

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

Dalam bab ini membahas tentang dua klien dengan *Decompensasi Cordis* kiri dengan masalah keperawatan penurunan curah jantung di Ruang HCU RSUD Ibnu Sina Gresik yang meliputi 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

Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Gresik adalah rumah sakit milik Pemerintah Daerah Kabupaten Gresik yang pertama kali didirikan di Jl. Dr. Wahidin Sudirohusodo pada tanggal 16 Agustus 1975, dibangun oleh PT. Petro Kimia Gresik dan diresmikan oleh Gubernur Jawa Timur Bapak Moch.Noer. Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Gresik saat ini termasuk rumah sakit tipe B. Rumah Sakit Ibnu Sina menempati tanah seluas 4.200.000 m. Untuk melengkapi sarana, prasarana dan fasilitas, Rumah sakit mendapatkan APBD Kabupaten Gresik. Penelitian dilakukan di RSUD Ibnu Sina Gresik di ruangan ICU pada tanggal 29 Juni 2018. Di ruangan ICU terdapat 10 bed yaitu 4 bed untuk ICU dan 4 bed untuk HCU dan 2 bed untuk ruangan isolasi. Posisi klien yang diteliti yaitu di HCU bed 1 dan 2.

4.1.2 Pengkajian Klien 1 dan 2

1) Identitas Klien

a. Klien 1

Ny. N umur 57 tahun jenis kelamin perempuan, beragama islam, alamat xxxx, suku jawa bangsa indonesia, pendidikan terakhir SD dan pekerjaan ibu rumah tangga. Penanggung jawab Tn. M, Nomor rekam medis 251xxx, tanggal masuk rumah sakit 10 Juli 2018 pukul 08:30 WIB dengan diagnosa Decompensasi Cordis, Cardiomegali, Supraventricular tachycardia (SVT), unstable angina (UA), Diabetes Militus, hipertensi emergensi dan Suspek chronic kidney disease (S.CKD) di ruang ICU bed 1. Tanggal pengkajian 10 Juli 2018 pukul 08:30 WIB dengan sumber informasi dari klien, keluarga dan rekam medis.

b. Klien 2

Ny. M umur 47 tahun jenis kelamin perempuan, beragama islam, alamat xxxx, suku jawa bangsa indonesia, pendidikan terakhir SMA dan pekerjaan ibu rumah tangga. Penanggung jawab Tn. R, Nomor rekam medis 252xxx, tanggal masuk rumah sakit 11 Juli 2018 pukul 09:00 WIB dengan diagnosa Decompensasi Cordis, Cardiomegali, Ventricular tachycardia (VT), Diabetes Militus, Acquired chronic kidney disease (A.CKD) dan Transaminitis di ruang ICU bed 2. Tanggal pengkajian 11 Juli 2018 pukul 09:00 WIB dengan sumber informasi dari klien, keluarga dan rekam medis.

2) Riwayat Kesehatan Klien 1 dan Klien 2

a) Keluhan Utama

Klien 1

Klien mengatakan sesak nafas

Klien 2

Klien mengatakan sesak nafas

b) Riwayat Penyakit Sekarang

Klien 1

Klien mengatakan sesak nafas, nyeri telan dan jantung terasa berdebar-debar sejak malam. Pagi hari datang ke Puskesmas dekat rumah pada 7 Juli 2018 pukul 07:40 dan diberi obat amlodipin. Tetapi masih nyeri hingga 2 hari dan akhirnya taksadarkan diri. Tanggal 9 Juli 2018 pukul 20:30 dibawa ke IGD RSUD Ibnu Sina Gersik dengan keadaan tak sadar diri. Di IGD di infus PZ 500/24 jam dan diberi oksigen dengan O2 masker non rebalting 8 lpm. Jam 23:20 pasien sadar baik dengan GCS 4 5 6. Di berikan terapi injeksi ranitidin, injeksi furosemid dan injeksi heparin. Pump ISDN 1 mg/jam, obat oral Asa 300 mg, CPG 300 mg dan atorvastatin 40 mg. Lalu jam 08:30 MRS di ruangan ICU dengan keadan sesak berkurang, dengan tensi 150/100, RR 28x/menit, Ht 110 x/menit.

Klien 2

Klien mengatakan sesak nafas, nyeri pada ulu hati dan jantung terasa berdebar-debar sejak tanggal 9 Juli. Dibawa ke Puskesmas dekat rumah pada 10 Juli 2018 jam 08:30 dan diberi terapi obat amlodipin. Tetapi tidak kunjung sembuh dan bertambah berat. Tanggal 11 Juli 2018 dibawa ke IGD RSUD Ibnu Sina Gersik dengan Sesak. Di IGD di infus PZ 500/24 jam dan diberi oksigen dengan O2 masker non rebirting 6 lpm. Pemeriksaan kesadaran pasien GCS 4 5 6. Setelah itu diberi terapi injeksi ranitidin, injeksi furosemid dan injeksi heparin. Pump ISDN 1 mg/jam, obat oral Asa 300 mg, CPG 300 mg dan atorvastatin 40 mg. Lalu jam 08:50 MRS di ruangan ICU dengan kesadaran Compos mentis, GCS 4 5 6, terpasang kateter, terbasan infus 3 len, terpasang O2 masker 7 Lpm. Ht : 124 x/ menit TD : 130/90 mmHg, RR : 25 x/menit.

c. Riwayat Penyakit Dahulu**Klien 1**

Klien mengatakan memiliki penyakit darah tinggi saat berumur 43 tahun, Diabetes militus saat berumur 32 dan penyakit jantung sudah sejak 10 tahun yang lalu.

Klien 2

Klien mengatakan memiliki Diabetes militus dan penyakit jantung sudah sejak 5 tahun yang lalu. Tetapi 2 bulan terakhir ini saat cek up tekanan darahnya tinggi.

d. Riwayat Penyalit Keluarga**Klien 1**

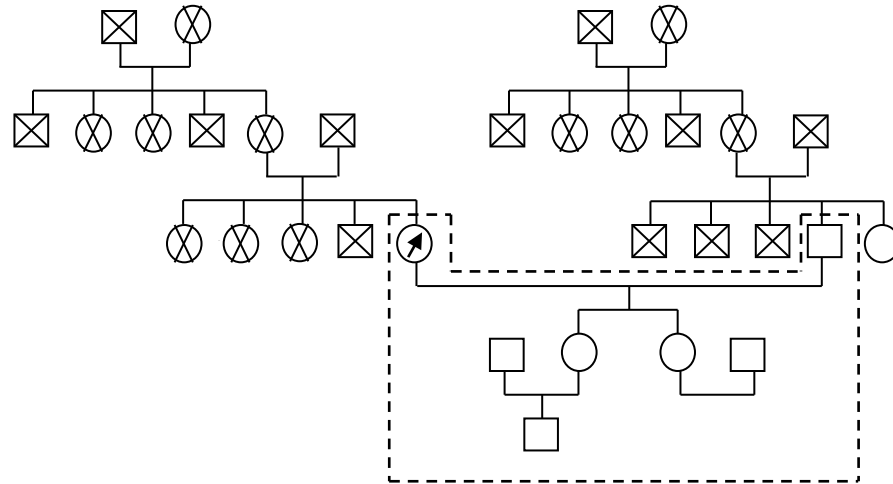
Klien mengatakan di keluarganya ada yang menderita penyakit darah tinggi, penyakit jantung dan diabetes mellitus yaitu ibunya sendiri namun keluarga klien tidak memiliki penyakit menular.

Klien 2

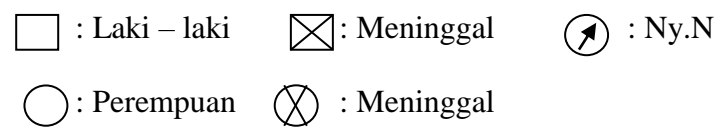
Klien mengatakan di keluarganya ada yang menderita penyakit darah tinggi, penyakit jantung dan diabetes mellitus yaitu kedua orang tuanya sendiri namun keluarga klien tidak memiliki penyakit menular.

e. Genogram

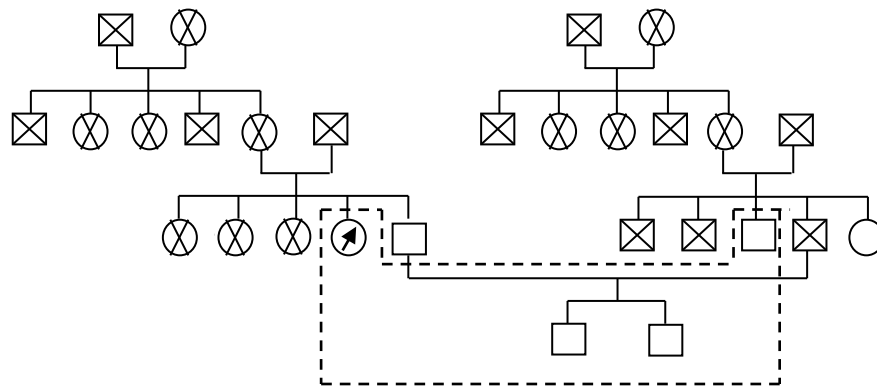
1. Keluarga klien 1 Ny. N



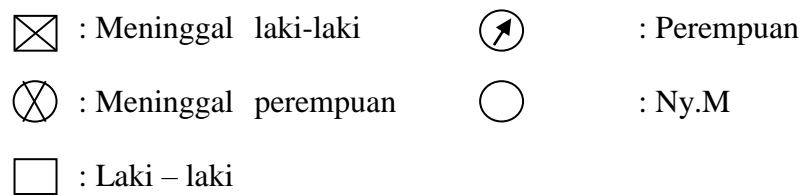
Keterangan :



2. Keluarga klien Ny. M



Keterangan :



3. Pemeriksaan Fisik

a. Klien 1

Tanggal 10 juli 2017 Pukul 08:30

B1 : Sistem Pernafasan

Subyektif : Klien mengatakan sesak nafas dan batuk tidak berdahak

Objektif : Bentuk dada normal chest, batuk tidak berdahak, klien tampak gelisah. Adanya nafas cuping hidung, terdapat retraksi dada, RR 28x/menit irama iregular dan dangkal, hiperventilasi. Terdapat sianosis pada ujung perifer, auskultasi terdapat suara tambahan rochi di dada atas sebelah kiri dan kanan. Tidak terdapat wheezing, saat palpasi tidak ditemukan adanya jejas pada daerah dada, terpasang O2 Masker non rebleting 8 lpm, Spo2 100%, posisi semi fowler.

