

## **BAB 3**

### **TINJAUAN KASUS**

#### **3.1 Pengkajian Kegawat Daruratan**

Tempat/ tanggal pengkajian: Ruang ICU / Kamis, 2 Juli 2015 jam 08.00 WIB.

1. Biodata

a. Identitas pasien:

Nama pasien Tn. S, berusia 56 th, Jenis kelamin laki-laki, Suku/ bangsa Jawa / Indonesia, Agama Islam, Status menikah, Pendidikan/ pekerjaan SLTA/ Swasta, Bahasa yang digunakan Indonesia, Alamat Lamongan, tanggal MRS tanggal 2 Juli 2015.

2. Riwayat Penyakit

a. Keluhan utama:

Nyeri dada.

3. Riwayat kesehatan

a. Riwayat penyakit dahulu

Menurut istri pasien mengatakan menderita hipertensi ± 1 tahun dan diabetes mellitus 4 tahun. Pasien juga perokok dulunya, dan diet kurang seimbang. Pasien juga pernah dirawat di RSUD Dr. Soegiri karena hipertensi dan diabetes mellitus ± 9 bulan yang lalu.

b. Riwayat kesehatan sekarang

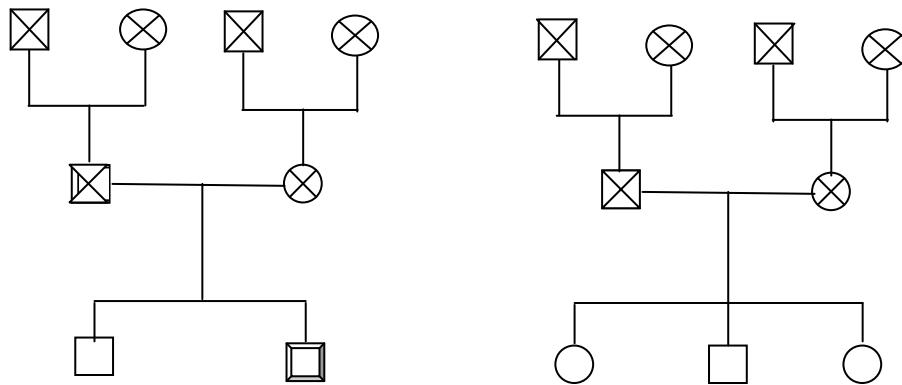
Menurut istri pasien, pasien mulai merasakan rasa sesak dan dadanya terasa berat sejak ± 2 hari yang lalu, dan keadaan itu semakin memburuk karena pasien mengatakan sesak yang dirasakan semakin

hebat sejak 1 hari sebelum MRS, lalu oleh keluarga dibawa ke RSUD Dr. Soegiri (UGD) pada malam hari sekitar pukul 23.00, lalu pasien disarankan untuk rawat inap di Ruang ICU terpasang monitor.

c. Riwayat kesehatan keluarga

Menurut keluarga pasien tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit keturunan atau penyakit menular seperti liver, jantung, kencing manis dan ginjal.

Genogram:



keterangan:

- : Laki-laki.
- : Perempuan
- ▣ : pasien
- ⊗ ⊗ : Meninggal
- (dashed) : Tinggal dalam satu rumah.

Reflew of syistem ( pengkajian persyistem )

B1 : sistem pernafasan

Subyektif : keluarga pasien mengatakan klien sesak nafas

Obyektif : pasien nampak sesak,  
nafas cuping hidung (+)

ronki (+) basal kan kiri atas, wheezing (+)

RR 32x/mnt

tipe pernafasan dispnea

perkusi sonor

terpasang O<sup>2</sup> masker rebrething 10 Lpm

Spo2 98%

posisi head up 30°

Problem : pola nafas tidak efektif

B2 : sistem kardiovaskular

Subyektif : pasien mengatakan nyeri dada sebelah kiri

Obyektif : bentuk dada normal chest

tidak ada benjolan

nadi teraba lemah dan cepat

perkusi redup area jantung

perkusi dingin

batas jantung tidak mengalami pergeseran

distensi vena junguralis

Terdengar murmur tidak jelas

TD : 100/70 mmHg,

N : 124x/mnt      RR : 32x/mnt, reguler

MAP = 80 mHg

Gambaran EKG nampak : hipertopi atrial atau ventikuler,  
left axis, takikardi.

