

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Asuhan keperawatan pada Ny. S Dengan Infark Miocard Akut yang dilaksanakan pada tanggal 7- 9 Februari 2014 di ruang Intensive Care Unit (ICU) Rumah Sakit Siti Khadijah Sepanjang. Pasien masuk rumah sakit pada tanggal 06 Februari 2014.

3.1 Pengakajian Keperawatan (Tanggal 07 Februari 2014)

3.1.1 Pengumpulan Data

1. Identitas Klien

Ny.S. ,umur 52 tahun, suku Jawa ,bangsa Indonesia status menikah, agama Islam,Pendidikan terakhir SMA, Pekerjaan koki , alamat Jl.Pager Ngumbuk RT 02 RW 02 .

2.Keluhan Utama :

Nyeri dada sebelah kiri menjalar sampai bahu

3.Riwayat kesehatan / Penyakit Sekarang :

Klien mengatakan 2 hari yang lalu sebelum masuk Rumah Sakit mengatakan tidak enak badan , muntah 2 kali , dan nyeri dada sebelah kiri menjalar sampai bahu. Pada tanggal 06 Februari 2014 pukul 09.30 WIB klien datang di UGD dengan keluhan nyeri dada sebelah kiri, keadaan umum pasien lemah , Tekanan darah 90/60 mmHg ,dokter mengatakan klien masuk rumah sakit tanggal 06 Juli 2013 di ruang ICU RS Siti Khadijah Sepanjang pukul 10.30 WIB

4.Riwayat Penyakit dahulu :

Klien mengatakan tidak pernah mempunyai riwayat hipertensi dan kencing manis , klien mengatakan 2 tahun yang lalu pernah merasakan mual merasakan nyeri dada tetapi tidak pernah diperiksakan ke dokter maupun pelayanan kesehatan. Klien mengatakan tidak pernah mengkonsumsi obat-obatan tertentu seperti suplemen atau antibiotik.

5.Riwayat Penyakit Keluarga :

Keluarga klien megatakan bahwa keluarga tidak pernah menderita penyakit kencing manis dan darah tinggi .

6. Pengakjian Persistem B1-B6 (Tanggal 07 Februari 2014)

B1: Breathing

Subyektif : Klien mengeluh sesak

Obyektif : RR 26x/menit , Klien terpasang O2 Masker 10 lpm , SPO2 99-100 % , Posisi semi flower ,Tidak ada suara nafas tambahan ,tidak ada pernafasan cuping hidung, Suara paru sonor, Wheezing (-), Ronkhi (-).

B2 :Blood

Subyektif : Klien mengatakan mengalami nyeri dada sebelah kiri

Obyektif : Skala nyeri 4-6 Klien sering terlihat mengantuk ,Tekanan darah 90/60 mmHg , Nadi 71x/menit , CRT > 3 detik , perfusi ; Basah, dingin dan pucat, terdengar BJ 1 dan 2 tunggal, dan BJ 3 dan 4 tidak terdengar, ictus cordis teraba, wajah merintih kesakitan, tangan kanan memegang dada sebelah kiri.

B3 : Brain

Subyektif : Klien mengatakan tidak ada keluhan

Obyektif : GCS 456 , Keadaan compos mentis ,Suhu 34,6 C , wajah meringis,

tidak ada kejang, tidak ada kaku kuduk, pupil isokor, tidak ada benjolan pada kepala.

B4: Bladder

Subyektif :Klien mengatakan tidak ada keluhan

Obyektif :Klien buang air kecil dengan menggunakan kateter ,tidak ada nyeri ketika BAK , Warna urine jernih sekali , endapan tidak ada , produksi urine 282 cc dengan total cairan masuk 690 cc cairan keluar 282 cc (Oliguria).

B5 : Bowel

Subyektif :Klien mengatakan mual dan tidak nafsu makan

Obyektif :Nafsu makan menurun , Mual , makan 3x/hari, makan peroral, 1 porsi diet hanya habis ½ porsi , diet B2 2100 kal , peristaltik usus 12x/menit , bau mulut amonia , tidak ada peradangan mukosa mulut, tidak ada lesi pada abdomen, tidak ada nyeri abdomen, suara timpani.

