

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan antara teori dengan kenyataan selama memberikan asuhan keperawatan pada pasien infark miocard akut di ruang Intensive Care Unit Rumah Sakit Siti Khadijah Sepanjang Sidoarjo yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi .

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RS.Siti Khadijah Sepanjang di ruang Intensif Care Unit (ICU) yang memiliki 7 bed pasien dan dilengkapi dengan monitor pada setiap bed nya. Klien yang diambil berada di bed 2 dan 4. Pengambilan kasus IMA diambil berdasarkan jumlah klien IMA di RS Siti Khadijah Sepanjang dalam tiga tahun terakhir sebanyak 300 klien dimana 5% dari jumlah tersebut mengalami kematian akibat serangan mendadak. Sedangkan 70% dari jumlah klien dapat didistribusikan ke ruang ICU dengan status akhir dinyatakan sembuh.

4.1.2 Pengkajian

1) Identitas Klien Pertama

Tanggal 26 Juli 2018

Ny.M usia 54 tahun jenis kelamin perempuan , beragama islam , alamat xxx , suku jawa bangsa indonesia , pendidikan terakhir S1 Pendidikan dan pekerjaan sebagai guru. Penanggung jawab Ny.M adalah

suaminya. Nomer rekam medik 70xxxx. Tanggal masuk rumah sakit tanggal 26 Juli 2018 pukul 11.00 wib dengan diagnosa IMA+ALO. Klien datang ke ruang IGD dengan keluhan sesak dan nyeri skala 5. Setelah dilakukan tindakan di IGD klien dipindahkan ke ruang ICU pukul 12.00 wib. Tanggal pengkajian 26 Juli 2018 pukul 12.00. Sumber informasi didapatkan dari klien , keluarga dan rekam medik.

Identitas Klien Kedua

Tanggal 30 Juli 2018

Tn.A usia 57 tahun jenis kelamin laki-laki , beragama islam , alamat xxx , suku jawa bangsa indonesia , pendidikan terakhir S1 dan pekerjaan sebagai pegawai . Penanggung jawab Tn.A adalah istrinya. Nomer rekam medik 56xxxx. Tanggal masuk rumah sakit tanggal 30 Juli 2018 pukul 21.00 wib dengan diagnosa IMA+DM. Klien datang ke ruang IGD dengan keluhan sesak dan nyeri skala 5. Setelah dilakukan tindakan di IGD klien dipindahkan ke ruang ICU pukul 12.00 wib. Tanggal pengkajian 30 Juli 2018 pukul 23.00. Sumber informasi didapatkan dari klien , keluarga dan rekam medik.

2) Keluhan Utama Klien Pertama

Klien mengatakan nyeri dada sebelah kiri seperti diremas menjalar hingga ke punggung , sesak nafas dan terasa panas. Klien mengatakan skala nyeri 5 dari range 1-10. Klien mengatakan nyeri muncul tanpa hilang selama 15 menit. Nyeri berkurang setelah diberi terapi oksigen.

Keluhan Utama Klien Kedua

Klien mengatakan nyeri dada sebelah sebelah kiri seperti ditusuk-tusuk menjalar ke punggung belakang dan terasa panas . Klien mengatakan skala nyeri 6 dari range 1-10. Klien mengatakan nyeri muncul dan hilang selama 10 menit. Nyeri berkurang setelah diberi terapi oksigen.

3) Riwayat penyakit Sekarang Klien Pertama

Klien mengatakan nyeri dada seperti diremas , terasa panas dan sesak nafas. Skala nyeri didapatkan 5 dari range 1-10. Klien mengatakan nyeri muncul tanpa hilang selama 15 menit. Nyeri berkurang setelah diberi terapi oksigen. Sebelum datang ke RS klien mengatakan sudah pernah ke klinik dan hasilnya masih sama. Pasien datang ke IGD RS Khadijah tanggal 26 Juli 2018 pukul 11.00 wib dengan suami. Di IGD dilakukan pemeriksaan EKG. Hasil KG menunjukkan suspect IMA. Klien mendapatkan terapi isdn 5 mg dan terpasang infus pz 500cc 21tpm di tangan kanan dan O2 nasal 4 lpm. Setelah mendapatkan terapi dan pemeriksaan lain , dokter menyarankan klien untuk dirawat inap. Klien dipindahkan ke ruang ICU dengan diagnosa IMA+ALO.

Riwayat penyakit Sekarang Klien Kedua

Klien mengatakan nyeri dada terasa panas seperti ditusuk diikuti rasa sesak. Skala nyeri didapatkan 6 dari range 1-10. Klien mengatakan nyeri muncul dan hilang selama 10 menit. Nyeri berkurang setelah diberi terapi oksigen. Sebelum datang ke RS klien mengatakan pernah mengalami nyeri yang sama. Pasien datang ke IGD RS Siti Khadijah

tanggal 30 Juli 2018 pukul 21.00 wib dengan keluarga. Di IGD dilakukan pemeriksaan EKG. Hasil EKG menunjukkan suspect IMA. Klien mendapatkan terapi isdn 5 mg dan terpasang infus pz 500cc 21tpm di tangan kiri dan O2 nasal 4 lpm. Setelah mendapatkan terapi dan pemeriksaan lain , dokter menyarankan klien untuk dirawat inap. Klien dipindahkan ke ruang ICU dengan diagnosa IMA+DM.

4) Riwayat Penyakit Dahulu Klien Pertama

Klien mengatakan memiliki riwayat DM sejak tahun 2011.

Riwayat Penyakit Dahulu Klien Kedua

Klien mengatakan pernah mengalami rasa nyeri yang sama , tidak memiliki riwayat DM sebelumnya .

5) Riwayat Penyakit Keluarga Klien Pertama

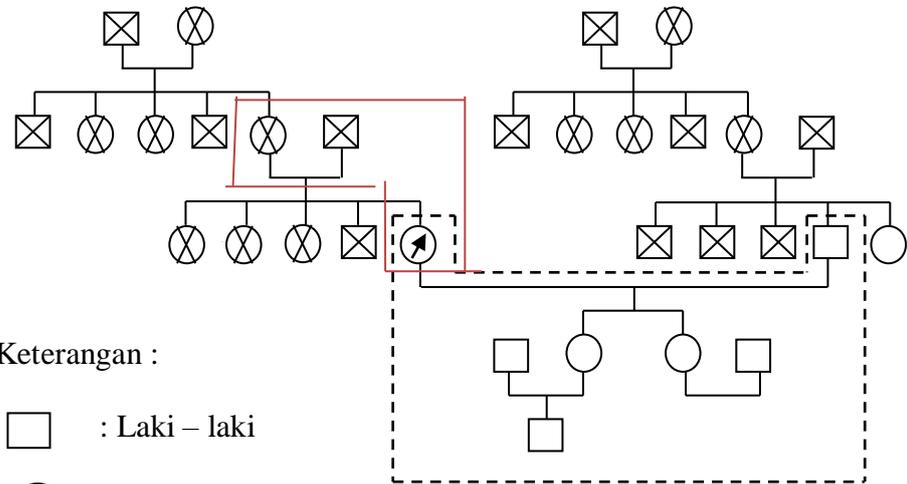
Klien mengatakan bahwa keluarga pernah ada yang menderita stroke , hipertensi , dan penyakit jantung.