Foto thorax posisi tidur > 50% dari CTR

Problem : penurunan curah jantung

B3 : sistem persyarafan

Subyektif : -

Obyektif : GCS : 456 (pasien tampak gelisah, tidak ada penurunan kesadaran, pasien menjawab bila ditanya, pasien mampu bergerak bebas)

pupil isokor 2/2

Problem : tidak ada masalah keperawatan

B4 : sistem perkemihan

Subyektif : pasien terpasang dower kateter

Obyektif : terpasang dower kateter ukuran 16 terfiksasi

produksi urine (+)

urine tampaung 30 cc/jam

warna kuning, bau khas urine.

Intake = infus 500cc/24 jam, minum 300cc/24 jam

Output = urine tampung 720cc/24 jam

IWL = 162cc/24 jam

Balance cairan = intake – output

= (500cc+300cc) – (720cc+162cc)

$$= 800\text{cc} - 882\text{cc}$$

$$= -82\text{cc}$$

Problem : tidak ada masalah keperawatan

B5 : sistem gastrointestinal

Subyektif : pasien mengatakan tidak nafsu makan sejak sebelum masuk rumah sakit dan belum BAB

Obyektif : tidak ada bekas luka jahitan

tidak nyeri tekan

tidak kembung

terdengar tympani

peristaltik usus 11x/mnt

pasien memakai pempers. Belum BAB  $\pm$  2 hari

tidak terdapat hemoroid

tidak ada hernia

pasien hanya makan 2 – 3 sendok.

Berat badan SMRS : 63 kg, MRS : 62 kg, IMT : 20,

Hemoglobin : 13,5 gr/dl, Kreatinin : 1,25 mg/dl, k/u

cukup, diet rendah garam rendah lemak

Problem : resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan

B6 : sistem muskuloskeletal

Subyektif : pasien mengatakan masih bisa digerakkan semua anggota tubuhnya.

Obyektif :akral dingin, tonus otot

Dextra	Sinistra
4	4
4	4

Turgor kulit baik, S: 37°C, akral dingin.

Problem : tidak ada masalah keperawatan

**Penunjang Medik :**

Tanggal 2-7-2015

1. Laboratorium

**Kimia klinik :**

SGOT : 61 u/l ( normal L < 37 u/l )

SGPT : 50 u/l ( normal L < 42 u/l )

BUN : 22 mg/dl ( normal 4,7 – 23,3 mg/dl )

Kreatinin : 1,25 mg/dl ( normal 0,6 – 1,0 mg/dl )

GDA : 156 mg/dl ( normal 70 – 200 mg/dl )

**Elektrolit :**

Natrium : 134,5 m Eg/l ( normal 136 – 144 m Eg/l )

Kalium : 4,7 Eg/l ( normal 4 – 5 m Eg/l )

Klorida : 105,4 m Mol/l ( normal 98 – 107 m Mol/l )

**Hematologi :**

Hemoglobin : 13,5 gr/dl ( normal 12-16 gr/dl )

Lekosit : 10.100 ( normal 4300-10800 )

Pcv : 40,2 % ( normal 37-45 % )

Trombosit : 150.000 ( normal 140000-340000/ml )

## 2. Foto thorax

Hasil : nampak pembesaran jantung (kardiomegali) 58 %

## 3. EKG

Hasil : sinus tachikardi

**Penatalaksanaan / terapi**

Tanggal 2-7-2015

Infus : asering 500 / 24 jam

Injeksi : Cefotaxim 3x1 gr

Antrain 3x500 mg

Lasix 2x20 mg

Ranitidin 2x50 mg

Per oral : Cravox 1x750 mg

Captopril 2,5xgr 2x½

Digoxin 1x1

Spirolactons 2x2,5 mg

**3.2 Analisa Data**

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

Tanggal	Data	Masalah	Kemungkinan penyebab
2-7-2015	DS : pasien mengatakan nyeri dada sebelah kiri DO : : bentuk dada	Penurunan curah jantung	Infark miokardium ↓ Fungsi ventrikel

<p>normal chest, tidak terpasang CVP, nadi teraba lemah dan cepat, distensi vena juguralis, perkusi redup area jantung, batas jantung tidak mengalami pergeseran. Terdengar murmur tidak jelas</p> <p>TD : 100/70 mmHg, MAP : 80 mHg</p> <p>N : 124x/mnt, irreguler</p> <p>RR : 32x/mnt.</p> <p>Gambaran EKG nampak : hipertropi atrial atau ventikuler, left axis, takikardi</p> <p>Foto thorax : nampak pembesaran jantung(kardiomegali) 25- 30 %</p> <p>Balance cairan : defisit</p>		<p>kiri menurun</p> <p>↓</p> <p>Gangguan kontraktilitas miokard jantung</p> <p>↓</p> <p>Penurunan curah jantung</p>
---	--	---



