 98%

6. Pukul 16.20 memberikan diit kepada klien dan memberi obat per oral isdn 5mg

Respon: klien kooperatif dan mengucapkan terimakasih

7. Pukul 17.00 mengobservasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 140/80mmHg, nadi 82 x/menit, respirasi rate 23 x/menit, suhu 36,7°C, spO₂ 98%

8. Pukul 17.10 memberikan suasana yang nyaman dan aman pada klien

Respon: klien tampak tenang

9. Pukul 18.30 mengobservasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 130/80mmHg, nadi 75 x/menit, respirasi rate 20 x/menit, suhu 36,5°C, spO₂ 98%

10. Pukul 19.00 mengobservasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 130/70mmHg, nadi 80x/menit, respirasi rate 21x/menit, suhu 36°C, spO₂ 98%

11. 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%

Pelaksanaan tanggal : 4 Agustus 2016

1. Pukul 08.00 Menyapa klien, mengucapkan salam dan menyebutkan nama

Respon klien : klien kooperatif dan gcs 456

Respon klien : klien kooperatif

2. Pukul 08.00 melakukan auskultasi bunyi jantung

Respon : tidak terdengar bunyi jantung tambahan murmur atopun gallop

3. Pukul 08.00 mengobservasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 130/60mmHg, nadi 80 x/menit, respirasi rate 18 x/menit, suhu 36°C, spO₂ 99%

4. Pukul 08.30 mengobservasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 130/70mmHg, nadi 75 x/menit, respirasi rate 20x/menit, suhu 36°C, spO₂ 99%

5. Pukul 10.00 mengobservasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 130/80mmHg , nadi 75 x/menit , respirasi rate 18 x/menit, suhu 36,1°C,spO₂ 98%

6. Pukul 10.00 memberikan obat inj. Arixtra 1x1 dan dopamin 5mg

Respon: klien langsung meminum obatnya dengan baik

7. Kondisi pasien membaik

8. Direncanakan pindah ruangan tanggal 4-8-2016 , menunggu ruangan

4.1.5.2 Diagnosa Keperawatan Pada Klien Tn.B Umur 61 Tahun

Penurunan curah jantung berhubungan dengan Perubahan kontraktilitas miokard jantung ditandai dengan perubahan frekuensi/irama jantung

Pelaksanaan tanggal : 2 Agustus 2016

1. Pukul 14.00 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 14.00 kaji adanya keluhan nyeri
Respon: klien mengatakan nyeri berkurang, skala nyeri 3(0-10).
3. Pukul 14.30 mengobservasi tanda-tanda vital ,
Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 150/80mmHg, nadi 90x/menit , respirasi rate 29 x/menit , suhu 36°C, spO₂ 95% ,MAP: 103,3 mmHg
4. Pukul 14.30 melakukan auskultasi bunyi jantung
Respon : didapatkan bunyi jantung s3 gallop
5. Pukul 15.00 mengobservasi tanda-tanda vital
Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 130/75mmHg, nadi 85 x/menit , respirasi rate 28x/menit , suhu 36°C , spO₂ 98 %
6. Pukul 15.00 memberikan diit kepada klien dan meberi obat ASA 1x100mg CPG 1x75mg
Respon: klien kooperatif dan mampu menghabiskannya
7. Pukul 15.00 inj.lavenox 2x0,6 mg, omeprazole 2x1 dan 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%
8. Pukul 18.00 mengobservasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 105/66mmHg , nadi 89x/menit , respirasi rate 25x/menit , suhu 36°C , spO₂ 98%

Pelaksanaan tanggal : 3 Agustus 2016

1. Pukul 14.00 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 14.00 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 14.30 mengobservasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 150/80mmHg, nadi 90x/menit , respirasi rate 29 x/menit , suhu 36°C, spO₂ 95% ,MAP: 103,3 mmHg

4. Pukul 14.30 melakukan auskultasi bunyi jantung

Respon : didapatkan bunyi jantung s3 gallop

5. Pukul 15.00 mengobservasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 130/75mmHg, nadi 85 x/menit , respirasi rate 28x/menit , suhu 36°C , spO₂ 98 %