Riwayat Penyakit Keluarga Klien Kedua

Klien mengatakan tidak ada riwayat penyakit yang sama pada keluarganya.

6) Genogram Klien Pertama

Keluarga klien 1 Ny. M



Keterangan :

□ : Laki – laki

○ : Perempuan

↗ : Klien

⊗ : Meninggal

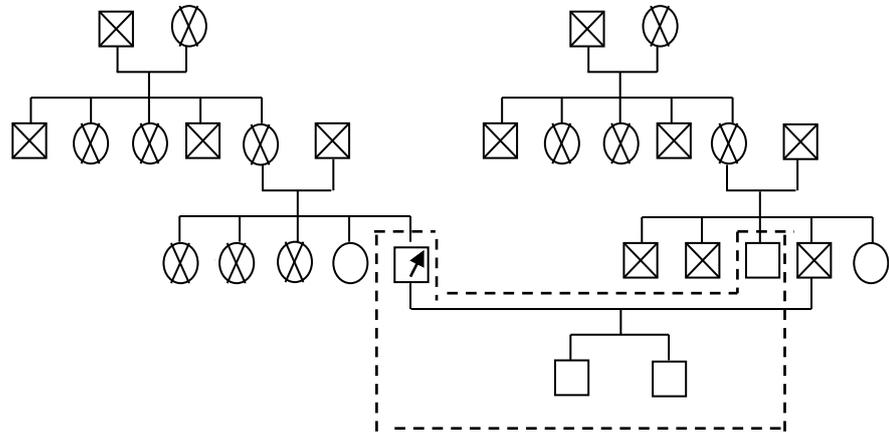
----- : tinggal serumah

— : garis keturunan

— : faktor pembawa resiko

Genogram Klien Kedua

Keluarga klien Tn. A



Keterangan :

- : Laki – laki
- : Perempuan
- ↗ : Klien
- X : Meninggal
- : tinggal serumah
- : garis keturunan

7) Pemeriksaan Fisik (B1-B6)

Klien Pertama

B1 : Sistem Pernafasan

Tanggal 26 Juli 2018

Subyektif : klien mengatakan sesak

Obyektif : pernafasan klien spontan , bentuk dada normal chest ,
klien tampak gelisah , RR 29x/menit irama regular dan kedalaman
 dangkal , hiperventilasi , perkusi sonor , terdapat suara tambahan seperti
ronkhi didada kanan atas , tidak ada suara tambahan wheezing , terpasang
masker nasal 4 lpm , spo2 97% posisi fowler.

Problem : Pola Nafas tidak efektif

Klien Kedua

B1 : Sistem Pernafasan

Tanggal 30 Juli 2018

Subyektif : klien mengatakan sesak

Obyektif : pernafasan klien spontan , bentuk dada normal chest ,
klien tampak gelisah , RR 25x/menit irama regular dan kedalaman
 dangkal , perkusi sonor , tidak ada ronkhi dan suara tambahan wheezing ,
terpasang masker nasal 4 lpm , spo2 99% posisi fowler.

Problem : Pola Nafas tidak efektif

Klien Pertama**B2 : Sistem Kardiovaskular****Tanggal 26 Juli 2018**

Subyektif : klien mengatakan adanya sakit seperti diremas.

Obyektif : bentuk normal chest , klien tampak meringis kesakitan , tidak terpasang cvp , tidak ada kardiomegali , CRT <2 detik , akral dingin. Perfusi dingin distensi vena jugularis , terdengar suara jantung S1 S2 tunggal . TD 101/90 mmHg, N 82x/menit irama regular dan cepat. Gambaran EKG nampak gelombang ST-Elevasi ST-depresi.

Problem : 1. Nyeri Akut
2. Penurunan Curah Jantung

Klien Kedua**B2 : Sistem Kardiovaskular****Tanggal 30 Juli 2018**

Subyektif : klien mengatakan adanya sakit seperti ditusuk.

Obyektif : bentuk normal chest , klien tampak meringis kesakitan , tidak terpasang cvp , tidak ada kardiomegali , CRT <2detik , akral dingin. Perfusi dingin distensi vena jugularis , terdengar suara jantung S1 S2 tunggal . TD 152/90 mmHg, N 90x/menit irama regular dan cepat. Gambaran EKG nampak gelombang ST-Elevasi ST-depresi.

Problem : 1. Nyeri Akut
2. Penurunan Curah Jantung

Klien Pertama

B3 : Sistem Persyarafan**Tanggal 26 Juli 2018**

Subyektif : -

Obyektif : kesadaran umum klien compos metis , GCS 456 , tidak ada sianosis perifer , tidak ada sianosis sentral , klien tampak gelisah , pupil isokor , tidak ada kejang , klien tampak menyeringai , nyeri pada dada sebelah kiri , seperti diremas disertai rasa panas , skala nyeri 5 dan hilang timbul saat malam hari dan akan hilang saat diberi obat.

Problem : tidak ada masalah

Klien Kedua**B3 : Sistem Persyarafan****Tanggal 30 Juli 2018**

Subyektif : -

Obyektif : kesadaran umum klien compos metis , GCS 456 , tidak ada sianosis perifer , tidak ada sianosis sentral , klien tampak gelisah , pupil isokor , tidak ada kejang , klien tampak menyeringai , nyeri pada dada sebelah kiri , seperti diremas disertai rasa panas , skala nyeri 6 dan hilang timbul saat malam hari dan akan hilang saat diberi obat.

Problem : tidak ada masalah.

Klien Pertama**B4 : Sistem Perkemihan****Tanggal 26 Juli 2018**

Subyektif : Pasien mengatakan BAK spontan .

Obyektif : tidak terpasang dower kateter , BAK spontan , jumlah produksi urine 2400 cc /24 jam , tidak terdapat oliguria , warna kuning jernih , tidak terdapat iritasi atau infeksi.

Problem : tidak ada masalah keperawatan.

Klien Kedua

B4 : Sistem Perkemihan

Tanggal 30 Juli 2018

Subyektif : Pasien mengatakan BAK spontan .

Obyektif : tidak terpasang dower kateter , BAK spontan , jumlah produksi urine 2800 cc /24 jam , tidak terdapat oliguria , warna kuning jernih , tidak terdapat iritasi atau infeksi.

Problem : tidak ada masalah keperawatan.