Problem : Ketidakefektifan Pola nafas

B2 : Sistem kardiovaskuler

Subyektif : Klien mengatakan lemas dan jantung berdebar-debar

Obyektif : Bentuk normal chest, klien tampak menyeringai kesakitan, tidak terpasang CVP, pada hasil ronsen terdapat Cardiomegali. Bunyi S1 dan S2 Lup dup. Terdapat bunyi jantung tambahan S3 galloop. TD: 165/100 mmHg, N: 112 x/menit, perfusi pucat,

CRT lebih dari 2 detik, tidak ada benjolan tidak ada lesi, MAP 121,67 mmHg.

Problem : Penurunan curah jantung

B3: Sistem Neurologi

Subyektif : Klien mengatakan nyeri pada dada sebelah kiri dan ulu hati

Obyektif : Kesadaran umum klien Compos mentis dengan GCS 4-5-6. klien tampak gelisah, pupil isokor, tidak ada kejang, sklera normal. Terjadi pusing saat berdiri, reflek cahaya kanan positif kiri positif perkusi reflex patologis babinski kanan positif kiri positif. Klien tampak menyeringai kesakitan, nyeri pada dada sebelah kiri, nyeri skala 5 dan hilang timbul jika diberi obat anti nyeri.

Problem : Nyeri akut

B4 : Sistem Perkemihan

Subyektif : Klien mengatakan tidak bisa merasakan BAK

Obyektif : Tidak distended, tidak ada nyeri tekan pada abdomen, terpasang kateter, urin berwarna kuning jernih, jumlah urin 1.000 ml, klien minum 600 ml. (intake minum 250/24 jam)

Problem : Tidak ada masalah

B5 : Sistem Gastrointestinal

Subyektif : Klien mengatakan makan habis seperempat porsi, terdapat nyeri telan dan lidah terasa melepuh

Obyektif : Pemeriksaan inspeksi bibir kering, gigi terdapat karies. Tidak terpasang NGT, tidak terdapat bekas operasi pada abdomen.

Merasa mual muntah, lidah terdapat sariawan dan tenggorokan merah. Palpasi tidak ada benjolan, tidak ada nyeri. Auskultasi terdapat peristaltik usus normal, bising usus 14 x/menit, belum bisa BAB, tidak ada hernia.

Problem : Resiko ketidakseimbangan nutrisi

B6 : Sistem Muskuloskeletal

Subyektif : Klien mengatakan lemas sesak nafas saat beraktifitas miring kanan kiri, tetapi berkurang saat duduk.

Obyektif :

Dextra	Sinistra	Dextra	Sinistra
$\begin{array}{c c} 5 & 5 \\ \hline 5 & 5 \end{array}$		$\begin{array}{c c} 5 & 5 \\ \hline 5 & 5 \end{array}$	

Turgor kulit baik, tampak adanya sianosis, warna kulit kuning langsung. ADL di bantu keluarga. Terpasang infus pada tangan kiri, ekstremitas atas dan bawah masih bisa digerakkan dengan baik, masih bisa tidur dengan frekuensi 5-7 jam/ hari.

Problem : Intoleransi aktifitas

b. Klien 2

Tanggal 11 juli 2017 Pukul 09:00

B1 : Sistem Pernafasan

Subyektif : Klien mengatakan sesak nafas dan batuk berdahak

Objektif : Bentuk dada normal chest, klien batuk berdahak, klien tampak gelisah, adanya nafas cuping hidung, terdapat retraksi dada. RR 25x/menit irama iregular dan dangkal, hiperventilasi. Terdapat sianosis pada perifer. Auskultasi terdapat suara tambahan rochi di dada atas sebelah kiri dan kanan, tidak terdapat wheezing. Palpasi tidak ada jejas pada daerah dada, terpasang O2 Masker non rebleding 7 lpm, Spo2 100%, posisi semi fowler.

Problem : Ketidakefektifan Pola nafas

B2 : Sistem kardiovaskuler

Subyektif : klien mengatakan lemas, nyeri ulu hati dan jantung berdebar-debar

Obyektif : Bentuk normal chest, klien tampak menyeringai kesakitan. tidak terpasang CVP, hasil ronsen terlihat Cardiomegali. Bunyi S1 dan S2 dup lup. Setelah itu terdapat bunyi jantung tambahan S3 gallop. Dengan TD: 140/100 mmHg, N: 120 x/menit, perfusi pucat, CRT lebih dari 2 detik, tidak ada benjolan tidak ada lesi, MAP 113,33 mmHg.

Problem : Penurunan curah jantung

B3: Sistem Neurologi

Subyektif : Klien mengatakan nyeri pada dada sebelah kiri dan ulu hati

Obyektif : kesadaran umum klien compos mentis, GCS 4-5-6. Klien tampak gelisah, pupil isokor, tidak ada kejang, sklera normal. Terdapat mual dan muntah, pusing saat berdiri. Reflek

terhadap cahaya kiri dan kanan positif, perkusi reflex patologis babinski kiri dan kanan positif, klien tampak menyeringai kesakitan, nyeri pada dada sebelah kiri, nyeri skala 6 dan hilang timbul jika diberi obat anti nyeri.

Problem : Nyeri akut

B4 : Sistem Perkemihan

Subyektif : Klien mengatakan tidak bisa merasakan BAK

Obyektif : Tidak distended, ada nyeri tekan pada abdomen sebelah atas , terpasang kateter, urin berwarna kuning jernih, jumlah urin 1.000 ml, klien minum 6 ml. (intake minum 250/24 jam)

Problem : tidak ada masalah

B5 : Sistem Gastrointestinal

Subyektif : Klien mengatakan makan habis

Obyektif : Pemeriksaan inspeksi bibir kering, gigi terdapat karies. Tidak terpasang NGT, tidak terdapat bekas operasi pada abdomen. Tidak merasa mual muntah, lidah terdapat sariawan dan tenggorokan merah. Palpasi tidak ada benjolan, tidak ada nyeri. Auskultasi terdapat peristaltik usus normal, bising usus 14 x/menit, belum bisa BAB, tidak ada hernia.

Problem : Tidak ada masalah

B6 : Sistem Muskuloskeletal

Subyektif : Klien mengatakan lemas, sesak nafas saat beraktifitas miring kanan kiri apalagi duduk.

Obyektif :

Dextra	Sinistra	Dextra	Sinistra
5	5	5	5
5		5	
5	5	5	5

Turgor kulit baik, tampak sianosis pada perifer. ADL di bantu keluarga, warna kulit kuning langsung, terpasang infus pada tangan kiri, ekstremitas atas dan bawah masih bisa digerakkan dengan baik, masih bisa tidur dengan frekuensi 5-7 jam/ hari.