6. Pukul 15.00 memberikan diit kepada klien dan meberi obat ASA 1x100mg CPG 1x75mg

Respon: klien kooperatif dan mampu menghabiskannya

7. Pukul 15.00 inj.lavenox 2x0,6 mg, omeprazole 2x1 dan mengobservasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 130/69mmHg , nadi 74 x/menit , respirasi rate 28 x/menit, suhu 36°C , spO₂ 98%

8. Pukul 18.00 mengobservasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 120/75mmHg , nadi 89x/menit , respirasi rate 25x/menit , suhu 36°C , spO₂ 98%

Pelaksanaan tanggal : 4 Agustus 2016

1. Pukul 08.00 Menyapa klien, mengucapkan salam dan menyebutkan nama

Respon klien : klien kooperatif dan gcs 456

2. Pukul 08.10 melakukan observasi adanya penurunan curah jantung

Respon klien : tanda-tanda penurunan curah jantung tidak ditemukan

3. Pukul 09.00 mengobservasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 123/73mmHg, nadi 77 x/menit , respirasi rate 16 x/menit , suhu 36°C, spO₂ 98%

4. Pukul 09.00 melakukan auskultasi bunyi jantung

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

5. Pukul 11.00 mengobservasi tanda-tanda vital

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

6. Pukul 12.30 klien dinyatakan pindah ruangan, tinggal menunggu ruangan

4.1.6 Evaluasi Keperawatan

4.1.6.1 Evaluasi tanggal 2 Agustus 2016 pada klien pertama Tn.S 66 tahun

Diagnosa keperawatan 1

Penurunan curah jantung berhubungan dengan Perubahan kontraktilitas miokard jantung ditandai dengan perubahan frekuensi/irama jantung

Evaluasi jam 19.00 WIB

S : Klien mengatakan nyeri dada disertai panas , dan sesak

O : Keadaan umum klien cukup, kesadaran kompos mentis dengan GCS 456, akral dingin, terdengar suara tambahan S3 gallop ,memakai O2 nasal 4lpm, TD: 160/90mmHg, Nadi: 90x/menit irama ireguler , RR: 25x/menit, Suhu: 36°C, MAP: 113,3mmhg, SPO2 99%. Klien terpasang cateter dengan ukuran 16, jumlah urine 2300.

A : penurunan curah jantung belum teratasi

P : Rencana tindakan no 1 – 7 dilanjutkan

Evaluasi tanggal 3 Agustus 2016

Evaluasi jam 20.00 WIB

S : klien mengatakan sudah merasa lebih baik, tidak sesak, tidak mudah lelah

O : keadaan umum klien baik, kesadaran kompos mentis dengan GCS 456, akral hangat, nafas dengan O2 nasal 3lpm, . TD: 130/70mmHg, Nadi: 80x/menit masih ada disritmia tapi tidak sesering hari pertama, RR: 21x/menit, Suhu: 36°C, SPO2 98%. Klien terpasang dower cateter dengan ukuran 16, produksi urine baik dan lancar, jumlah urine 1000.

A : penurunan curah jantung teratasi sebagian

P : Rencana tindakan no 3,5,7 dilanjutkan

Evaluasi hasil EKG bahwa ST-depresi sudah berkurang dan keadaan klien masih stabil

Evaluasi tanggal 4 Agustus 2016

Evaluasi jam 10.00 WIB

S : klien mengatakan tidak ada keluhan , klien mengatakan sudah tidak nyeri, tidak sesak, bisa tidur, dan tidak lelah saat melakukan aktifitas seperti miring kanan miring kiri, duduk, berbicara.

O : Keadaan umum klien baik, kesadaran kompos mentis dengan GCS 456, TD: 120/80mmHg, Nadi: 75x/menit reguler dan tidak ada aritmia, RR: 18x/menit, Suhu: 36,1°C, MAP: 74mmhg, SPO2 98%.

A : penurunan curah jantung teratasi

P : Rencana tindakan dihentikan

4.1.6.2 Evaluasi tanggal 15 juni 2016 pada klien kedua Tn.B 61 tahun

Diagnosa keperawatan 1

Penurunan curah jantung berhubungan dengan Perubahan kontraktilitas miokard jantung ditandai dengan perubahan frekuensi/irama jantung

Evaluasi jam 19.00 WIB

S : Klien mengatakan nyeri dada sebelah kiri

O : Keadaan umum klien cukup, kesadaran kompos mentis dengan GCS 456, , akral dingin, Pernafasan klien spontan, klien tampak gelisah, adanya retraksi intercostal, terdapat nafas cuping hidung, tidak terdengar suara jantung tambahan,RR 29x/menit, dispnea, akral dingin, terpasang O2 simple face mask 7 Lpm, spo2 95%, posisi head up 30⁰, TD:

150/80mmHg, Nadi: 90x/menit disritmia, Suhu: 37°C, MAP: 103,3mmHg, SPO2 95%.