Klien Pertama

B5 : Sistem Gastrointestinal

Tanggal 26 Juli 2018

Subyektif : klien mengatakan sudah 5 hari tidak BAB dan terasa begah

Obyektif : bentuk simetris , terdapat sedikit distensi , tidak ada bekas luka , tidak ada luka jahitan , tidak ada nyeri tekan , terdengar timpani , peristaltik usu 15x/menit , klien tidak memakai pempers , BAB spontan , tidak ada dekubitus , tidak ada hemoroid , intake 800cc/24 jam dan infus 500cc / 24 jam.

Problem : Konstipasi

Klien Kedua**B5 : Sistem Gastrointestinal****Tanggal 30 Juli 2018**

Subyektif : -

Obyektif : bentuk simetris , tidak ada distensi , tidak ada bekas luka , tidak ada luka jahitan , tidak ada nyeri tekan , terdengar timpani , peristaltik usu 12x/menit , klien tidak memakai pempers , BAB spontan , tidak ada dekubitus , tidak ada hemoroid , intake 600cc/24 jam dan infus 500cc / 24 jam.

Problem : tidak ada masalah keperawatan

Klien Pertama**B6 : Sistem Muskuloskeletal****Tanggal 26 Juli 2018**

Subyektif : klien mengatakan lemah

Obyektif : tonus otot

Dekstra Sinistra

5	5
5	5

Turgor kulit baik , CRT <2 detik , S 36,8 °C , tidak sianosis , ADL dibantu keluarga dan perawat , tidak ada odem ekstremitas atas dan bawah , saat bergerak perlu batuan keluarga atau perawat , lama tidur frekuensi 6-8 jam/hari.

Problem : Intoleransi Aktivitas

Klien Kedua**B6 : Sistem Muskuloskeletal****Tanggal 30 Juli 2018**

Subyektif : klien mengatakan lemah

Obyektif : tonus otot

Dekstra	Sinistra
5	5
5	5

Turgor kulit baik , CRT <2 detik , S 37,8 °C , tidak sianosis , ADL dibantu keluarga dan perawat , tidak ada odem ekstremitas atas dan bawah , saat bergerak perlu batuan keluarga atau perawat, lama tidur frekuensi 5-6 jam/hari.

Problem : Intoleransi Aktivitas

8) Pemeriksaan Penunjang Klien Pertama**Tanggal 26 Juli 2018**

(1) Laboratorium

Cholesterol : 182 mg/dl (normal 0-200 mg/dl)

Trigliserida : 114 mg/dl (normal 0-150 mg/dl)

HDL : 35 mg/dl (normal 40-60 mg/dl)

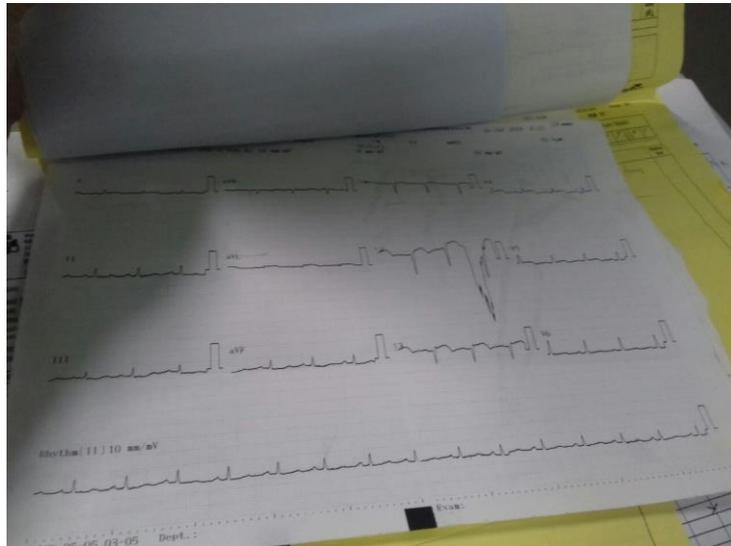
LDL : 136 mg/dl (normal 70-110 mg/dl)

(2) Foto Thorax



Gambar 4.3 Hasil : nampak ada odema pada paru

(3) EKG



Gambar 4.4 Hasil : pemeriksaan EKG menunjukkan adanya infark pada dinding anterior.

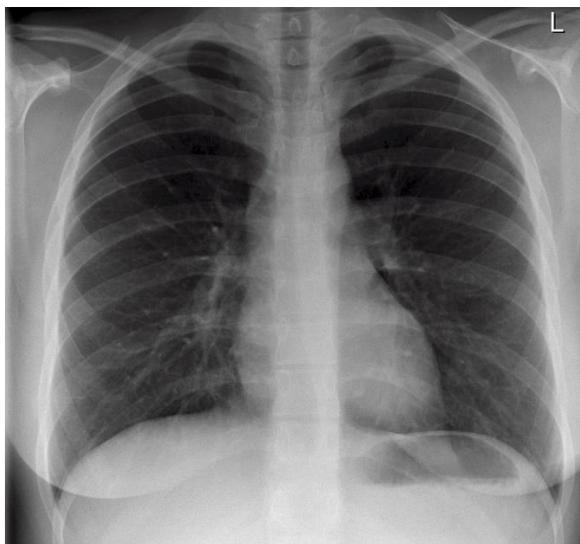
Pemeriksaan Penunjang Klien Kedua

Tanggal 30 Juli 2018

(1) Laboratorium

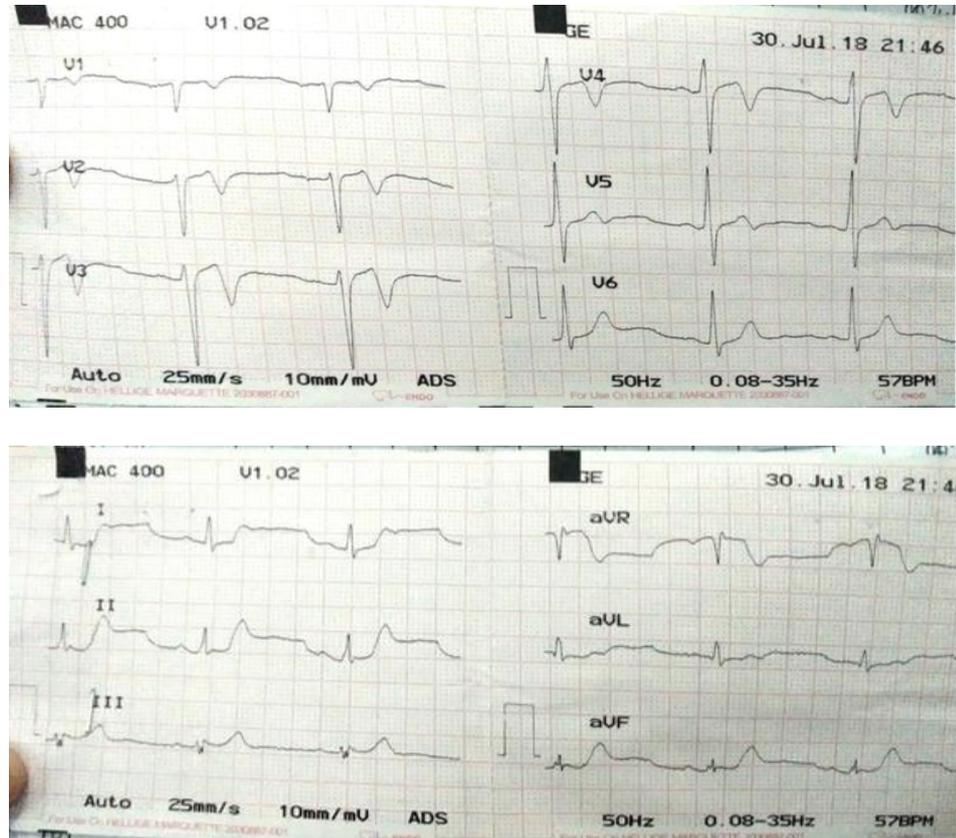
Creatinin serum	: 0.6	mg/dl	(normal : 0,7-1,2 mg/dl)
Ureum	:16	mg/dl	(normal : 17-43 mg/dl)
BUN	: 8	mg/dl	(normal : 7-20 mg/dl)
Clorida	: 106	mg/dl	(normal : 98-107 mg/dl)
HGB	: 15,4	mg/dl	(normal : 13-18 mg/dl)
HCT	: 42,3	mg/dl	(normal : 40,0-50,0 mg/dl)
RBC	: 6.6	mg/dl	(normal : 4-11 mg/dl)