B6 : Bone

Subyektif : Klien mengatakan seluruh badannya letih

Obyektif :Kelemahan fisik , wajah klien menyeringai , terasa linu diseluruh badan , skala nyeri 4-6 ,nyeri hilang timbul , Tidak ada kram otot , Tidak ada gatal pada kulit , Tidak ada keterbatasan gerak sendi, tidak ada sianosis.

Penunjang Medik

Tanggal 06 Februari 2014

1.	Laboratorium	Hasil	Nilai Normal
	GDA (Enzimatik (Q-GDH) :	450	<200
	Creatinin (JAFPE METHODE):	1,3	0.5-1,0

Ureum (UV)	:	14.000	10-38
BUN	:	24	7-18
SGOT (IFCC MOD)	:	600	5-31
SGPT (IFCC MOD)	:	155	5-31
Natrium serum (ISE)	:	129	135-155
Kalium serum (ISE)	:	4,5	3,3-4,9
Klorida serum (ISE)	:	89	96-133

Tanggal 07 Februari 2014

1.	Laboratorium	Hasil	Nilai Normal
	Gula Darah 2 JPP	: 318	< 125
	Uric Acid	: 5,7	2,6 - 6,4
	Cholesterol	: 137	< 200
	Trigliserida	: 112	50-70
	HDL Direct	: 57	50-70
	LDL Direct	: 67	< 130
	Gula Darah Puasa	: 45	75 - 115

08 Februari 2014

1.	Laboratorium	Hasil	Nilai Normal
	Urine Lengkap	Hasil	Nilai Normal
	Urine Lengkap	: NEG	NEG
	Bilirubin	: NEG	NEG

Keton	:	NEG	NEG
BJ	:	1.030	1,003 - 10,30
Blood	:	+3	NEG
PH	:	5.0	NEG
Protein	:	TRACE	NEG
Urobilinogen	:	3.2	<16
Nitrit	:	NEG	NEG
Lekosit	:	+ 2	
Sedimen :			
Eritrosit	:	9-10	0 – 1/PLP
Lekosit	:	9-10	0 – 2/PLP
Ephitel	:	9-10	0-2/PLP
Kristal	:	AMORPH+	NEG
Silinder	:	GRANULAR+	NEG
Bakteri/Jamur	:	NEG	NEG
Lain-lain	:	NEG	NEG