Problem : Intoleransi aktifitas

4. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan Penunjang Klien 1

1. Pemeriksaan laboratorium tanggal 10 juli 2018

Hematologi :

HGB : 11,0 g/dl	(Normal 11,4 - 15,1 g/dl)
WBC : 9.400/cmm	(Normal 4.500 – 11.000/cmm)
PLT : 269.000 µl	(Normal 150.000 – 450.000 µl)
PCV : 40 %	(Normal 37,0 – 47,0 %)

Kimia klinik :

SGOT : 78.4 UL	(Normal 0 - 31 UL)
----------------	--------------------

SGPT : 61.9 UL (Normal 0 – 32 UL)
BUN : 23,6 (Normal 4,8 – 23 UL)
Creatinine : 2,08 (Normal 0,5 - 1,5 UL)
Kalium (K) : 4,1 (Normal 3,48 - 5,5 mmol/L)
Natrium (Na) : 143 (Normal 135 – 145 mmol/L)
GDA : 75 mg/dl (Normal < 200 mg/dl)

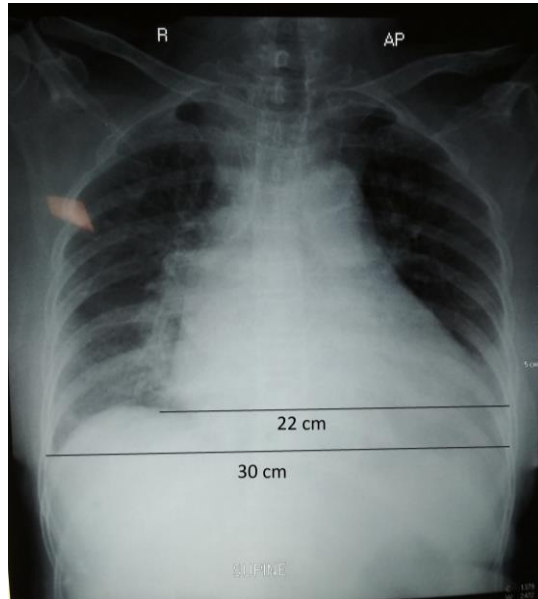
Urien :

Leukosit : 1.030 (Normal 1000 - 1015)
Protein : 150 mg/dl (+++) (Normal Negatif)
Eritrosit : 250/ul (++++) (Normal Negatif)

Sedimen :

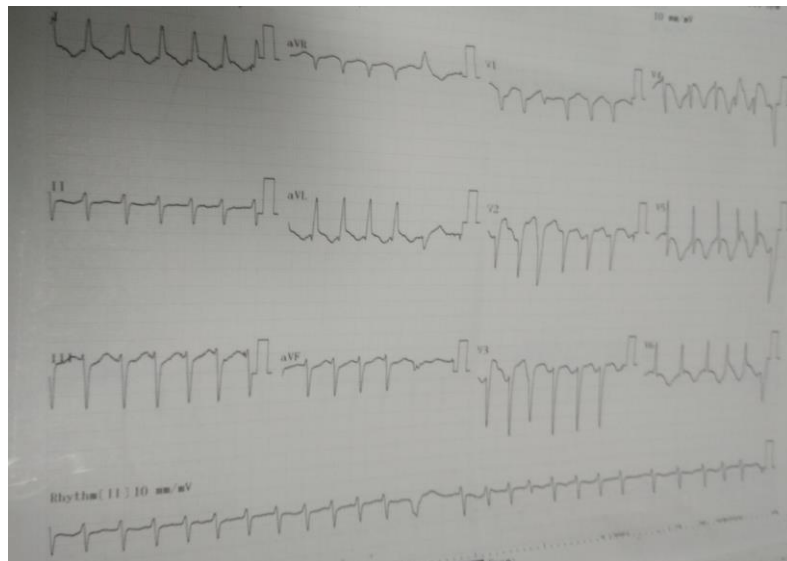
Leukosit : 3-5 (Normal 0-1)
Eritrosil : 90-95 (Normal 0-1 plp)
Ephitel : 4-6 (Normal Negatif)

2. Pemeriksaan ronsen dada tanggal 10 juli 2018



Gambar 4.1 Tampak adanya Cardiomegali

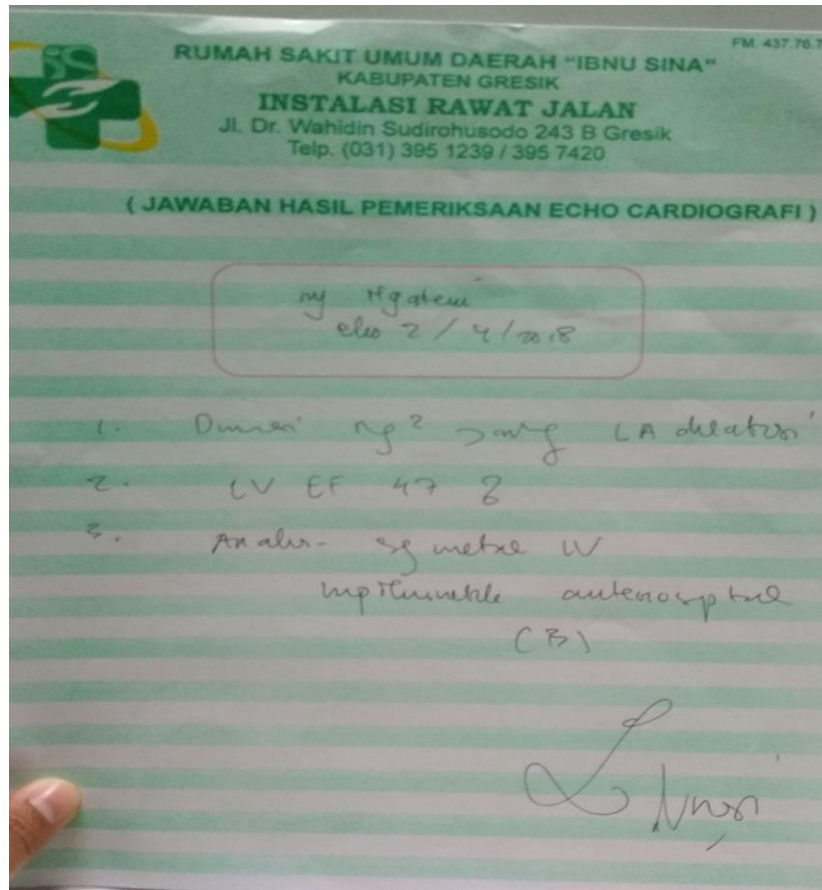
3. Pemeriksaan EKG tanggal 10 juli 2018



Gambar 4.2 Atrial fibrilasi ripid ventrikel respon 160 x/menit STEMI

Anteroseptal dan inferolateral

4. Ekocardiografi



Gambar 4.3 Dimensi ruang-ruang jantung LA dilatasi, LV ejection fraction 47 %, analisa ruang LV anterioseptal.

b. Pemeriksaan Penunjang Klien 2

1. Pemeriksaan laboratorium tanggal 11 juli 2018

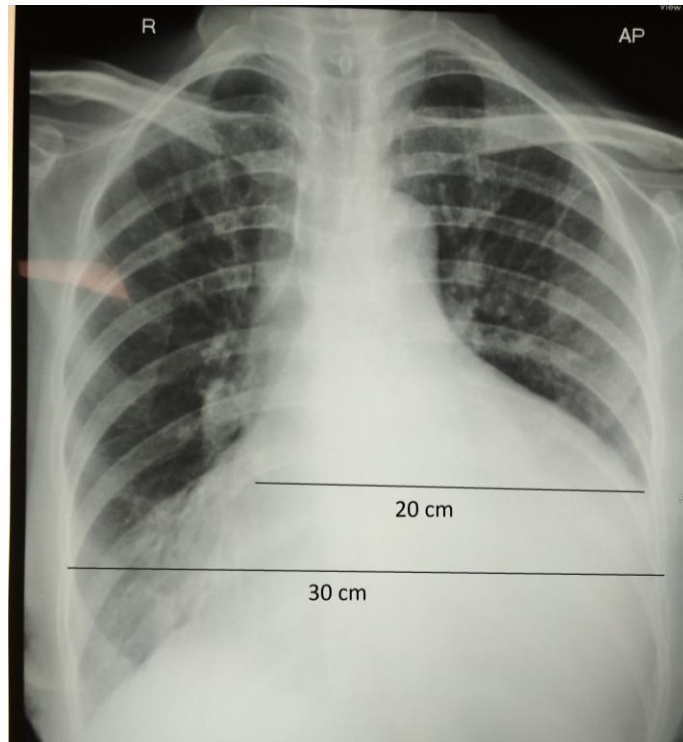
Hematologi :

HGB : 11,1 g/dl	(Normal 11,4 - 15,1 g/dl)
WBC : 15.000/cmm	(Normal 4.500 – 11.000/cmm)
PLT : 240.000 μ l	(Normal 150.000 – 450.000 μ l)
PCV : 46 %	(Normal 37,0 – 47,0 %)

Kimia klinik :

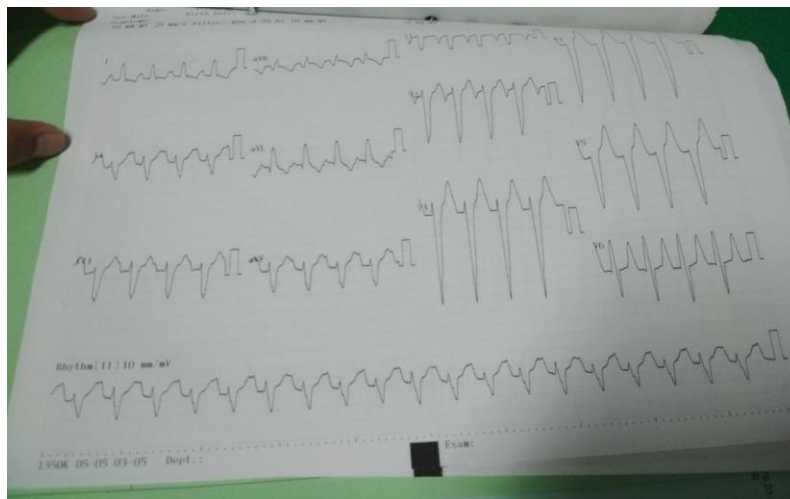
SGOT : 128 UL	(Normal 0 - 31 UL)
SGPT : 73.9 UL	(Normal 0 – 32 UL)
BUN : 24,4	(Normal 4,8 – 23 UL)
Creatinine : 2,87	(Normal 0,5 - 1,5 UL)
Kalium (K) : 4,2	(Normal 3,48 - 5,5 mmol/L)
Natrium (Na) : 113	(Normal 135 – 145 mmol/L)
GDA : 480 mg/dl	(Normal < 200 mg/dl)
CK-MB : 65 μ /L	(Normal 25 μ /L)