(2) Foto Thorax



Gambar 4.5 Hasil : keadaan normal . batas jantung dan paru-paru normal.

(3) EKG



Gambar 4.6 hasil : ST elevasi ST depresi

9) Penatalaksanaan Klien Pertama

Infus pz 500 cc/24 jam 7tpm , injeksi lovonox 2x0.6 cc , asa 1x1 mg , cpg 1x1 mg , myozidin 3x1 mg , captopril 3x6,25 mg , tablet Asam Folat 1 x 1 mg , Tablet Concor 2 x 2,5 mg , Tablet ISDN 3 x 5 mg , Pump Lasix 5 mg/jam , Injeksi IV Antrain 3 x 1 , Injeksi IV Ranitidin 2 x 1, atrapid 2x 4 unit.

Penatalaksanaan Klien Kedua

Infus pz 500 cc/24 jam 7 tpm , asa 1x1 mg , cpg 1x1 mg , isdn 3x1 mg ,
Tablet Concor 2 x 2,5 mg, Tablet Atorvastatin 1 x 40 mg , Aspilet 3x1 mg
, humulin 3x4 unit.

10) Daftar Masalah Keperawatan Klien Pertama

- (1). Nyeri Akut
- (2) Pola Nafas Tidak Efektif
- (3) Penurunan Curah Jantung

Daftar Masalah Keperawatan Klien Kedua

- (1) Nyeri Akut
- (2) Penurunan Curah Jantung
- (3) Intoleransi Aktivitas

4.1.3 Analisa Data

4.1.3.1 Analisa Data Klien Pertama

Tanggal 26 Juli 2018

1) Kelompok Data Pertama

- (1) Subyektif : klien mengatakan nyeri dada sebelah kiri seperti diremas dan terasa panas dan diikuti sesak saat bernafas .
- (2) Obyektif : kesadaran umum klien compos metis , GCS 456 , tidak ada sianosis perifer , tidak ada sianosis sentral , klien tampak gelisah , pupil isokor , tidak ada kejang , klien tampak

menyeringai , nyeri pada dada sebelah kiri , seperti diremas disertai rasa panas , skala nyeri 5 dan hilang timbul saat malam hari dan akan hilang saat diberi obat.

(3) Masalah keparawatan : Nyeri Akut

(4) Penyebab : Iskemia Miokard

2) Kelompok Data Kedua

(1) Subyektif : klien mengatakan sesak

(2) Obyektif : pernafasan klien spontan , bentuk dada normal chest , klien tampak gelisah , RR 20x/menit irama regular dan kedalaman dangkal , hiperventilasi , perkusi sonor , terdapat suara tambahan seperti ronkhi didada kanan atas , tidak ada suara tambahan wheezing , terpasang masker nasal 4 lpm , spo2 97% posisi fowler.

(3) Masalah keparawatan : Pola Nafas tidak Efektif

(4) Penyebab : Odem Paru

4.1.3.2 Analisa Data Klien Kedua

Tanggal 30 Juli 2018

1) Kelompok Data Pertama

(1) Subyektif : klien mengatakan nyeri seperti ditusuk .

(2) Obyektif : kesadaran umum klien compos metis , GCS

456 , tidak ada sianosis perifer , tidak ada sianosis sentral , klien tampak gelisah , pupil isokor , tidak ada kejang , klien tampak menyeringai , nyeri pada dada sebelah kiri , seperti diremas disertai rasa panas , skala nyeri 6 dan hilang timbul saat malam hari dan akan hilang saat diberi obat.

(3) Masalah keparawatan : Nyeri Akut

(4) Penyebab : Iskemia Miokard

2) Kelompok Data Kedua

(1) Subyektif : klien mengatakan dada nyeri seperti
ditusuk

(2) Obyektif : bentuk normal chest , klien tampak meringis kesakitan , tidak terpasang cvp , tidak ada kardiomegali , CRT <2detik , akral dingin. Perfusi dingin distensi vena jugularis , terdengar suara jantung S1 S2 tunggal . TD 152/90 mmHg, N 90x/menit irama regular dan cepat. Gambaran EKG nampak gelombang ST-Elevasi ST-depresi.

(3) Masalah keparawatan : Penurunan Curah Jantung

(4) Penyebab : penurunan suplai darah ke jantung

4.1.4 Diagnosa Keperawatan

4.1.4.1 Diagnosa Keperawatan Klien Pertama

- 1) Nyeri Akut yang berhubungan dengan meningkatnya asam laktat dalam
Darah atau iskemia miokard .
- 2) Pola napas tidak efektif yang berhubungan dengan pengembangan paru
tidak optimal, kelebihan cairan di paru sekunder dan edema paru akut.
- 3) Penurunan curah jantung yang berhubungan dengan penurunan suplai darah
ke miokardium.

4.1.4.1.2 Diagnosa Keperawatan Klien Kedua

- 1) Nyeri Akut yang berhubungan dengan meningkatnya asam laktat dalam
Darah atau iskemia miokard.
- 2) Penurunan curah jantung yang berhubungan dengan penurunan suplai
darah ke miokardium.
- 3) Pola napas tidak efektif yang berhubungan dengan pengembangan paru
tidak optimal, kelebihan cairan di paru sekunder dan edema paru akut.

4.1.5 Intervensi Keperawatan

4.1.5.1 Diagnosa Pertama : Nyeri Akut yang berhubungan dengan meningkatnya

asam laktat dalam darah atau iskemia miokard.