A : penurunan curah jantung belum teratasi

P : Rencana tindakan no 1 – 7 dilanjutkan

Evaluasi tanggal 3 Agustus 2016

Evaluasi jam 18.00 WIB

S : klien mengatakan tubuhnya terasa panas

O : Keadaan umum klien cukup, kesadaran kompos mentis dengan GCS 456, akral dingin, Pernafasan klien spontan, klien tampak gelisah, terdapat nafas cuping hidung, RR 25x/menit, dispnea, terpasang O2 simple face mask 6Lpm, posisi head up 30⁰, TD: 120/75mmHg, Nadi: 89x/menit masih ada aritmia, Suhu: 36°C, SPO2 98. Tidak ada odem pada ekstremitas bawah maupun atas.

A : penurunan curah jantung teratasi sebagian

P : Rencana tindakan no 3,5,7 dilanjutkan

Evaluasi tanggal 4 Agustus 2016

Evaluasi jam 12.00 WIB

S : klien mengatakan tidak sesak, tidak pusing, dapat mentoleransi aktifitas

O : Keadaan umum klien baik, kesadaran kompos mentis dengan GCS 456, nafas dengan O2 nasal 3lpm, TD: 120/85mmHg, Nadi: 75x/menit irama reguler, RR: 16x/menit, Suhu: 36°C, MAP: 74mmhg, SPO2 98%.

A : penurunan curah jantung 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 Infark Mioakrd Akut di Ruang ICU RSUD. Ibnu Sina Gresik yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

4.2.5.1 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 klien sehingga dengan terjalinnya hubungan yang kooperatif antara penulis dengan klien maupun pihak keluarga yang mengantar klien sampai ke Ruang ICU RSUD. Ibnu Sina Gresik.

Pada Tn.S didapatkan data subyektif : Klien mengatakan sesak dan dada terasa seperti terbakar dan data obyektif : Bentuk normal chest, tidak terpasang CVP, ada cardiomegali, akral dingin, terdengar suara jantung tambahan S3 gallop. TD: 160/90 mmHg N: 90x/mnt irama iregular ,disritmia, Gambaran EKG nampak ST-elevasi ST-Depresi. Dan pada Tn.B didapatkan Data subyektif: pasien mengatakan adanya nyeri seperti ditusuk-tusuk dan data obyektif: Bentuk normal chest, klien tampak menyeringai kesakitan, tidak terpasang CVP, tidak ada cardiomegali, CRT 3dtk, akral dingin, tidak terdengar suara jantung tambahan. TD: 150/80mmHg N:90x/mnt, nadi disritmia.MAP: 103,3 mmHg.

Pada data-data yang ditemukan pada kedua pasien menandakan adanya penurunan curah jantung. Pada pengkajian ditemukan perbedaan seperti pada Tn.S ditemukan cardiomegali sedangkan pada Tn.B tidak ditemukan cardiomegali, hal ini dikarenakan banyak faktor salah satunya adalah hipertensi yang dapat mempengaruhi kerja jantung dan otot-otot jantung.(gosehat.com)

4.2.5.2 Diagnosa keperawatan

Perumusan diagnosa keperawatan disesuaikan dengan kondisi dan keluhan yang terjadi pada klien. Diagnosa keperawatan pada kedua pasien adalah Penurunan curah jantung berhubungan dengan Perubahan kontraktilitas miokard jantung ditandai dengan perubahan frekuensi/irama jantung, kedua pasien mengalami tanda dan gejala yang menandakan adanya penurunan curah jantung. Dan tidak ada perbedaan kedua diagnosa keperawatan pada kedua pasien. (Nurarif, Kusuma, 2015)

4.2.5.3 Perencanaan keperawatan

Perencanaan keperawatan yang dibuat untuk mengatasi penurunan curah jantung pada kedua klien sama. Perencanaan keperawatan bertujuan untuk mengurangi atau menstabilkan kontraktilitas jantung sehingga tidak terjadi penurunan curah jantung selama 3 kali 24 jam setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan kriteria hasil; tanda vital dalam rentang normal, dapat mentoleransi aktivitas dan tidak ada kelelahan yang berlebih, tidak ada edema paru, dan tidak terjadi penurunan kesadaran.