2. Pemeriksaan ronsen dada tanggal 11 juli 2018



Gambar 4.4 Tampak adanya Cardiomegali

3. Pemeriksaan EKG tanggal 11 juli 2018



Gambar 4.5 Sinus takikardi 120x/menit acute STEMI anteroseptal inferior

5. Penatalaksanaan

a. Klien 1

Tablet ASA 1 x 1 mg	Tablet CPG 1 x 1 mg
Tablet Asam Folat 1 x 1 mg	Tablet Concor 2 x 2,5 mg
Tablet ISDN 3 x 5 mg	Tablet Atorvastatin 1 x 40 mg
Tablet Alprazolam 1x 0,5 mg	Pump Lasix 5 mg/jam
Drip Amiodaron 4 amp/ 24 jam	Pump Vascon 50-300
Injeksi IV Antrain 3 x 1	Injeksi IV Ranitidin 2 x 1
Infus Pz 500/24 jam	Injeksi Heparin 4000 I μ IV bolus

b. Klien 2

Tablet ASA 1 x 1 mg	Tablet CPG 1 x 1 mg
Tablet Asam Folat 1 x 1 mg	Tablet Concor 2 x 2,5 mg
Tablet Captopril 3 x 6,25 mg	Tablet Atorvastatin 1 x 40 mg
Tablet Curcuma 2 x 1 mg	Tablet CaCO ₃ 2 x 1 mg
Injeksi Dopamin 2 x 1/ 3-5	Drip Furosemid 2,5-5 / jam
Infus Renxamih 500/ 24 jam	Injeksi IV Ceftriason 2 x 1 mg
Infus Pz 500/24 jam	Injeksi Lovenox 1 x 0,6

6. Daftar Masalah Keperawatan

a) Klien 1

1. Ketidakefektifan Pola nafas
2. Penurunan curah jantung
3. Nyeri akut
4. Resiko ketidakseimbangan nutrisi
5. Intoleransi aktifitas

b) Klien 2

- 1) Ketidakefektifan Pola nafas
- 2) Penurunan curah jantung
- 3) Nyeri akut
- 4) Intoleransi aktifitas

4.1.3 Analisa Data

a. Klien 1 Ny. N

Tanggal 10 Juli 2018

1. Ketidakefektifan Pola nafas

Subyektif : Klien mengatakan sesak nafas dan batuk tidak berdahak

Objektif : Klien batuk tidak berdahak klien tampak gelisah, adanya nafas cuping hidung, terdapat retraksi dada, RR 28x/menit irama iregular dan dangkal, hiperventilasi, auskultasi terdapat suara tambahan rochi di dada atas sebelah kiri dan

kanan, tidak terdapat wheezing, terpasang O2 Masker dengan rebleting 8 lpm, Spo2 100%.

Masalah Keperawatan : Ketidakefektifan Pola nafas

Masalah : Penurunan suplai darah dan oksigen

2. Penurunan curah jantung

Subyektif : Klien mengatakan lemas, nyeri ulu hati dan jantung berdebar-debar

Obyektif : Klien tampak menyeringai kesakitan, terdapat Cardiomegali, terdapat bunyi jantung tambahan S3 gallop, TD: 165/100 mmHg, N: 112 x/menit, CRT lebih dari 2 detik, MAP 121,67 mmHg.

Masalah Keperawatan : Penurunan curah jantung

Masalah : Perubahan kontraktilitas jantung

3. Nyeri akut

Subyektif : Klien mengatakan nyeri pada dada sebelah kiri dan ulu hati

Obyektif : Klien tampak menyeringai kesakitan, nyeri pada dada sebelah kiri, nyeri seperti ditusuk tusuk, nyeri skala 6 dan hilang timbul jika diberi obat anti nyeri.

Masalah Keperawatan : Nyeri akut

Masalah : penurunan suplai oksigen dan darah

4. Resiko Defisit Nutrisi

Subyektif : Klien mengatakan makan habis seperempat porsi, terdapat nyeri telan dan lidah terasa melepuh

Obyektif : Pemeriksaan inspeksi bibir kering, merasa mual muntah, lidah terdapat sariawan dan tenggorokan merah. Auskultasi terdapat peristaltik usus normal, bising usus 14 x/menit.

Masalah Keperawatan : Resiko Defisit Nutrisi

Masalah : Gangguan Menelan

5. Intoleransi aktifitas

Subyektif : Klien mengatakan lemas dan sesak nafas saat beraktifitas sesak nafas berkurang saat duduk.

Obyektif : ADL di bantu keluarga, terpasang infus pada tangan kiri, ekstremitas atas dan bawah masih bisa digerakkan dengan baik, RR 28x/menit irama iregular dan kedalaman dangkal.

Masalah Keperawatan : Intoleransi aktifitas

Masalah : Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

b. Klien 2 Ny. M

Tanggal 11 Juli 2018

1. Ketidakefektifan Pola nafas

Subyektif : Klien mengatakan sesak nafas dan batuk tidak berdahak

Objektif : klien batuk tidak berdahak, klien tampak gelisah, adanya nafas cuping hidung, terdapat retraksi dada, RR 28x/menit irama iregular dan kedalaman dangkal, hiperventilasi, auskultasi terdapat suara tambahan rochi di dada atas sebelah kiri dan kanan, tidak terdapat wheezing, terpasang O2 Masker dengan rebleting 8 lpm, Spo2 100%.

Masalah Keperawatan : Ketidakefektifan Pola nafas

Masalah : Penurunan suplai darah dan oksigen

2. Penurunan curah jantung

Subyektif : Klien mengatakan lemas, nyeri ulu hati dan jantung berdebar-debar

Obyektif : Klien tampak menyeringai kesakitan, terdapat Cardiomegali, terdapat bunyi jantung tambahan S3 gallop, TD: 140/100 mmHg, N: 112 x/menit, CRT lebih dari 2 detik, MAP 113,33 mmHg.

Masalah Keperawatan : Penurunan curah jantung

Masalah : Perubahan kontraktilitas jantung

3. Nyeri akut

Subyektif : Klien mengatakan nyeri pada dada sebelah kiri dan ulu hati

Obyektif : Klien tampak menyeringai kesakitan, nyeri pada dada sebelah kiri, nyeri seperti ditusuk tusuk, nyeri skala 6 dan hilang timbul jika diberi obat anti nyeri.

Masalah Keperawatan : Nyeri akut

Masalah : penurunan suplai oksigen dan darah

4. Resiko Defisit Nutrisi

Subyektif : Klien mengatakan makan habis seperempat porsi, terdapat nyeri telan dan lidah terasa melepuh

Obyektif : Pemeriksaan inspeksi bibir kering, merasa mual muntah, lidah terdapat sariawan dan tenggorokan merah. Auskultasi terdapat peristaltik usus normal, bising usus 14 x/menit.

Masalah Keperawatan : Resiko Defisit Nutrisi

Masalah : Gangguan Menelan

5. Intoleransi aktifitas

Subyektif : Klien mengatakan lemas dan sesak nafas saat beraktifitas miring kiri dan kanan apalagi duduk

Obyektif : ADL di bantu keluarga, terpasang infus pada tangan kiri, ekstremitas atas dan bawah masih bisa digerakkan dengan baik, RR 28x/menit irama iregular dan kedalaman dangkal.

Masalah Keperawatan : Intoleransi aktifitas

Masalah : Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

4.1.4 Diagnosa keperawatan

a. Klien 1 Ny.N

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas jantung
2. Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan penurunan suplai oksigen dan darah
3. Nyeri akut berhubungan dengan penurunan suplai darah oksigen dan darah
4. Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan inflamasi tenggorokan
5. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai oksigen

b. Klien 2 Ny.M

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas jantung
2. Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan penurunan suplai oksigen dan darah
3. Nyeri akut berhubungan dengan penurunan suplai darah oksigen dan darah
4. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai oksigen

4.1.5 Intervensi Keperawatan Klien 1 dan 2

Diagnosa Keperawatan

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

Kriteria hasil :

1. Ortopnea tidak ada
2. Mempertahankan tanda-tanda vital dalam batas normal

3. Nyeri dada tidak ada
4. Terjadi penurunan episode dispnea
5. Pasien akan menyatakan secara verbal tentang nyeri

Intervensi keperawatan

1. Intruksikan pasien tentang pentingnya untuk segera melaporkan bila nyeri dada
2. Monitoring tanda-tanda vital secara rutin
3. Observasi keadaan klien dengan mengauskultasi nadi apikal, kaji frekuensi, irama jantung
4. Observasi adanya tanda-tanda penurunan curah jantung
5. Catat bunyi jantung
6. Monitoring perubahan EKG
7. Kolaborasi dengan tim medis dokter dalam pemberian obat sesuai indikasi
8. Kolaborasi dengan tim medis laboratorium dalam pemeriksaan lab darah lengkap

4.1.6 Implementasi Keperawatan

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

Klien 1**Pelaksanaan tanggal 10 Juli 2018**

1. Pukul 08:30 membina hubungan saling percaya kepada klien dan keluarga klien seperti memperkenalkan nama, memperkenalkan profesi dan tujuan ke klien dan keluarga.