Klien Pertama / Ny . M (54 tahun)

NOC : setelah dilakukan tindakan keperawatan dalam waktu 3x24 jam pasien tidak mengalami nyeri.

Kriteria Hasil :

- (1) Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan).
- (2) Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri.
- (3) Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri).
- (4) Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang.
- (5) Tanda vital dalam waktu rentang normal. TD sistole 100-140 mmHg / diastole 60-90 mmHg , RR 16-20 x /menit, Nadi 60-100 x /menit.

Intervensi**NIC :**

- (1) Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas.
- (2) Observasi tanda vital dan reaksi nonverbal yang menunjukkan ketidaknyamanan .
- (3) Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri.

- (4) Ajarkan tentang teknik non farmakologi : nafas dalam, relaksasi, distraksi, kompres hangat/dingin.
- (5) Anjurkan untuk meningkatkan istirahat.
- (6) Berikan oksigen tambahan dengan kanula nasal atau masker sesuai indikasi.
- (7) Kolaborasi : Berikan analgesik (morfin) untuk mengurangi nyeri.

4.1.5.2 Diagnosa Pertama : Nyeri Akut yang berhubungan dengan meningkatnya

asam laktat dalam darah atau iskemia miokard.

Klien Kedua / Tn . A (57 tahun)

NOC : setelah dilakukan tindakan keperawatan dalam waktu 3x24 jam pasien tidak mengalami nyeri.

Kriteria Hasil :

- (1) Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan).
- (2) Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri.
- (3) Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri).
- (4) Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang.
- (5) Tanda vital dalam waktu rentang normal. TD sistole 100-140 mmHg / diastole 60-90 mmHg , suhu 36,5 °C , RR 16-20 x /menit , MAP 70-1-5 mmHg , Nadi 60-100 x /menit.

Intervensi

NIC :

- (1) Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas.
- (2) Observasi tanda vital dan reaksi nonverbal yang menunjukkan ketidaknyamanan .
- (3) Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri.
- (4) Ajarkan tentang teknik non farmakologi : nafas dalam, relaksasi, distraksi, kompres hangat/dingin.
- (5) Anjurkan untuk meningkatkan istirahat.
- (6) Berikan oksigen tambahan dengan kanula nasal atau masker sesuai indikasi.
- (7) Kolaborasi : Berikan analgesik untuk mengurangi nyeri.

4.1.6 Implementasi Keperawatan**4.1.6.1 Penatalaksanaan Klien Pertama****Tanggal 26 Juli 2018**

- 1) Pukul 08.00 membina hubungan saling percaya kepada klien dan keluarga seperti memperkenalkan diri dan tujuan .
Respon : klien dapat menerima dan memahami tujuan yang akan dilakukan .
- 2) Pukul 09.00 mengkaji keadaan sesuai dengan asuhan keperawatan .
Respon : klien dapat menjawab semua pertanyaan yang diajukan .
- 3) Pukul 10.00 melakukan observasi nyeri pada klien .

Respon : wajah klien menunjukkan kesakitan dan memegang daerah dada. Mengeluh nyeri dan sesak nafas.

Problem : Nyeri dada

Quality : nyeri seperti diremas

Region : di daerah dada subternal

Scale : 5

Time : timbul secara tiba-tiba

- 4) Pukul 10.00 melakukan EKG dan memberikan posisi semi fowler.

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

- 5) Pukul 10.00 mengajarkan teknik pengalihan nyeri dengan nafas dalam , mengaji atau berzikir .

Respon : klien dapat melakukan dengan baik , nyeri yang dirasakan sedikit berkurang

- 6) Pukul 11.00 melakukan observasi tanda-tanda vital dan pemeriksaan fisik .

Hasil : T 91/66 mmHg , S 36,8 °C , RR 26 x/menit , Nadi 76 x/menit , MAP 72 , spO2 99 %

- 7) Pukul 12.00 memberikan obat oral ASA 1 tab , CPG 1 tab , alorvastatin 80mg , injeksi atrapid 2x4 unit .

- 8) Pukul 13.00 memberikan diet 1500 kkal nasi tim .

Respon : klien hanya makan 3 sendok .

Tanggal 27 Juli 2018

- 1) Pukul 08.00 menyapa klien dan keluarga serta memperkenalkan diri dan memberitahukan tujuan .

Respon : klien dapat menerima dan memahami tujuan yang akan dilakukan .

- 2) Pukul 09.00 mengkaji keadaan sesuai dengan asuhan keperawatan .

Respon : klien dapat menjawab semua pertanyaan yang diajukan .

- 3) Pukul 10.00 melakukan observasi nyeri pada klien .

Respon : wajah klien terlihat lebih nyaman dari sehari sebelumnya.

Problem : Nyeri dada

Quality : nyeri seperti diremas

Region : di daerah dada subternal

Scale : 3

Time : kadang muncul , kadang hilang

melakukan EKG ulang

Respon : pasien kooperatif , Hasil Ekg Atrial fibrilasi ripid ventrikel

respon 130 x/menit stemi anterior

- 4) Pukul 10.00 mengajarkan teknik pengalihan nyeri dengan nafas dalam , mengaji atau berzikir .

Respon : klien dapat melakukan dengan baik , nyeri yang dirasakan sedikit berkurang

5) Pukul 11.00 melakukan observasi tanda-tanda vital dan pemeriksaan fisik .

Hasil : T 100/96 mmHg , S 36,2 °C , RR 23 x/menit , Nadi 80 x/menit , MAP 72 , spO2 98 %

6) Pukul 12.00 memberikan obat oral ASA 1 tab , CPG 1 tab , atorvastatin 80mg , injeksi atrapid 2x4 unit .

7) Pukul 13.00 memberikan diet 1500 kkal nasi tim .

Respon : klien hanya makan 5 sendok .

Tanggal 28 Juli 2018

1) Pukul 08.00 menyapa klien dan keluarga serta memperkenalkan diri dan memberitahukan tujuan .

Respon : klien dapat menerima dan memahami tujuan yang akan dilakukan .

2) Pukul 09.00 mengkaji keadaan sesuai dengan asuhan keperawatan .

Respon : klien dapat menjawab semua pertanyaan yang diajukan .

3) Pukul 10.00 melakukan observasi nyeri pada klien .

Respon : wajah klien terlihat lebih nyaman dari sehari sebelumnya.

Problem : Nyeri dada

Quality : nyeri seperti diremas

Region : di daerah dada subternal

Scale : 2

Time : kadang muncul , kadang hilang

melakukan EKG ulang.

Respon : klien kooperatif , Hasil Ekg Atrial fibrilasi ripid ventrikel

respon 100 x/menit stemi anterior.

- 4) Pukul 10.00 mengajarkan teknik pengalihan nyeri dengan nafas dalam , mengaji atau berzikir .

Respon : klien dapat melakukan dengan baik , nyeri yang dirasakan sedikit berkurang

- 5) Pukul 11.00 melakukan observasi tanda-tanda vital dan pemeriksaan fisik .