Penatalaksanaan/Terapi

Pada Tanggal 07 Februari 2014

Terapi Injeksi :cedocard 2 μ 8mg 2x1/iv

Humulin 3x8 μ

Ca Glukonas 1amp 3x1/iv

Morphin 1gr

Anixtra 2.5 mg/ 0.5 ml 1x/hari

Dopamin 10 ml

Topazol 1x1

Terapi Oral : Valisanbe 5 mg

Trizedon 35 mg 1 tab

Maintate 2,5 mg

Hp Pro 1 Cap

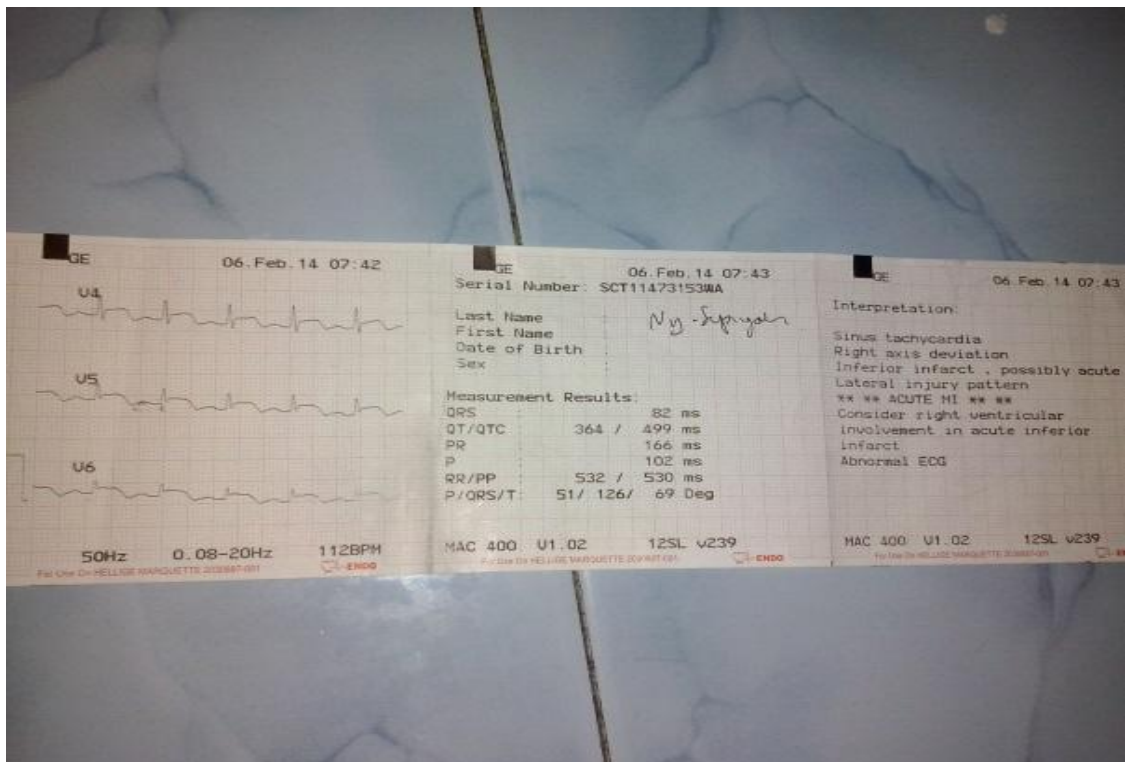
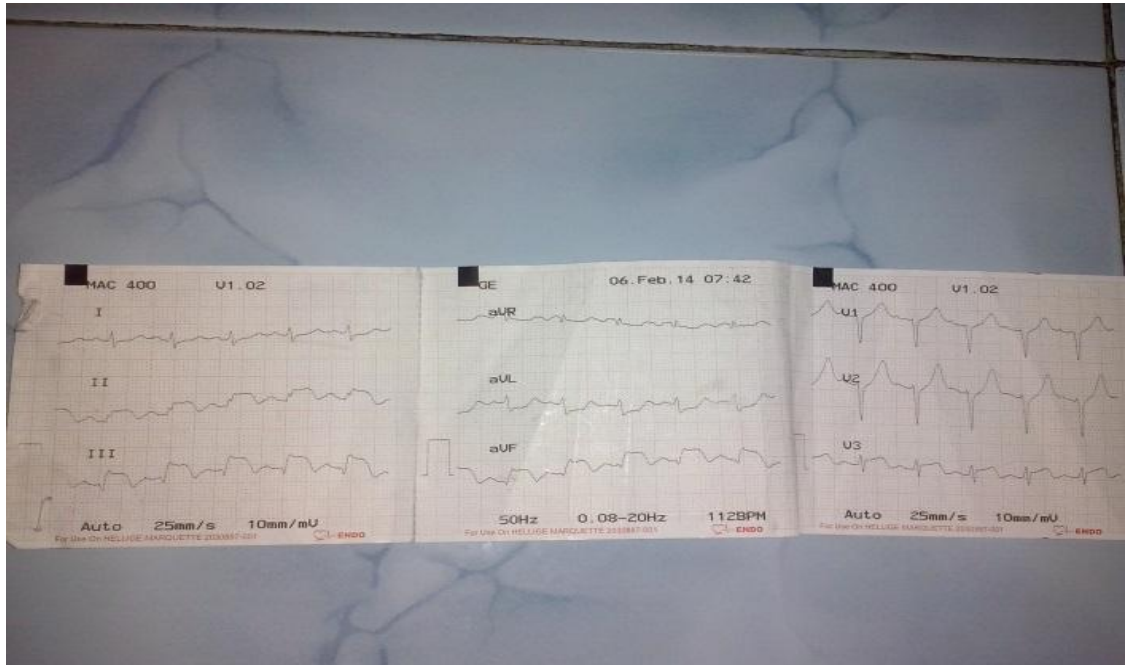
Plavos 75 mg

Diet :Diet B2 2100 kkal

Cairan minum 500/ 24jam

Tanggal 06 Februari 2014

Hasil EKG : ST Elevasi dan T Inversi



3.1.2 Analisa Data

Dari data yang telah dikumpulkan dapat dilakukan pengelompokan data sebagai berikut :

1. Kelompok data pertama (tanggal 07 Februari 2014)

1.) Data Subyektif

Klien mengatakan nyeri dada sebelah kiri menjalar sampai bahu

2.) Data Obyektif

Keadaan Umum Lemah , skala nyeri 4-6 Klien 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.