Respon : Klien percaya dan dapat menerima saya dengan baik dan kooperatif

2. Pukul 08:30 mengkaji keadaan klien sesuai dengan literatur asuhan keperawatan, mengedukasi klien dan keluarga tentang pentingnya cek kesehatan dan memposisikan klien semi Fowler

Respon : klien menjawab semua pertanyaan dengan baik dan kooperatif dan pasien meminta posisi duduk saja

3. Pukul 09:00 mengobservasi tanda-tanda vital serta kaji adanya nyeri

Respon : tekanan darah 150/100, RR 28x/menit, Ht 110 x/menit, spO₂ 100%. Pengkajian nyeri pada daerah ulu hati dan dada, perasaan hilang timbul, rasanya seperti ditusuk-tusuk dan nyeri skala 5 (0-10), terpasang masker non rebreathing 8 lpm, MAP 116,7

4. Pukul 09:00 melakukan auskultasi bunyi jantung

Respon : terdengar bunyi jantung s3 gallop dan nafas tambahan ronki

5. Pukul 12:00 mengobservasi tanda-tanda vital serta kaji adanya nyeri

Respon : tekanan darah 165/100, RR 28x/menit, Ht 120 x/menit, spO₂ 100%. Pengkajian nyeri pada daerah ulu hati dan dada, perasaan

hilang timbul, rasanya seperti ditusuk-tusuk dan nyeri skala 5 (0-10),
terpasang masker dengan reblliting 8 lpm, MAP 121,7

6. Pukul 12:00 mengobservasi gula darah

Respon : hasil gula darah 240

7. Pukul 12:10 memberikan injeksi sc levemir 4 lμ

Respon : Klien kooperatif, tidak terjadi gatal, bengkak atau kemerahan
pada area penyuntikkan, denyut jantung normal

8. Pukul 12 : 45 memberikan diet BK rendah Natrium dan tinggi kalori
dan pemberian obat ASA 1x1 mg, CPG 1x1 mg dan asam folat 1x1
mg

Respon : klien kooperatif, makanan tidak dihabiskan dikarenakan
tenggorokan sakit hanya ¼ porsi yang di makan. Klien tidak
merasakan sakit kepala, gatal, mulas, nyeri perut dan lebab.

9. Pukul 13 :30 memberikan injeksi iv antrain dan ranitidin

Respon : klien kooperatif, klien tidak mengalami pusing, mual muntah
dan binggung

Pelaksanaan tanggal 11 Juli 2018

1. Pukul 07:30 mengobservasi tanda-tanda vital serta kaji adanya nyeri

Respon : tekanan darah 150/100, RR 28x/menit, Ht 110 x/menit, spO₂
100%. Pengkajian nyeri pada daerah ulu hati dan dada, perasaan

hilang timbul, rasanya seperti ditusuk-tusuk dan nyeri skala 4 (0-10), terpasang masker non rebirting 8 lpm, MAP 116,7

2. Pukul 07 : 45 melakukan EKG ulang

Respon : klien kooperatif. Hasil Ekg Atrial fibrilasi ripid ventrikel respon 160 x/menit stemi anteroseptal

3. Pukul 07:50 melakukan auskultasi bunyi jantung

Respon : terdengar bunyi jantung s3 gallopdan nafas tambahan ronki

4. Pukul 08:00 melakukan injeksi iv antrain 1 ampul dan Pump Lasix 5 mg/jam

Respon : Klien kooperatif, klien tidak mengalami pusing, mual muntah dan bingung

5. Pukul 08 : 20 memberikan diet BK rendah natrium tinggi kalori

Respon : Klien haya mengkonsumsi $\frac{1}{4}$ porsi

6. Pukul 12:00 mengobservasi tanda-tanda vital serta kaji adanya nyeri

Respon : tekanan darah 160/100 mmHg, RR 28x/menit, Ht 120 x/menit, spO₂ 100%. Pengkajian nyeri pada daerah ulu hati dan dada, perasaan hilang timbul, rasanya seperti ditusuk-tusuk dan nyeri skala 4 (0-10), terpasang masker non rebirting 8 lpm, MAP 120 mmHg

7. Pukul 12:00 melakuka pengecekan gula darah

Respon : hasill gula darah 225

8. Pukul 12:10 memberikan levemir 4 lμ

Respon : pasien kooperatif, tidak terjadi gatal, bengkak atau kemerahan pada area penyuntikkan, denyut jantung normal

9. Pukul 12 : 45 pemberian diet BK rendah Natrium dan tinggi kalori dan pemberian obat ASA 1x1 mg, CPG 1x1 mg dan asam folat 1x1 mg

Respon : pasien kooperatif, makanan tidak dihabiskan dikarenakan tenggorokan sakit hanya ¼ porsi yang di makan. tidak terjadi gatal, bengkak, denyut jantung normal

10. Pukul 13 :30 pemberian injeksi iv antrain dan ranitidin

Respon : pasien kooperatif, setelah 15 menit tidak terjadi reaksi alergi, tidak ada pusing

Pelaksanaan tanggal 12 Juli 2018

1. Pukul 07:30 mengobservasi tanda-tanda vital serta kaji adanya nyeri

Respon : tekanan darah 160/100mmHg, RR 26x/menit, Ht 115 x/menit, spO₂ 100%. Pengkajian nyeri pada daerah ulu hati dan dada, perasaan hilang timbul, rasanya seperti ditusuk-tusuk dan nyeri skala 3 (0-10), terpasang masker non rebalting 8 lpm, MAP 120 mmHg

2. Pukul 07 : 45 melakukan EKG ulang

Respon : klien kooperatif, Hasil Ekg Atrial fibrilasi ripid ventrikel respon 150 x/menit stemi septal.

3. Pukul 07:50 melakukan auskultasi bunyi jantung

Respon : terdengar bunyi jantung s3 gallopdan nafas tambahan ronki

4. Pukul 08:10 melakukan injeksi iv antrain 1 ampul dan Pump Lasix 5 mg/jam

Respon : Klien kooperatif, setelah 15 menit tidak terjadi reaksi alergi, tidak ada pusing

5. Pukul 08 : 20 memberikan diet BK rendah natrium tinggi kalori dan memberikan obat tablet CPG 1 x1 mg, tablet ISDN 3 x 5 mg dan tablet concor 2 x 2,5 mg.

Respon : Klien hanya mengkonsumsi ¼ porsi , obat diminum, setelah 15 menit tidak terjadi reaksi alergi, tidak ada pusing, nadi dalam batas normal tidak mengalami pelambatan

6. Pukul 12:10 mengobservasi tanda-tanda vital serta kaji adanya nyeri

Respon : tekanan darah 165/100 mmHg, RR 28x/menit, Ht 120 x/menit, spO₂ 100%. Pengkajian nyeri pada daerah ulu hati dan dada, perasaan hilang timbul, rasanya seperti ditusuk-tusuk dan nyeri skala 3 (0-10), terpasang masker Non rebalting 8 lpm, MAP 121,6 mmHg.

7. Pukul 12:10 memberikan levemir 4 lμ

Respon : pasien kooperatif, tidak terjadi gatal, bengkak atau kemerahan pada area penyuntikkan, denyut jantung normal

8. Pukul 12:30 melakukan pengecekan gula darah

Respon : hasil gula darah 215

9. Pukul 12 : 45 memberikan diet BK rendah Natrium dan tinggi kalori dan pemberian obat tablet asam folat 1x1 mg

Respon : pasien kooperatif, makanan tidak dihabiskan dikarenakan tenggorokan sakit hanya $\frac{1}{4}$ porsi yang di makan. Tidak terjadi kelemahan, pusing dan mual muntah.

10. Pukul 13 :30 memberikan injeksi iv antrain dan ranitidin

Respon : pasien kooperatif, setelah 15 menit tidak terjadi reaksi alergi, tidak ada pusing

11. Pukul 13 : 40 Visete dokter rencana terapi tetap dan rencana pindah ruangan

Respon : pasien senang

Pelaksanaan tanggal 13 Juli 2018

1. Pukul 08:00 mengobservasi tanda-tanda vital serta kaji adanya nyeri

Respon : tekanan darah 140/100 mmHg, RR 22 x/menit, Ht 115 x/menit, spO₂ 100%. Pengkajian nyeri pada daerah ulu hati dan dada, perasaan hilang timbul, rasanya seperti ditusuk-tusuk dan nyeri skala 2 (0-10), terpasang nasal 4 lpm, MAP 113,3 mmHg.

2. Pukul 08 : 30 melakukan EKG ulang

Respon : klien kooperatif, Hasil Ekg Atrial fibrilasi ripid ventrikel respon 140 x/menit stemi septal.