Hasil : T 110/90 mmHg , S 36,5 °C , RR 21 x/menit , Nadi 80 x/menit , MAP 72 , spO2 99 %

- 6) Pukul 12.00 memberikan obat oral ASA 1 tab , CPG 1 tab , alorvastatin 80mg , injeksi atrapid 2x4 unit .

- 7) Pukul 13.00 memberikan diet 1500 kkal nasi tim .

Respon : klien makan habis satu porsi.

4.1.6.2 Penatalaksanaan Klien Kedua

Tanggal 30 Juli 2018

- 1) Pukul 08.00 membina hubungan saling percaya kepada klien dan keluarga seperti memperkenalkan diri dan tujuan .

Respon : klien dapat menerima dan memahami tujuan yang akan dilakukan .

- 2) Pukul 09.00 mengkaji keadaan sesuai dengan asuhan keperawatan .

Respon : klien dapat menjawab semua pertanyaan yang diajukan .

- 3) Pukul 09.15 melakukan observasi nyeri pada klien dan memberikan posisi semi fowler. .

Respon : wajah klien menunjukkan kesakitan dan memegang daerah dada. Mengeluh nyeri dan sesak nafas.

Problem : Nyeri dada

Quality : nyeri seperti diremas

Region : di daerah dada subternal

Scale : 5

Time : timbul secara tiba-tiba

- 4) Pukul 10.00 melakukan EKG dan memberikan posisi semi fowler.

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

- 5) Pukul 10.00 mengajarkan teknik pengalihan nyeri dengan nafas dalam , mengaji atau berzikir .

Respon : klien dapat melakukan dengan baik , nyeri yang dirasakan sedikit berkurang .

- 6) Pukul 11.00 melakukan observasi tanda-tanda vital dan pemeriksaan fisik .

Hasil : T 152/90 mmHg , S 36,8 °C , RR 26 x/menit , Nadi 76 x/menit , MAP 72 , spO2 99 %.

- 7) Pukul 12.00 memberikan obat oral ASA 1 tab , CPG 1 tab , alorvastatin 80mg , injeksi atrapid 2x4 unit .

- 8) Pukul 13.00 memberikan diet 1500 kkal nasi tim .

Respon : klien hanya makan satu porsi habis .

Tanggal 31 Juli 2018

- 1) Pukul 08.00 menyapa klien dan keluarga serta memperkenalkan diri dan memberitahukan tujuan .

Respon : klien dapat menerima dan memahami tujuan yang akan dilakukan .

- 2) Pukul 09.00 mengkaji keadaan sesuai dengan asuhan keperawatan .

Respon : klien dapat menjawab semua pertanyaan yang diajukan .

- 3) Pukul 10.00 melakukan observasi nyeri pada klien .

Respon : wajah klien terlihat lebih nyaman dari sehari sebelumnya.

Problem : Nyeri dada

Quality : nyeri seperti diremas

Region : di daerah dada subternal

Scale : 2

Time : timbul secara tiba-tiba

melakukan EKG dan memberikan posisi semi fowler.

Respon : klien kooperatif, Hasil Ekg Atrial fibrilasi ripid ventrikel respon 120 x/menit stemi anterior.

- 4) Pukul 10.00 mengajarkan teknik pengalihan nyeri dengan nafas dalam , mengaji atau berzikir .

Respon : klien dapat melakukan dengan baik , nyeri yang dirasakan sedikit berkurang

5) Pukul 11.00 melakukan observasi tanda-tanda vital dan pemeriksaan fisik .

Hasil : T 100/96 mmHg , S 36,2 °C , RR 23 x/menit , Nadi 80 x/menit , MAP 72 , spO2 98 %

6) Pukul 12.00 memberikan obat oral ASA 1 tab , CPG 1 tab , atorvastatin 80mg , injeksi atrapid 2x4 unit .

7) Pukul 13.00 memberikan diet 1500 kkal nasi tim .

Respon : klien hanya makan 5 sendok .

8) Pukul 14.00 visite dokter

Respon : acc pindah ruangan .

Tanggal 01 Agustus 2018

1) Pukul 08.00 menyapa klien dan keluarga serta memperkenalkan diri dan memberitahukan tujuan .

Respon : klien dapat menerima dan memahami tujuan yang akan dilakukan .

Pukul 09.00 mengkaji keadaan sesuai dengan asuhan keperawatan .

Respon : klien dapat menjawab semua pertanyaan yang diajukan .

2) Pukul 10.00 melakukan observasi nyeri pada klien .

Respon : wajah klien terlihat lebih nyaman dari sehari sebelumnya.

Problem : Nyeri dada

Quality : nyeri seperti diremas

Region : di daerah dada subternal

Scale : 2

Time : timbul secara tiba-tiba

melakukan EKG dan memberikan posisi semi fowler.

Respon : klien kooperatif, Hasil Ekg Atrial fibrilasi ripid ventrikel respon 110 x/menit stemi anterior.

- 3) Pukul 10.00 mengajarkan teknik pengalihan nyeri dengan nafas dalam , mengaji atau berzikir .

Respon : klien dapat melakukan dengan baik , nyeri yang dirasakan sedikit berkurang

- 4) Pukul 11.00 melakukan observasi tanda-tanda vital dan pemeriksaan fisik .

Hasil : T 100/96 mmHg , S 36,2 °C , RR 23 x/menit , Nadi 80 x/menit , MAP 72 , spO2 98 %

- 5) Pukul 12.00 memberikan obat oral ASA 1 tab , CPG 1 tab , atorvastatin 80mg , injeksi atrapid 2x4 unit .

- 6) Pukul 13.00 memberikan diet 1500 kkal nasi tim .

Respon : klien hanya makan 5 sendok .

4.1.7 Evaluasi Keperawatan

4.1.7.1 Evaluasi Keperawatan Klien Pertama

Evaluasi keperawatan tanggal 26 Juli 2018

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 jantung S1 S2

tunggal, memakai O₂ nasal 4 lpm. Tekanan darah didapatkan dengan hasil 101/90 mmHg, RR 26x/menit, HR 120 x/menit, spO₂ 100%. Pengkajian nyeri pada daerah ulu hati dan dada, perasaan hilang timbul, rasanya seperti ditusuk-tusuk dan nyeri skala 6 (0-10),

A : Nyeri Akut belum teratasi

P : Rencana tindakan no 1-8 di lanjutkan

Evaluasi keperawatan tanggal 27 Juli 2018

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 jantung S1 S2 tunggal , memakai O₂ nasal 4 lpm. Tekanan darah didapatkan dengan hasil tekanan darah 100/96 mmHg, RR 22x/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),

A : Nyeri Akut teratasi sebagian

P : Rencana tindakan no 1-8 di lanjutkan

Evaluasi keperawatan tanggal 28 Juli 2018

- 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 jantung S1 S2 tunggal, terdapat cardiomegali, memakai O₂ nasal 4 lpm. Tekanan darah didapatkan dengan hasil tekanan darah 165/100 mmHg, RR 28x/menit, HR 120 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)
- A : Nyeri Akut teratasi
- P : Rencana tindakan dihentikan.