3.) Masalah

Gangguan Rasa Nyaman Nyeri

4.) Kemungkinan penyebab

Ketidakseimbangan kadar oksigen ke miocardium

2. Kelompok data kedua (tanggal 07 Februari 2014)

1.) Data Subyektif

Pasien Mengeluh Sesak

2.) Data Obyektif

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.) Masalah

Pola nafas tidak efektif

4.) Kemungkinan penyebab

suplai oksigen akibat nekrosis pada miocardium

3. Kelompok data ketiga (tanggal 07 Februari 2014)

1.) Data Subyektif

Klien mengatakan mengalami keletihan

2.) Data Obyektif

Keadaan Umum Lemah , Klien sering terlihat mengantuk ,Tekanan darah 90/60 mmHg , Nadi 71x/menit , CRT > 3 detik , perfusi ; Basah, dingin dan pucat.

3.) Masalah

Gangguan perfusi jaringan perifer.

4.) Kemungkinan penyebab

menurunnya curah jantung.

3.2 Diagnosa Keperawatan

Untuk menentukan diagnosa keperawatan maka penulis mengacu pada urutan sebagai berikut yaitu mengancam jiwa ,menggangu fungsi organ, menggangu kesehatan , dengan tetap mendahulukan kejadian yang lebih awal terjadi sehingga urutan diagnosa keperawatan sesuai prioritas sebagai berikut :

1. Nyeri yang berhubungan dengan ketidak seimbangan kadar oksigen ke miokardium ditandai dengan Keadaan Umum Lemah , skala nyeri 4-6 Klien 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 miocardium ditandai dengan Jalan nafas bebas , RR 26x/menit , Klien 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 berhubungan dengan menurunnya curah jantung 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.

3.3 Perencanaan Keperawatan

Setelah diagnosa keperawatan disusun sesuai prioritas masalah maka penulis menyusun perencanaan yang dilaksanakan tanggal 07 Februari 2014.

1. Nyeri 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 Klien 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.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan dalam waktu 3 x 24 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.

Intervensi

a. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas.

Rasional : variasi penampilan dan perilaku klien karena nyeri yang terjadi dianggap sebagai temuan nyeri.

b. Ajarkan tentang teknik non farmakologi : nafas dalam, relaksasi, distraksi, kompres hangat.

Rasional : Membantu dalam mengurangi nyeri

c. Tingkatkan istirahat

Rasional : menurunkan kebutuhan oksigen miokard sehat sehingga meningkatkan suplai darah dan oksigen ke miokardium yang membutuhkan oksigen untuk mengurangi iskemik.

d. Berikan oksigen tambahan dengan kanula nasal atau masker sesuai indikasi.

Rasional : meningkatkan oksigen yang ada untuk pemaknaan miokardium sekaligus mengurangi ketidaknyamanan sekunder terhadap iskemik.g. Kolaborasi :

e. Kolaborasi : Berikan analgesik untuk mengurangi nyeri (morphin)

Rasional : Pengurang rasa nyeri hebat.

2. Pola napas tidak efektif yang berhubungan dengan kekurangan suplai oksigen akibat nekrosis pada miocardium ditandai dengan Jalan nafas bebas , RR 26x/menit , Klien

terpasang O2 Masker 10 lpm , SPO2 99-100 % , Posisi semi flower ,Tidak ada pernafasan tambahan ,tidak ada pernafasan cuping hidung.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan menunjukkan keefektifan pola nafas.