	(-82cc)		
2-7-2015	<p>DS : pasien mengatakan sesak nafas</p> <p>DO : : pasien nampak sesak, terasa berat, retraksi intercosta (+), nafas cuping hidung (+), RR 32x/mnt, tipe pernafasan dispnea, perfusi dingin, ronki (+) basal kanan kiri atas, wheezing (+), perkusi sonor, terpasang O<sup>2</sup> masker rebrething 10 Lpm, spo2 98%, posisi head up 30°</p>	<p>Pola nafas tidak efektif</p>	<p>Denyut jantung meningkat</p> <p>↓</p> <p>Kontraksi jantung meningkat</p> <p>↓</p> <p>Pembesaran ventrikel</p> <p>Pengembangan paru tidak optimal</p> <p>↓</p> <p>Pola nafas tidak efektif</p>
2-7-2015	<p>DS : pasien mengatakan tidak nafsu makan</p> <p>DO : pasien hanya makan 2 – 3 sendok</p>	<p>Resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan</p>	<p>Penurunan O<sup>2</sup></p> <p>↓</p> <p>Peristaltik menurun</p> <p>↓</p>

	<p>saja, tidak kembung, terdengar tympani, peristaltik usus 11x/mnt. SMRS : 63 kg MRS : 62 kg, IMT : 20,3, BB ideal 65 kg pemeriksaan lab : Hemoglobin : 13,5 gr/dl Kreatinin : 1,25 mg/dl k/u : cukup diet rendah garam rendah lemak</p>		<p>Nafsu makan menurun ↓ Gangguan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan</p>
--	---	--	---

### 3.3 Diagnosa Keperawatan

1. Penurunan curah jantung b/d perubahan kontraktilitas miokard jantung
2. Pola nafas tidak efektif b/d pengembangan paru tidak optimal
3. Resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan b/d nafsu makan menurun

### 3.4 Rencana tindakan keperawatan

1. Diagnosa keperawatan 1

Tanggal 2-7-2015

Penurunan curah jantung b/d perubahan kontraktilitas miokard jantung

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam curah jantung dapat kembali normal

1) Kriteria hasil

(1) TTV dalam batas normal

Tekanan darah ( sistole : 100 – 140 mmhg ) ( diastole 90 – 60 mmhg )

Nadi 60 - 100x/menit irama reguler

Tidak ada distensi vena jugularis

Suara jantung S1 S2 tunggal

Suhu : 36,5 °C – 37,5 °C

RR : 16 – 24 x/menit

(2) Tidak ada penurunan kesadaran

(3) Perfusi hangat kering merah

2) Intervensi

(1) Observasi tanda tanda vital ( tensi darah, nadi, suhu, perfusi ) tiap 1 jam sekali

Rasional : hipotensi dapat terjadi akibat disfungsi ventrikel, menurunnya kekuatan nadi salah satu tanda penurunan curah jantung.

(2) Monitor auskultasi bunyi jantung tiap 4 jam

Rasional : mengetahui adanya perubahan bunyi jantung, bunyi jantung yang abnormal merupakan tanda adanya gangguan atau kegagalan jantung.

(3) Pantau frekuensi jantung dan irama jantung tiap 1 jam

Rasioanal : perubahan frekuensi dan irama jantung dapat menunjukkan adanya komplikasi disritmia.

(4) Monitor balance cairan tiap 6 jam

Rasional : asupan dan pengeluaran seimbang menunjukkan hemodinamika yang stabil.

(5) Evaluasi adanya nyeri dada ( intensitas, lokasi, durasi, kualitas, waktu )

Rasional : mengetahui tingkat nyeri dada yang dirasakan klien.

(6) Memotivasi untuk membatasi cairan yang masuk

Rasional : kebanyakan cairan yang masuk menyebabkan pembesaran odema pada perifer

(7) Kolaborasi

Pemberian oksigen tambahan 10 Lpm

Rasional : O<sup>2</sup> tambahan dapat memenuhi kebutuhan oksigen tubuh.