Pada perencanaan keperawatan peneliti merencanakan tindakan apa saja yang akan dilakukan pada kedua klien Tn.S dan Tn.B. Perencanaan keperawaatan yang akan dilakukan pada kedua klien:

1. Evaluasi adanya nyeri dada
2. Catat adanya disritmia jantung
3. Catat adanya tanda dan gejala penurunan cardiac output
4. Monitor status kardiovaskuler
5. Monitor status pernafasan yang menandakan gagal jantung
6. Monitor adanya perubahan tekanan darah
7. Monitor pasien terhadap efek pengobatan antiaritmia
8. Atur periode latihan dan istirahat untuk menghindari kelelahan
9. Monitor toleransi aktivitas pasien
10. Monitor adanya dyspneu, fatigue, takipnea
11. Anjurkan untuk menurunkan stress

Perencanaan keperawatan yang dilakukan kepada Tn.S dan Tn.B sama dikarenakan diagnosa keperawatan yang muncul pada kedua klien sama.

4.2.5.4 Pelaksanaan

Pada tahap ini tindakan keperawatan harus disesuaikan dengan rencana yang telah dirumuskan dan tidak menyimpang dengan program medis. Pada pelaksanaan dilakukan sesuai apa yang sudah direncanakan sebelumnya, tidak ada hambatan saat melakukan tindakan keperawatan pada kedua klien. Tn.S dan Tn.B kooperatif saat dilakukan tindakan keperawatan. Semua intervensi yang dibuat dilakukan saat melakukan implementasi.

Implementasi pada kedua klien kurang lebih sama, yang berbeda hanya pada saat implementasi hari pertama, klien pertama Tn.S menggunakan nasal kanul 4lpm sedangkan klien kedua Tn.B menggunakan simplemask 7lpm, klien pertama lebih nyaman dengan posisi semi fowler sedangkan klien kedua Tn.B

harus dengan posisi duduk. Dan pada hari kedua dan ketiga implementasi yang dilakukan sama.

4.2.5.5 Evaluasi

Pada evaluasi peneliti menemukan perbedaan antara klien pertama dan klien kedua yaitu pada diagnosa keperawatan, pada klien pertama ditemukan resiko penurunan perfusi jaringan jantung sedangkan pada klien kedua tidak ditemukan. Hal ini disebabkan klien pertama menderita penyakit diabetes lama dan tidak terkontrol.

Pada Tn.S didapatkan data

Evaluasi tanggal 4 Agustus 2016

Evaluasi jam 10.00 WIB

S : klien mengatakan tidak ada keluhan , klien mengatakan sudah tidak nyeri, tidak sesak, bisa tidur, dan tidak lelah saat melakukan aktifitas seperti miring kanan miring kiri, duduk, berbicara.

O : Keadaan umum klien baik, kesadaran kompos mentis dengan GCS 456, TD: 120/80mmHg, Nadi: 75x/menit reguler dan tidak ada aritmia, RR: 18x/menit, Suhu: 36,1°C, MAP: 74mmhg, SPO2 98%.

A : penurunan curah jantung teratasi

P : Rencana tindakan dihentikan

Sedangkan pada Tn.B didapatkan data

Evaluasi tanggal 4 Agustus 2016

Evaluasi jam 12.00 WIB

S : klien mengatakan tidak sesak, tidak pusing, dapat mentoleransi aktifitas

O : Keadaan umum klien baik, kesadaran kompos mentis dengan GCS 456, nafas dengan O₂ nasal 3lpm, TD: 120/85mmHg, Nadi: 75x/menit irama reguler, RR: 16x/menit, Suhu: 36°C, MAP: 74mmhg, SPO₂ 98%.

A : penurunan curah jantung teratasi

P : Rencana tindakan dihentikan

Pada klien pertama dan klien kedua masalah penurunan curah jantung dapat teratasi selama kurang lebih 3 hari. Keluhan berkurang pada hari kedua dan pada hari ketiga sudah tidak ditemukan keluhan pada kedua klien.