Kriteria Hasil :

1. Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah).
2. Menunjukkan jalan nafas yang paten, pola nafas dalam rentang normal, tidak ada suara abnormal.
3. Tanda-tanda vital dalam rentang normal (tekanan darah, suhu, nadi, dan RR)

Intervensi :

a. Posisikan semi fowler

Rasional : Untuk memaksimalkan ventilasi

b. catat suara nafas, catat adanya suara abnormal (1-4 jam).

Rasional : adanya suara nafas tambahan, menunjukkan terjadinya komplikasi pada paru

c. Atur intake cairan untuk memoptimalkan keseimbangan

Rasional : Keseimbangan cairan dapat memaksimalkan kerja jantung.

d. monitoring respirasi dan O2

Rasional : perubahan respirasi dan O2 menggambarkan tingkat aktivitas jantung.

e. Monitoring vital sign

Rasional : Perubahan tanda vital menggambarkan tingkat aktivitas jantung.

f. Informasikan pada pasien tentang tehnik relaksasi dengan nafas dalam.

Rasional : untuk memperbaiki pola nafas

g. Ajarkan bagaimana batuk efektif.

Rasional : Mengatur pola nafas.

h. Berikan oksigen menggunakan kanula nasal atau masker sesuai indikasi.

3. Gangguan perfusi jaringan perifer yang berhubungan dengan menurunnya curah jantung 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.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 mempertahankan curah jantung adekuat guna meningkatkan perfusi jaringan perifer.

Kriteria Hasil :

1. Tekanan darah dalam batas normal (TD : 110-90 mmHg, RR : 16-24x/menit, Nadi : 60-100x/menit, Suhu : 36,5-37,5°C)
2. Warna kulit normal
3. Suhu kulit hangat
4. tidak ada edema perifer

Intervensi :

a. Monitor tanda dan gejala gangguan perfusi jaringan (kulit dingin, pucat, lembab, berkeringat, sianosis, nadi lemah, edema perifer).

Rasional : mengetahui kondisi ekstremitas khususnya dalam keadaan baik dan kemungkinan tidak terjadi sianosis.

b. Monitoring tanda-tanda vital (TD, Nadi, RR, dan suhu) 1-4 jam

Rasional : perubahan tanda vital menggambarkan tingkat aktivitas jantung.

c. Catat adanya fluktuasi tekanan darah.

Rasional : hipotensi dapat terjadi karena disfungsi ventrikel, hipertensi juga sering menyertai berhubungan dengan nyeri cemas yang berakibat terjadinya pengeluaran katekolamin.

d. Observasi tanda dan gejala penurunan curah jantung (pusing, sakit kepala, pucat, diaforesis, pingsan, akral dingin) selama timbulnya disritmia dan catat reaksi klien.

Rasional : mengetahui lebih dini tentang tanda-tanda dari turunnya curah jantung untuk penanganan lebih lanjut.

e. Rekam pola EKG secara periodik selama periode serangan dan catat adanya disritmia atau perluasan iskemia atau infark miokard.

Rasional : pemeriksaan EKG secara periodik berguna untuk menentukan

3.4 Pelaksanaan Keperawatan

Setelah rencana keperawatan disusun ,selanjutnya penulis melaksanakan tindakan yang telah dituliskan pada perencanaan.

1. Nyeri 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 Klien 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.

Tanggal 07 Februari 2014

1. Jam 08.30. Mengkaji nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, frekuensi, karakteristik, durasi, dan skala.

Respon : Pasien mengeluh nyeri dada sebelah kiri, skala nyeri 4-6.

2. Jam 10.0. Memberikan terapi oral.

-Valisanbe 5mg

-Trizedon 1tab

- Maintate 2.5mg

-Hp Pro

3. Jam 12.00. Mengajarkan tehnik non farmakologi : Nafas dalam, relaksasi, distraksi, kompres air hangat.

Respon : Pasien kooperatif.

4. Jam 13.00. Kolaborasi : Memberikan analgesik untuk mengurangi nyeri (morphin).

Respon : Pasien Kooperatif

Tanggal 08 Februari 2014

1. Jam 14.00. Mengkaji nyeri

Respon : pasien mengeluh nyeri skala nyeri 4-6.