4.1.7.2 Evaluasi Keperawatan Klien Kedua**Evaluasi keperawatan tanggal 30 Juli 2018**

- 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 jantung S1 S2 tunggal, memakai O₂ dengan nasal 4 lpm. Tekanan darah

didapatkan dengan hasil tekanan darah 152/90 mmHg, RR 2x/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 6 (0-10), terpasang nasal 4 lpm.

A : Nyeri Akut belum teratasi

P : Rencanan tindakan tindakan no 1-8 di lanjutkan

Evaluasi keperawatan tanggal 31 Juli 2018

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 jantung S1 S2 tunggal, memakai O₂ nasal 4 lpm. Tekanan darah didapatkan dengan hasil 145/100 mmHg, RR 29x/menit, HR 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).

A : Nyeri Akut teratasi sebagian

P : Rencanan tindakan no 1-8 di lanjutkan

Evaluasi keperawatan tanggal 01 Agustus 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 jantung S1 S2 tunggal, memakai O₂ nasal 4 lpm. Tekanan darah didapatkan dengan hasil tekanan darah 130/100 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 2 (0-10).
- A : Nyeri Akut Teratasi
- P : Rencana tindakan dihentikan.

4.2 Pembahasan

Dalam bab ini penulis akan menguraikan kesenjangan-kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus selama melaksanakan asuhan keperawatan pada klien *Infark Miokard Akut* di Ruang ICU Rumah Sakit Siti Khadijah Sepanjang yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

4.2.1 Pengkajian

Pada pengkajian terdapat kesenjangan dan persamaan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus. Pada pengumpulan data yang terdapat di tinjauan kasus, data yang disajikan merupakan hasil observasi nyata melalui wawancara, Pemeriksaan fisik serta catatan kesehatan yang hanya didapatkan pada satu pasien. Sementara pada tinjauan teori penulis mendapatkan data sesuai dengan literatur yang ada . Pada tinjauan teori riwayat kesehatan sekarang ditemukan Pada pasien infak miocard akut mengeluh nyeri pada bagian dada yang dirasakan lebih dari 15 menit, nyeri dapat menyebar sampai lengan kiri, rahang dan bahu yang disertai rasa mual, muntah, badan lemah dan pusing (Muttaqim, 2011). Sedangkan pada tinjauan kasus ditemukan juga pada klien, Nyeri dada sebelah kiri menjalar sampai punggung belakang. Alasannya karena pada saat itu klien datang kerumah sakit dalam keadaan nyeri , hasil EKG menunjukkan ST elevasi dan T inversi.

Riwayat kesehatan dahulu pada tinjauan teori mengkaji, sebelumnya klien pernah menderita nyeri dada, darah tinggi, DM, dan hiperlipidemia. Mengkaji obat-obat yang biasa diminum oleh pasien pada masa lalu yang masih relevan. Obat-obat ini meliputi antiangina nitrat dan penghambat beta serta obat-obat antihipertensi. Catat adanya efek samping yang terjadi di masa lalu. Kaji juga mengenai alergi obat dan catat reaksiapa yang timbul. Sering kali pasien tidak bisa membedakan anatara reaksi dengan efek samping obat (Muttaqim, 2011). Sedangkan pada tinjauan

kasus ditemukan bahwa pasien pernah mengalami nyeri dada yang serupa dua tahun yang lalu, tidak menderita Hipertensi, Kencing Manis dan Hiperlipidemia. Alasannya dalam struktur keluarga tidak terdapat riwayat penyakit-penyakit yang ada dalam tinjauan teori dan Pasien jarang memeriksakan kondisi kesehatannya.

Pada pemeriksaan fisik tinjauan teori ditemukan pasien terlihat sesak, frekwensi napas melebihi normal, dan keluhan napas seperti tertusuk dan diremas. Biasanya juga terdapat dispnea kardia. Sesak napas ini terjadi akibat pengerahan tenaga dan disebabkan oleh kenaikan tekanan akhir diastolic dari ventikel kiri yang meningkatkan tekanan vena pulmonalis. Hal ini terjadi karena terdapat kegagalan peningkatan curah darah ventrikel kiri pada waktu melakukan kegiatan fisik. Dispnea kardia dapat timbul pada waktu beristirahat bila keadaannya sudah parah (Muttaqim, 2011). Sedangkan pada tinjauan kasus ditemukan pasien sesak dengan RR 27x/menit dan mengalami penurunan curah jantung.

Alasannya Klien sudah mendapatkan perawatan sehingga tidak sampai menimbulkan komplikasi lebih lanjut. Pemeriksaan penunjang pada tinjauan teori dilakukan pemeriksaan penunjang sebagai berikut : 1. Pemeriksaan Elektrokardiogram (EKG), EKG memberi informasi mengenai elektrofisiologi jantung, 2. Pemeriksaan Laboratorium, sangat membantu dalam mendiagnosis infark miokard akut. Peningkatan enzim otot jantung yang terjadi karena kematianlogi bias bergu (nekrosis) otot jantung, 3. Pemeriksaan Radiologi, berguna bila ditemukan adanya patologis

4. Pemeriksaan Ekokardiografi, Pada IMA tampak S elevasi T inversi. 5. Pemeriksaan Radioisotope, ini dapat membantu bila diagnosis IMA masih meragukan (Muttaqim, 2011).

Hasil pemeriksaan ini akan diambil dan terikat pada daerah-daerah nekrotik dan tidak pada daerah normal. Pada tinjauan kasus dilakukan pemeriksaan ECG, GDA, BUN, Kreatinin dan ureum , SGOT, SGPT, Natrium , Kalium , Klorida ,Urid acid , Cholesterol, trigliserida, HDL, LDL, dan urine lengkap .Alasannya karena pada saat itu data yang sangat menunjang untuk dilakukan pemeriksaan adalah ECG, GDA, SGOT dan SGPT . Pada tinjauan kasus penulis menyajikan analisa data dalam bentuk narasi dari tiap-tiap masalah yang meliputi data subyektif dan obyektif yang didasarkan pada respon klien secara langsung yang penulis kumpulkan melalui wawancara, observasi maupun pemeriksaan dari sumber-sumber yang ada. Dimana ditinjauan pustaka tidak dijelaskan karena pada tinjauan kasus ada klien, sedangkan pada tinjauan pustaka tidak ada klien sehingga tidak bisa dikelompokan dalam bentuk data subyektif dan obyektif seperti pada tinjauan kasus.