3. Pukul 08:50 melakukan auskultasi bunyi jantung

Respon : terdengar bunyi jantung s3 gallopdan nafas tambahan ronki

4. Pukul 09:10 melakukan injeksi iv antrain 2 mg, injeksi iv ranitidin 2 mg dan Pump Lasix 5 mg/jam

Respon : Klien kooperatif, , setelah 15 menit tidak terjadi reaksi alergi, tidak ada pusing, detak jantung tidak lemah

5. Pukul 09 : 20 pemberian diet BK rendah natrium tinggi kalori dan pemberian obat tablet CPG 1 x1 mg, tablet ISDN 3 x 5 mg dan tablet concor 2 x 2,5 mg.

Respon : Klien hanya mengkonsumsi ¼ porsi , obat diminum, , setelah 15 menit tidak terjadi reaksi alergi, tidak ada pusing, tidak terjadi kelemahan, tidak ada peningkatan frekuensi nafas, nadi 100x/ menit.

6. Pukul 12:10 mengobservasi tanda-tanda vital serta kaji adanya nyeri

Respon : tekanan darah 130/90 mmHg, RR 22x/menit, Ht 100 x/menit, spO₂ 100%. Pengkajian nyeri pada daerah ulu hati dan dada, perasaan hilang timbul, rasanya seperti ditusuk-tusuk dan nyeri skala 2 (0-10), terpasang nasal 4 lpm, MAP 103,3 mmHg

7. Pukul 12:10 visite dokter acc pindah ruangan

Respon : pasien pindah ruangan Cempaka, dengan keadaan tidak adanya sesak nafas, tidak terpasang O₂, terapi tetap dilanjutkan di ruangan, tidak ada sianosis, TD 130/90 mmHg, RR 22 x/menit, Ht 100x/menit, spO₂ 100%.

Klien 2

Pelaksanaan tanggal 11 Juli 2018

1. Pukul 09:30 membina hubungan saling percaya kepada klien dan keluarga klien seperti memperkenalkan nama, memperkenalkan profesi dan tujuan ke klien dan keluarga.

Respon : Klien percaya dan dapat menerima saya dengan baik dan kooperatif

2. Pukul 09:30 mengkaji keadaan klien sesuai dengan literatur asuhan keperawatan, Mengedukasi klien untuk rutin cek kesehatan dan memposisikan semi fowler

Respon : klien menjawab semua pertanyaan dengan baik dan kooperatif dan pasien posisi semi fowler nyaman

3. Pukul 10:00 mengobservasi tanda-tanda vital serta kaji adanya nyeri

Respon : tekanan darah 130/90 mmHg, RR 29x/menit, Ht 110 x/menit, spO₂ 100%. Pengkajian nyeri pada daerah ulu hati dan dada, perasaan hilang timbul, rasanya seperti ditusuk-tusuk dan nyeri skala 7 (0-10), terpasang masker non rebirting 8 lpm, MAP 103,3 mmHg

4. Pukul 10:00 melakukan auskultasi bunyi jantung

Respon : terdengar bunyi jantung s3 gallopdan nafas tambahan ronki

5. Pukul 12:00 mengobservasi tanda-tanda vital serta kaji adanya nyeri

Respon : tekanan darah 145/100 mmHg, RR 29x/menit, Ht 120 x/menit, spO₂ 100%. Pengkajian nyeri pada daerah ulu hati dan dada, perasaan hilang timbul, rasanya seperti ditusuk-tusuk dan nyeri skala 7 (0-10), terpasang masker dengan reblliting 8 lpm, MAP 115 mmHg

6. Pukul 12:00 melakukan pengecekan gula darah

Respon : hasill gula darah 220

7. Pukul 12:10 pemberian levemir 4 lμ

Respon : Klien kooperatif, setelah 15 menit tidak terjadi reaksi alergi, tidak ada pusing, tidak ada pembekan

8. Pukul 13:45 pemberian diet BK rendah Natrium dan tinggi kalori dan pemberian obat ASA 1x1 mg, CPG 1x1 mg, CaCo₃ 2x1 dan captropil 2x1

Respon : klien kooperatif, makanan habis di makan dan obat diminum. Setelah 15 menit tidak terjadi reaksi alergi, tidak ada pusing, tidak terjadi kelemahan, denyut jantung tidak lambat, Ht : 115 x/menit

9. Pukul 13 :30 Memberikan injeksi iv antrain dan Ceftriacson

Respon : klien kooperatif, , setelah 15 menit tidak terjadi reaksi alergi, tidak ada pusing

Pelaksanaan tanggal 12 Juli 2018

1. Pukul 07:40 mengobservasi tanda-tanda vital serta kaji adanya nyeri

Respon : tekanan darah 140/100 mmHg, RR 28x/menit, Ht 110 x/menit, spO₂ 100%. Pengkajian nyeri pada daerah ulu hati dan dada, perasaan hilang timbul, rasanya seperti ditusuk-tusuk dan nyeri skala 5 (0-10), terpasang masker non rebirting 8 lpm, MAP 113,3 mmHg

2. Pukul 08 : 35 melakukan EKG ulang

Respon : klien kooperatif, Hasil Ekg Sinus takikardi 120x/ menit STEMI inferior

3. Pukul 08:50 melakukan auskultasi bunyi jantung

Respon : terdengar bunyi jantung s3 gallopdan nafas tambahan ronki

4. Pukul 09:00 melakukan injeksi iv antrain dan Injeksi Dopamin

Respon : Klien kooperatif, , setelah 15 menit tidak terjadi reaksi alergi, tidak ada pusing, tidak mengalami penurunan tekanan darah rendah, tidak ada kelemahan.

5. Pukul 08 : 20 memberikan diet BK rendah natrium tinggi kalori

Respon : Klien menghabiskan makanannya

6. Pukul 12:00 mengobservasi tanda-tanda vital serta kaji adanya nyeri

Respon : tekanan darah 150/100 mmHg, RR 28x/menit, Ht 120 x/menit, spO₂ 100%. Pengkajian nyeri pada daerah ulu hati dan dada,

perasaan hilang timbul, rasanya seperti ditusuk-tusuk dan nyeri skala 5 (0-10), terpasang masker Non rebirting 8 lpm, MAP 116,6 mmHg

7. Pukul 12:10 melakukan pengecekan gula darah

Respon : hasil gula darah 205

8. Pukul 12:30 memberikan levemir 4 µ

Respon : pasien kooperatif, setelah 15 menit tidak terjadi reaksi alergi, tidak ada pusing, tidak ada kemerahan dan bengkak pada area suntikan.

9. Pukul 13 : 25 memberikan diet BK rendah Natrium dan tinggi kalori dan memberikan obat ASA 1x1 mg, CPG 1x1 mg dan asam folat 1x1 mg

Respon : pasien kooperatif, makanan dihabiskan. Setelah 15 menit tidak terjadi reaksi alergi, tidak ada pusing, tidak terjadi perlambatan detak jantung.

10. Pukul 13 : 40 Visete dokter rencana terapi tetap dan rencana pindah ruangan

Respon : pasien senang

Pelaksanaan tanggal 12 Juli 2018

1. Pukul 07:40 mengobservasi tanda-tanda vital serta kaji adanya nyeri

Respon : tekanan darah 140/100 mmHg, RR 24x/menit, Ht 105 x/menit, spO₂ 100%. Pengkajian nyeri pada daerah ulu hati dan dada, perasaan hilang timbul, rasanya seperti ditusuk-tusuk dan nyeri skala 3 (0-10), terpasang nasal 4 lpm, MAP 113,3 mmHg

2. Pukul 08 : 35 melakukan EKG ulang

Respon : klien kooperatif, Sinus rhytem 80 x/menit STEMI inferior

3. Pukul 08:50 melakukan auskultasi bunyi jantung

Respon : terdengar bunyi jantung s3 gallopdan nafas tambahan ronki

4. Pukul 08 : 50 memberikan diet BK rendah natrium tinggi kalori dan memberikan obat tablet CPG 1 x1 mg, tablet ISDN 3 x 5 mg dan tablet concor 2 x 2,5 mg.

Respon : Klien menghabiskan makanannya, obat diminum. Setelah 15 menit tidak terjadi reaksi alergi, tidak ada pusing

5. Pukul 09:10 melakukan injeksi iv antrain 1 ampul

Respon : Klien kooperatif, setelah 15 menit tidak terjadi reaksi alergi, tidak ada pusing.

6. Pukul 11:40 memberikan levemir 4 lμ

Respon : pasien kooperatif, setelah 15 menit tidak terjadi reaksi alergi, tidak ada pusing, tidak ada kemerahan dan bengkak pada area suntikkan.

7. Pukul 12:10 mengobservasi tanda-tanda vital serta kaji adanya nyeri

Respon : tekanan darah 135/90 mmHg, RR 22x/menit, Ht 100 x/menit, spO₂ 100%. Pengkajian nyeri pada daerah ulu hati dan dada, perasaan hilang timbul, rasanya seperti ditusuk-tusuk dan nyeri skala 2 (0-10), terpasang nasal 3 lpm, MAP 105 mmHg.

8. Pukul 12:30 melakukan pengecekan gula darah

Respon : hasil gula darah 215

9. Pukul 12 : 45 memberikan diet BK rendah Natrium dan tinggi kalori dan memberikan obat tablet asam folat 1x1 mg, CaCo₃ 1x1 mg

Respon : pasien kooperatif, makanan dihabiskan. , setelah 15 menit tidak terjadi reaksi alergi, tidak ada pusing, tidak ada mual muntah

10. Pukul 13:40 visite dokter acc pindah ruangan

Respon : pasien pindah ruangan gardena, dengan keadaan tidak adanya sesak nafas, tidak terpasang O₂, terapi tetap dilanjutkan di ruangan, tidak ada sianosis, TD 130/90 mmHg, RR 22 x/menit, Ht 100x/menit, spO₂ 100%.