2. Jam 15.00 Mengajarkan tehnik non farmakologi : Kompres air hangat, massage, distraksi, dan relaksasi.

3. Jam 18.00. Menganjurkan istirahat

Tanggal 09 Februari 2014

1. Jam 14.00. Mengakaji nyeri

Respon : Pasien mengeluh nyeri berkurang, skala nyeri 1-3.

2. Jam 15.00. Menganjurkan pasien untuk istirahat.

Respon : Pasien kooperatif.

3. Jam 19.00. Kolaborasi : Menmberikan analgesi dengan Injeksi anixtra

Respon : Pasien kooperatif.

4. Jam 19.30. Memberikan terapi oral :

- Trizedon

- Hp Pro

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

1. Jam 08.00. Memonitor vital sign.

Respon : TD 90/70, Nadi 67, suhu 34,5 dan RR 26.

2. Jam 09.00. Memposisikan semi fowler.

Respon : pasien kooperatif.

3. Jam 10.00 Memonitor O2

Respon : SPO2 100 %

4. 11.00. Mengajarkan batuk efektif.

Respon : pasien kooperatif. Jam

5. Jam 13.00. Memberikan obat oral.

- Plavos 1 tab

- Hp Pro 1 cap

Tanggal 08 Februari 2014

1. Jam 14.00 Memonitoring vital sign.

Respon : TD 132/78 mmHg, Nadi 80 x/menit, RR 22x/menit.

2. Mengajarkan tehnik relaksasi, nafas dalam.

Respon : pasien kooperatif. Jam 15.00

3. Mengganti cairan Pz ke RL 20 tpm.

Respon : infus lancar. Jam 18.00

4. Memberikan cairan aquades ke dalam hemudifair.

Respon : Pasien kooperatif. Jam 22.30

Tanggal 09 Februari 2014

1. Jam 14.00. Monitoring vital sign

Respon : 122/63 mmHg, Nadi 92 x/menit, suhu 36,2'C RR 21.

2. Jam 15.00. Melepas oksigen kanula nasal

Respon : pasien mampu bernafas mandiri.

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.

Pada Tanggal 07 Februari 2014

1. Jam 08.30. Mengecek CTR

Respon : CTR > 3

2. Jam 09.00 Memonitoring tanda-tanda vital

Respon : TD 90/70, Nadi 67, suhu 34,5 dan RR 26.

3. Jam 10.00 Mencatat warna dan kelembaban kulit.

Respon : dingin basah dan pucat

4. Jam 11.00. Melakukan ECG

Respon : ST Elevasi, T inversi.

Tanggal 08 Februari 2014

1. Jam 14.00. Memonitoring tanda-tanda vital

Respon : TD 132/78 mmHg, Nadi 80 x/menit, RR 22x/menit.

2. Jam 16.00. Memberikan cairan Pz 500cc/jam

Respon : Pasien kooperatif.

3. Jam 16.30. Mengecek CTR

Respon : CTR > 3 detik

4. Jam 18.00. Memonitoring tanda-tanda vital dan 02

Respon : TD 102 mmHg, Nadi 76 x/menit, suhu 36,1°C dan RR 21.

Tanggal 09 Februari 2014

1. Jam 14.00. Memonitoring tanda-tanda vital

Respon : 110/70 mmHg, Nadi 92 x/menit, suhu 36,9°C dan RR 23.

2. Jam 15.00. Mengecek CTR

Respon : CTR < 3 detik.

3. Jam 16.00. Mengecek perfusi

Respon : hangat kering merah.

4. Jam 18.00. Memonitoring vital signs.

Respon : TD 122/63 mmHg, Nadi 98 x/menit, suhu 36,2 °C dan RR 21 x/menit.

3.5 Evaluasi Keperawatan

3.5.1 Catatan Perkembangan

Penulis menguraikan evaluasi dalam bentuk catatan perkembangan yang dimulai tanggal 06 Februari 2014

1. Nyeri 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 Klien 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.

Tanggal 07 Februari 2014

Subjektif : Klien mengatakan nyeri dada sebelah kiri

Objektif : skala nyeri 4-6, pasien terlihat memegang dada sebelah kiri, merintih kesakitan.