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan kesenjangan dakesenjangan dan persamaan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus. Penulisan diagnosa keperawatan dalam teori tidak didasarkan pada prioritas masalah, tetapi hanya ditulis yang dapat timbul. Sedangkan pada tinjauan kasus diagnosa keperawatan bedasarkan prioritas masalah. Dalam tinjauan teori dan tinjauan kasus ada

kesamaan dalam hasil diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien infark miocard akut adalah :

1. Nyeri Akut yang berhubungan dengan ketidak seimbangan suplai darah dan oksigen dengan kebutuhan miokardium sekunder dari penurunan suplai darah ke miokardium ditandai dengan keadaan umum lemah , skala nyeri 4-6 pasien sering terlihat mengantuk ,tekanan darah 90/60 mmHg , Nadi 71x/menit , CRT < 3 detik , perfusi ; basah, dingin dan pucat, wajah merintih kesakitan, tangan kanan memegang dada sebelah kiri.

2. Pola napas tidak efektif yang berhubungan dengan kekurangan suplai oksigen akibat nekrosis pada miokardium. ditandai dengan Jalan nafas bebas , RR 26x/menit pasien terpasang O2 Masker 10 lpm , SPO2 99-100 % , Posisi semi flower ,Tidak ada pernafasan tambahan ,tidak ada pernafasan cuping hidung.

3. Gangguan perfusi jaringan perifer yang berhubungan dengan menurunnya curah jantung ditandai dengan ditandai dengan keadaan umum lemah , klien sering terlihat mengantuk ,Tekanan darah 90/60 mmHg , Nadi 71x/menit , CRT > 3 detik , perfusi ; basah, dingin dan pucat.

Sedangkan diagnosa keperawatan yang muncul pada teori dan tidak pada tinjauan kasus adalah :

1. Menurunnya curah jantung yang berhubungan dengan perubahan frekuensi atau irama konduksi elektrik.

2. Intoleransi aktivitas yang berhubungan dengan penurunan perfusi perifer sekunder dari ketidak seimbangan antara suplai oksigen miokardium dengan kebutuhan.

3. Cemas yang berhubungan dengan rasa takut akan kematian, ancaman, atau perubahan kesehatan.

4. Koping individu tidak efektif yang berhubungan dengan prognosis penyakit, gambaran diri yang salah, serta perubahan peran.

5. Resiko ketidakpatuhan terhadap aturan terapeutik yang berhubungan dengan tidak mau menerima perubahan pola hidup yang sesuai

Diagnosa keperawatan pada tinjauan teori yang muncul dan tidak di dapatkan pada tinjauan kasus, yang pertama mengenai penurunan curah jantung karena pasien cepat dibawa ke rumah sakit sehingga pasien mendapatkan perawatan intensive dari dokter maupun perawat sehingga penurunan curah jantung tidak terjadi. Pada diagnosa keperawatan intoleransi aktifitas tidak ada kasus disebabkan selama pengkajian pasien terlihat tidak ada kesulitan dalam bergerak ditempat tidur. Koping individu baik dalam mengatasi masalah yang ada dan selama perawatan di ruangan pasien menunjukkan kepatuhannya dalam menjalankan terapeutik yang diberikan oleh dokter maupun perawat.

4.2.3 Perencanaan

Dalam perencanaan masalah yang ada pada tinjauan kasus disusun berdasarkan urutan prioritas masalah yang ada sedangkan pada tinjauan pustaka tidak dibuat sesuai dengan prioritas masalah. Tujuan pada tinjauan

kasus dicantumkan jangka waktunya sebagai pedoman dalam melakukan evaluasi sedangkan pada tinjauan pustaka tidak ditentukan jangka waktunya. Hal ini disebabkan pada tinjauan kasus mengamati perbedaan karena pada tinjauan kasus menyesuaikan dengan keadaan klien yang ada di tempat keperawatan.

Rencana tindakan keperawatan pada tinjauan kasus dilakukan sesuai dengan rencana keperawatan pada tinjauan teori.

- (1) Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas.
- (2) Observasi tanda vital dan reaksi nonverbal yang menunjukkan ketidaknyamanan .
- (3) Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri.
- (4) Ajarkan tentang teknik non farmakologi : nafas dalam, relaksasi, distraksi, kompres hangat/dingin.
- (5) Anjurkan untuk meningkatkan istirahat.
- (6) Berikan oksigen tambahan dengan kanula nasal atau masker sesuai indikasi.
- (7) Kolaborasi : Berikan analgesik untuk mengurangi nyeri.

4.2.4 Pelaksanaan

Pada tinjauan kasus dilakukan pelaksanaan sesuai dengan yang dirumuskan pada perencanaan sedangkan pada tinjauan pustaka tidak dilakukan pelaksanaan karena tidak sesuai dengan kondisi kliennya seperti pada diagnosa keperawatan prioritas pertama Nyeri yang

berhubungan dengan ketidak seimbangan suplai darah dan oksigen dengan kebutuhan miokardium sekunder dari penurunan suplai darah ke miokardium dilakukan dengan Mengkaji nyeri, Mengajarkan tehnik distraksi dan relaksasi, ECG, dan pemberian obat sesuai indikasi dokter.

Diagnosa keperawatan Kedua Pola napas tidak efektif yang berhubungan dengan kekurangan suplai oksigen akibat nekrosis pada miocardium dengan menganjurkan pada klien untuk Posisi semi fowler, Mengajarkan batuk efektif, Mengajarkan tehnik relaksasi, nafas dalam, pemberian obat sesuai indikasi dokter. Sedangkan pada diagnosa keperawatan ketiga Gangguan perfusi jaringan perifer yang berhubungan dengan menurunnya curah jantung dengan Memonitoring tanda-tanda vital, cek CRT, memberikan cairan Pz 500cc/24 jam. Tidak ada hambatan dalam melaksanakan tindakan keperawatan dan tidak ada perbedaan tindakan keperawatan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus.

4.2.5 Evaluasi

Evaluasi pada tinjauan kasus dilakukan dengan pengamatan dan menanyakan langsung pada klien maupun keluarga yang didokumentasikan dalam catatan perkembangan sedangkan pada tinjauan pustaka tidak menggunakan catatan perkembangan karena klien tidak ada sehingga tidak dilakukan evaluasi. Evaluasi untuk setiap diagnosa keperawatan pada tinjauan kasus yaitu gangguan rasa nyaman nyeri, pola nafas tidak efektif dan gangguan perfusi jaringan dapat tercapai sesuai dengan tujuan dan kriteria yang diharapkan.

Evaluasi terakhir Klien Pertama :

- 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 jantung S1 S2 tunggal, terdapat cardiomegali, memakai O₂ nasal 4 lpm. Tekanan darah didapatkan dengan hasil tekanan darah 165/100 mmHg, RR 28x/menit, HR 120 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)
- A : Nyeri Akut teratasi
- P : Rencana tindakan dihentikan.

Evaluasi terakhir Klien Kedua :

- 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 jantung S1 S2 tunggal, memakai O₂ nasal 4 lpm. Tekanan darah didapatkan dengan hasil tekanan darah 130/100 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 2 (0-10).

A : Nyeri Akut Teratasi

P : Rencana tindakan dihentikan.