4.1.7 Evaluasi Keperawatan

Klien 1

Evaluasi keperawatan tanggal 10 Juli 2018 Jam 14:00

S : Klien mengatakan nyeri dada, sesak nafas dan mengalami kelelahan saat melakukan aktifitas saat duduk

- O : Keadaan umum baik, kesadaran kompos mentis dengan GCS 4-5-6, askultasi terdengar suara tambahan jantung S3 gallop, terdapat cardiomegali, memakai O₂ non rebirting masker 8 lpm. Tekanan darah didapatkan dengan hasil 165/100 mmHg, RR 28x/menit, Ht 120 x/menit, spO₂ 100%. Pengkajian nyeri pada daerah ulu hati dan dada, perasaan hilang timbul, rasanya seperti ditusuk-tusuk dan nyeri skala 5 (0-10), terpasang masker non rebirting 8 lpm, MAP 121,7 mmHg
- A : Penurunan curah jantung belum teratasi
- P : Rencana tindakan no 1-8 di lanjutkan

Evaluasi keperawatan tanggal 11 Juli 2018 Jam 14:00

- S : Klien mengatakan nyeri dada, sesak nafas berkurang saat duduk, tetapi mengalami kelelahan saat melakukan aktifitas miring kanan kiri .
- O : Keadaan umum baik, kesadaran kompos mentis dengan GCS 4-5-6, askultasi terdengar suara tambahan jantung S3 gallop, terdapat cardiomegali, memakai O₂ non rebirting masker 8 lpm. Tekanan darah didapatkan dengan hasil tekanan darah 160/100 mmHg, RR 28x/menit, Ht 120 x/menit, spO₂ 100%. Pengkajian nyeri pada daerah ulu hati dan dada, perasaan hilang timbul, rasanya seperti ditusuk-tusuk dan nyeri skala 4

(0-10), terpasang masker Non rebirting 8 lpm, MAP 120 mmHg

A : Penurunan curah jantung teratasi sebagian

P : Rencana tindakan no 1-8 di lanjutkan

Evaluasi keperawatan tanggal 12 Juli 2018 Jam 14 :00

S : Klien mengatakan nyeri dada, sesak nafas berkurang saat duduk, dan mengalami kelelahan saat melakukan aktifitas saat miring kanan kiri

O : Keadaan umum baik, kesadaran kompos mentis dengan GCS 4-5-6, askultasi terdengar suara tambahan jantung S3 gallop, terdapat cardiomegali, memakai O2 non rebirting masker 8 lpm. Tekanan darah didapatkan dengan hasil tekanan darah 165/100 mmHg, RR 28x/menit, Ht 120 x/menit, spO₂ 100%. Pengkajian nyeri pada daerah ulu hati dan dada, perasaan hilang timbul, rasanya seperti ditusuk-tusuk dan nyeri skala 3 (0-10), terpasang masker Non rebirting 8 lpm, MAP 121,6 mmHg

A : Penurunan curah jantung teratasi sebagian

P : Rencana tindakan no 1,2,3,4,5,7 dan 8 di lanjutkan

Evaluasi keperawatan tanggal 13 Juli 2018 Jam 14:00

- S : Klien mengatakan tidak ada keluhan nyeri dada, tidak sesak nafas, tidak mengalami kelelahan dalam melakukan aktifitas
- O : Keadaan umum baik, kesadaran kompos mentis dengan GCS 4-5-6, askultasi terdengar suara tambahan jantung S3 gallop, terdapat cardiomegali, memakai O₂ dengan nasal 4 lpm. Tekanan darah didapatkan dengan hasil tekanan darah 130/90 mmHg, RR 22x/menit, Ht 100 x/menit, spO₂ 100%. Pengkajian nyeri pada daerah ulu hati dan dada, perasaan hilang timbul, rasanya seperti ditusuk-tusuk dan nyeri skala 2 (0-10), terpasang nasal 4 lpm, MAP 103,3 mmHg
- A : Penurunan curah jantung teratasi
- P : Rencana tindakan dihentikan

Klien 2**Evaluasi keperawatan tanggal 11 Juli 2018 Jam 14:00**

- S : Klien mengatakan nyeri dada , nyeri ulu hati dan sesak nafas dan mengalami kelelahan saat melakukan aktifitas saat duduk
- O : Keadaan umum baik, kesadaran kompos mentis dengan GCS 4-5-6, askultasi terdengar suara tambahan jantung S3 gallop, terdapat cardiomegali, memakai O₂ non rebirting masker 8 lpm. Tekanan darah didapatkan dengan hasil 145/100 mmHg, RR 29x/menit, Ht 120 x/menit, spO₂ 100%. Pengkajian nyeri

pada daerah ulu hati dan dada, perasaan hilang timbul, rasanya seperti ditusuk-tusuk dan nyeri skala 7 (0-10), terpasang masker dengan reblliting 8 lpm, MAP 115 mmHg.

A : Penurunan curah jantung belum teratasi

P : Rencana tindakan no 1-8 di lanjutkan

Evaluasi keperawatan tanggal 12 Juli 2018

S : Klien mengatakan nyeri dada, nyeri ulu hati, sesak nafas berkurang dan masih kelelahan dalam melakukan aktifitas duduk.

O : Keadaan umum baik, kesadaran kompos mentis dengan GCS 4-5-6, askultasi terdengar suara tambahan jantung S3 gallop, terdapat cardiomegali, memakai O2 non reblliting masker 8 lpm. Tekanan darah didapatkan dengan hasil tekanan darah 150/100 mmHg, RR 28x/menit, Ht 120 x/menit, spO₂ 100%. Pengkajian nyeri pada daerah ulu hati dan dada, perasaan hilang timbul, rasanya seperti ditusuk-tusuk dan nyeri skala 5 (0-10), terpasang masker Non reblliting 8 lpm, MAP 116,6 mmHg

A : Penurunan curah jantung teratasi sebagian

P : Rencana tindakan no 1,2,3,4,5,7 dan 8 di lanjutkan

Evaluasi keperawatan tanggal 13 Juli 2018 Jam 13:30

- S : Klien mengatakan tidak ada keluhan. Tidak ada nyeri dada, nyeri ulu hati, tidak ada sesak nafas dan tidak ada lagi kelemahan dalam melakukan aktifitas duduk
- O : Keadaan umum baik, kesadaran kompos mentis dengan GCS 4-5-6, askultasi terdengar suara tambahan jantung S3 gallop, terdapat cardiomegali, memakai O₂ dengan nasal 4 lpm. Tekanan darah didapatkan dengan hasil tekanan 135/90 mmHg, RR 22x/menit, Ht 100 x/menit, spO₂ 100%. Pengkajian nyeri pada daerah ulu hati dan dada, perasaan hilang timbul, rasanya seperti ditusuk-tusuk dan nyeri skala 2 (0-10), terpasang nasal 3 lpm, MAP 105 mmHg.
- A : Penurunan curah jantung teratasi
- P : Rencana tindakan dihentikan

4.2 Pembahasan

Bab ini penulis akan mengurai kesenjangan-kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus selama melaksanakan asuhan keperawatan klien dengan *Decompensasi Cordis* kiri di RSUD Ibnu Sina Gersik yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

4.2.1 Pengkajian Keperawatan

Tahap pengumpulan data, penulis mengalami kesulitan karena klien 1 tidak mampu memahami bahasa Indonesia, klien hanya dapat berbahasa Jawa halus tetapi tidak menjadi masalah. Penulis mampu mengerti dan memahami bahasa klien 1. Kedua 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 terjadinya hubungan yang kooperatif antara penulis dengan klien maupun pihak keluarga yang mengantar klien sampai ke Ruang ICU RSUD Ibnu Sina Gersik.

Klien Ny.N didapatkan data subyektif klien mengatakan sesak nafas, nyeri dada, nyeri pada tenggorokan dan mual muntah. Data obyektif didapatkan keadaan umum baik, kesadaran kompos mentis dengan GCS 4-5-6, askultasi terdengar suara tambahan jantung S3 gallop. Terdapat sianosis pada ujung perifer, perkusi suara paru redup sampai ICS 3, auskultasi terdapat suara tambahan rochi di dada atas sebelah kiri dan kanan. Terdapat cardiomegali, memakai O₂ non rebreathing masker 8 lpm. Tekanan darah didapatkan dengan hasil 165/100 mmHg, RR 28x/menit, Ht 120 x/menit, spO₂ 100%. Pengkajian nyeri pada daerah ulu hati dan dada, perasaan hilang timbul, rasanya seperti ditusuk-tusuk dan nyeri skala 5 (0-10), terpasang masker non rebreathing 8 lpm, MAP 121,7 mmHg. Mengalami kelemahan saat beraktifitas.