Assessment : Masalah belum teratasi

Planning : intervensi dilanjutkan

Tanggal 08 Februari 2014

Subjektif : Klien mengatakan nyeri dada sebelah kiri

Objektif : skala nyeri 4-6, pasien terlihat memegang dada sebelah kiri, merintih kesakitan

Assessment : Masalah belum teratasi

Planning : intervensi dilanjutkan

Tanggal 09 Februari 2014

Subjektif : Pasien mengatakan nyeri berukrang

Objektif : Skala nyeri 1-3, merintih kesakitan.

Assessment :Maslah teratasi sebagian.

Planning : Intervensi dilanjutkan

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

Tanggal 07 Februari 2014

Subjektif : Klien mengatakan sesak

Objektif : RR 26 x/menit, SPO2 100 % , terpasang O2 masker 10 lpm, posisi semi fowler.

Assessment : Masalah belum teratasi

Planning : Intervensi dilanjutkan

Tanggal 08 Februari 2014

Subjektif : Klien mengatakan sesak berkurang.

Objektif : RR 22 x/menit, SPO2 100 % , terpasang kanula nasal 3 lpm, posisi semi fowler.

Assessment : Masalah belum teratasi

Planning : Intervensi dilanjutkan 1-4

Tanggal 09 Februari 2014

Subjektif : Pasien mengatakan sudah tidak sesak

Objektif : RR 21 x/menit, SPO2 96%, O2 kanula nasal dilepas, posisi semi fowler.

Assessment :Masalah teratasi

Planning :Intervensi dihentikan

3. Gangguan perfusi jaringan perifer yang berhubungan dengan menurunnya curah jantung ditandai dengan ditandai dengan Keadaan Umum Lemah , Klien terlihat mengantuk ,Tekanan darah 90/60 mmHg , Nadi 71x/menit , CRT > 3 detik , perfusi ; Basah, dingin dan pucat.

Tanggal 07 Februari 2014

Subjektif : Klien mengatakan mengalami keletihan

Objektif : Keadaan Umum Lemah , Klien terlihat mengantuk , Tekanan darah 90/60 mmHg , Nadi 71 x/menit , CRT > 3 detik, perfusi basah dingin pucat,

Assessment : Masalah belum teratasi

Planning : Intervensi dilanjutkan

Tanggal 08 Februari 2014

Subjektif : Klien mengatakan masih terasa letih di seluruh badan

Objektif : Keadaan Umum Lemah , Klien selalu terlihat mengantuk , Tekanan darah 102/61 mmHg , Nadi 76x/menit , CRT > 3 detik, perfusi basah dingin dan pucat

Assessment : Masalah belum teratasi

Planning : Intervensi dilanjutkan

Tanggal 09 Februari 2014

Subjektif : Klien mengatakan letih berkurang

Objektif :Keadaan umum lemah , TD 110/70 mmHg, Nadi 92x/Menit , CRT < 3 detik , perfusi hangat kering merah.

Assessment :Masalah teratasi

Planning :Intervensi dihentikan

4.5.2 Evaluasi

Evaluasi ini merupakan hasil akhir pada Ny. S dengan Infark Miocard Akut yang didapatkan sebagai berikut :

1. Nyeri berhubungan dengan ketidak seimbangan kadar oksigen ke miokardium ditandai dengan Keadaan Umum Lemah , skala nyeri 4-6, wajah merintih kesakitan, tangan kanan memegang dada sebelah kiri. Tujuan tercapai sebagian dengan kondisi cukup baik, skala nyeri 1-3
2. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan kekurangan suplai oksigen akibat nekrosis pada miocardium ditandai dengan Jalan nafas bebas , RR 26x/menit , Klien terpasang O2 Masker 10 lpm , SPO2 99-100 % , Posisi semi flower. Tujuan sudah tercapai dengan kondisi pasien RR 21x/menit, SPO2 96 % dan O2 dilepas.
3. Gangguan perfusi jaringan perifer 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. Tujuan sudah tercapai dengan kondisi pasien TD 110/70 mmHg, Nadi 92x/menit, CRT < 3 detik dan Perfusi hangat kering merah.