Klien Ny. M didapatkan data subyektif klien mengatakan sesak nafas, nyeri dada, nyeri pada ulu hati dan mual muntah. Data obyektif didapatkan Keadaan

umum baik, kesadaran kompos mentis dengan GCS 4-5-6, auskultasi terdengar suara tambahan jantung S3 gallop. Terdapat sianosis pada ujung perifer, perkusi suara paru redup sampai ICS 3, auskultasi terdapat suara tambahan rochi di dada atas sebelah kiri dan kanan, terdapat cardiomegali, memakai O₂ non rebalting masker 8 lpm. Tekanan darah didapatkan dengan hasil 145/100 mmHg, RR 29x/menit, Ht 120 x/menit, spO₂ 100%. Pengkajian nyeri pada daerah ulu hati dan dada, perasaan hilang timbul, rasanya seperti ditusuk-tusuk dan nyeri skala 7 (0-10), terpasang masker dengan rebalting 8 lpm, MAP 115 mmHg. Mengalami kelemahan saat melakukan aktivitas.

Data-data yang ditemukan pada kedua pasien sesuai dengan tinjauan pustaka bawasannya klien dengan *Decompensasi Cordis* kiri akan mengalami yaitu dipnea atau perasaan sulit bernafas, ortopnea (atau dispnea saat berbaring), batuk baik nonproduktif maupun produktif dan kulit pucat dan dingin (sianosis) yang menandakan adanya penurunan curah jantung (Price, Sylvia Anderson : 2012).

Pada pengkajian ditemukan perbedaan seperti pada Ny.N klien mempunyai riwayat hipertensi, DM dan penyakit jantung sejak 5 tahun. Sedangkan pada Ny.M klien tidak memiliki riwayat hipertensi hanya 2 bulan terakhir ini setiap cek up kedokter darahnya tinggi. Hal ini dikarenakan banyak faktor diantaranya yaitu kelainan otot jantung, aterosklerosis koroner, hipertensi sistemik atau pulmonal dan sianosis aorta.

Sesuai dengan tinjauan pustaka bawasannya klien dengan *Decompensasi Cordis* kiri terjadi karena keadaan-keadaan yang meningkatkan beban awal jantung

yaitu : regurgitasi aorta, cacat seputum ventrikel. Peningkatan beban akhir terjadi pada stenosis aorta dan hipertensi sistemik. Kontraktilitas otot jantung dapat menurun pada keadaan infark miokardium dan kardiomiopati. Faktor- faktor yang mengganggu pengeluaran ventrikel, seperti stenosis katub aorta yang menghalangi aliran darah dari ventrikel kiri ke aorta pada waktu sistolik ventrikel terganggu karena katub aorta tidak mampu membuka secara maksimal. Adanya insufisiensi aorta yang meningkatkan kompensasi jantung karena katub aorta tidak mampu menutup dengan rapat sehingga darah kembali lagi kedalam ventrikel kiri mengakibatkan terjadinya gagal jantung kiri. Dari stenosis katub dan insufisiensi aorta akan terjadi gangguan penurunan curah jantung (Arif Muttaqin, 2012).

Mengalami perbedaan karena memiliki komplikasi yang berbeda antara klien Ny. N dan Ny. M maka mempengaruhi pula keluhan yang dirasakan oleh klien.

Kesulitan saat pengkajian medis yaitu tidak dilaksanakannya tel leb BGA pada klien itu mengakibatkan tidak dapat mengetahui terjadinya mekanisme hirodtatik pada klien baik klien satu dan keterbatasan alat yang digunakan.

4.2.2 Diagnosa keperawatan

Menurut NANDA (2017) diagnosa yang muncul pada penyakit jantung salah satunya *Decompensasi Cordis* kiri adalah penurunan curah jantung berhubungan dengan adanya kegagalan pada katub aorta, kontraktilitas otot jantung. Sehingga diagnosa penurunan curah jantung yang dibahas. Karena klien 1 maupun klien 2 memenuhi batasan karakteristik penurunan curah jantung berdasarkan NANDA (2017) yaitu perubahan frekuensi / irama jantung, perubahan preload, perubahan afterload,

perubahan kontraktilitas. Untuk itu diagnosa yang diambil dan digunakan adalah penurunan curah jantung berhubungan dengan kontraktilitas otot jantung. Dampak jika masalah penurunan curah jantung tidak segera diatasi, maka akan terjadi keadaan yang merugikan pada kardiovaskuler bahkan akan mengancam jiwa klien.

4.2.3 Intervensi Keperawatan

Pada tahap intervensi, antara klien 1 dan 2 mengalami kesenjangan. Hal ini dikarenakan kondisi klien 1 dan 2.

Intervensi dilakukan untuk mengurangi atau menstabilkan kontraktilitas jantung dan output jantung sehingga tidak terjadi penurunan curah jantung. Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3×24 jam diharapkan curah jantung kembali adekuat dengan kriteria hasil tidak ada ortopnea, tanda-tanda vital dalam batas normal, tidak terjadi nyeri dada, terjadi penurunan episode dispnea, pasien dapat menyatakan secara verbal tentang nyeri dan tidak terjadi penurunan kesadaran.

Klien Ny. N dan Ny.M akan dilakukan intervensi yang sama karena diagnosa antara klien Ny. N dan Ny.M adalah sama. Intervensi yang akan dilakukan adalah :

1. Intruksikan pasien tentang pentingnya untuk segera melaporkan bila nyeri dada
2. Monitoring tanda-tanda vital secara rutin
3. Observasi keadaan klien dengan mengauskultasi nadi apikal, kaji frekuensi, irama jantung
4. Observasi adanya tanda-tanda penurunan curah jantung
5. Catat bunyi jantung

6. Monitoring perubahan EKG
7. Kolaborasi dengan tim medis dokter dalam pemberian obat sesuai indikasi
8. Kolaborasi dengan tim medis laboratorium dalam pemeriksaan lab darah lengkap

4.2.4 Implementasi Keperawatan

Pada tahap ini tindakan harus sesuai dengan tindakan yang telah diintervensikan dan tidak menyimpang dari program medis. Pada pelaksanaan dilakukan sesuai dengan intervensi yang sudah dibuat, akan tetapi tidak sesuai dengan rencana klien Ny.N tidak mengintruksikan saat nyeri datang. Sehingga memerlukan suatu tindakan untuk memonitoring nyeri Ny. N sedangkan Ny.M langsung mengintruksikan saat nyeri datang.

Implementasi pada kedua klien kurang lebih sama, yang membedakan yaitu hanya implementasi pada Ny. N menggunakan masker non rebalting dengan 8 lpm dan adanya monitoring nyeri sedangkan Ny.M menggunakan masker non rebalting 7 lpm. Untuk posisi klien Ny. N lebih suka posisi duduk sedangkan Klien Ny.M lebih suka semi fowler.

4.2.5 Evaluasi Kperawatan

Pada evaluasi penelitian menemukan terjadi perbedaan pada klien pertama dan kedua yaitu target pencapaian kesembuhan.

Evaluasi keperawatan tanggal 13 Juli 2018 Ny. N

- S : Klien mengatakan tidak ada keluhan nyeri dada, tidak sesak nafas, tidak mengalami kelelahan dalam melakukan aktifitas
- O : Keadaan umum baik, kesadaran kompos mentis dengan GCS 4-5-6, askultasi terdengar suara tambahan jantung S3 gallop, terdapat cardiomegali, memakai O₂ dengan nasal 4 lpm. Tekanan darah didapatkan dengan hasil tekanan darah 130/90 mmHg, RR 22x/menit, Ht 100 x/menit, spO₂ 100%. Pengkajian nyeri pada daerah ulu hati dan dada, perasaan hilang timbul, rasanya seperti ditusuk-tusuk dan nyeri skala 2 (0-10), terpasang nasal 4 lpm, MAP 103,3 mmHg
- A : Penurunan curah jantung teratasi
- P : Rencana tindakan dihentikan

Evaluasi keperawatan tanggal 13 Juli 2018 Ny.M

- S : Klien mengatakan tidak ada keluhan. Tidak ada nyeri dada, nyeri ulu hati, tidak ada sesak nafas dan tidak ada lagi kelemahan dalam melakukan aktifitas duduk
- O : Keadaan umum baik, kesadaran kompos mentis dengan GCS 4-5-6, askultasi terdengar suara tambahan jantung S3 gallop, terdapat cardiomegali, memakai O₂ dengan nasal 4 lpm. Tekanan darah didapatkan dengan hasil tekanan 135/90 mmHg, RR 22x/menit, Ht 100 x/menit, spO₂ 100%. Pengkajian nyeri pada daerah ulu hati dan dada, perasaan hilang timbul,

rasanya seperti ditusuk-tusuk dan nyeri skala 2 (0-10), terpasang nasal 3 lpm, MAP 105 mmHg.

A : Penurunan curah jantung teratasi

P : Rencana tindakan dihentikan

Pada klien pertama masalah penurunan curah jantung dapat diatasi pada 4 hari perawatan. Pada klien pertama dengan tensi yang selalu tinggi, gula darah yang tetap di >200 dan tidak patuhan klien untuk memakan diet yang sudah diberikan mengakibatkan klien mengalami pelambatan pada proses penyembuhan. Sedangkan untuk klien kedua dapat teratasi dalam 3 hari. Keluhan berkurang pada hari kedua dan pada hari ketiga tidak ditemukan lagi keluhan.