## 2. Diagnosa keperawatan 2

Tanggal 2-7-2015

Pola nafas tidak efektif b/d pengembangan paru tidak optimal

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam pola nafas kembali efektif

### 1) Kriteria hasil

(1) Pola nafas efektif, RR dalam batas normal 20-24x/menit

(2) Tidak terlihat otot bantu nafas

(3) Tidak ada cuping hidung

(4) Tidak sianosis

(5) Ronki (-) wheezing (-)

2) Intervensi

(1) Pertahankan jalan nafas : posisi head up 30°

Rasional : posisi head up membebaskan jalan nafas dan merupakan posisi yang netral

(2) Auskultasi suara nafas, catat adanya suara nafas tambahan tiap 4 jam

Rasioanal : suara nafas tambahan menandakan adanya sumbatan jalan nafas

(3) Monitor respirasi dan status O<sup>2</sup> tiap 1 jam

Rasional : Spo<sub>2</sub> yang adekuat menandakan jaringan perifer tersuplai oleh oksigen

(4) Monitor adanya sianosis tiap 4 jam

Rasional : sianosis tanda dari ketidakefektifan suplai oksigen ke perifer

(5) Atur intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan

Rasional : kebanyakan cairan yang masuk pada tubuh beresiko jalan nafas yang tidak optimal.

(6) Kolaborasi

Pemberian O<sup>2</sup> tambahan 10 Lpm

Rasional : O<sup>2</sup> tambahan dapat memenuhi kebutuhan oksigen tubuh

### 3. Diagnosa keperawatan 3

Tanggal 2-7-2015

Resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan b/d nafsu makan menurun

Tujuan : keseimbangan nutrisi terpenuhi

#### 1) Kriteria hasil

Klien dapat menghabiskan 1 porsi makan yang disediakan rumah sakit

Tidak ada tanda tanda malnutrisi

Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti

#### 2) Intervensi

##### (1) Kaji adanya alergi makanan

Rasional : alergi makanan dapat mempengaruhi nafsu makan klien

##### (2) Anjurkan klien untuk meningkatkan intake dengan cara makan sedikit tapi sering

Rasional : tetap menjaga intake akan mengurangi resiko malnutrisi yang berlebih

##### (3) Monitor intake output yang seimbang

Rasional : mempertahankan nutrisi dalam tubuh dapat terpenuhi

##### (4) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan diet

Rasional : gizi yang tepat dapat memenuhi nutrisi dalam tubuh

### **3.5 Pelaksanaan Keperawatan**

Catatan keperawatan merupakan realita dari perencanaan yang telah disusun berdasarkan prioritas.

### Pelaksanaan tanggal 2-7-2015

#### 1. Diagnosa keperawatan 1

Penurunan curah jantung b/d perubahan kontraktilitas miokard  
jantung

##### 1) Membina hubungan saling percaya kepada klien ( jam 7.30 )

Memperkenalkan nama dan memperkenalkan profesi

Evaluasi : pasien kooperatif

##### 2) Monitor balance cairan (jam 8.10)

Evaluasi :

Input : infus 500 cc/24 jam + minum 300 cc/24 jam

Output : urine tampung 720 cc/24 jam

IWL = 162cc/24 jam

Balance cairan = input – output

$$= (500\text{cc} + 300\text{cc}) - (720\text{cc} + 162\text{cc})$$

$$= 800\text{cc} - 882\text{cc}$$

$$= -82\text{cc}$$

##### 3) Memantau auskultasi bunyi jantung ( jam 8.15 )

Evaluasi : didapati murmur tidak jelas

##### 4) Memberikan injeksi ( jam 8.30 )

Cefotaxim 3x1 gr

Digoxin 1x1

Evaluasi : pasien kooperatif

##### 5) Memantau tanda tanda vital ( jam 9.00 )

Evaluasi : : TD : 100/70 mmHg MAP : 80 mHg, N : 110x/mnt,

RR : 30x/mnt, S : 37 °C, Spo2 : 98 %.

## 2. Diagnosa keperawatan 2

Pola nafas tidak efektif b/d pengembangan paru tidak optimal

- 1) Memberikan posisi head up 30° ( jam 8.00 )

Evaluasi : pasien nampak lebih nyaman dengan posisi head up

- 2) Melakukan auskultasi suara nafas, catat adanya suara nafas tambahan ( jam 8.15 )

Evaluasi : terdengar suara nafas tambahan

Ronki (+) basal kanan kiri atas, wheezing (+)

- 3) Monitor respirasi dan status O<sup>2</sup> ( jam 9.00 )

Evaluasi : RR : 30x/menit, dispnea, Spo2 : 98%

- 4) Monitor adanya sianosis ( jam 9.00 )

Evaluasi : sianosis ( - ) perfusi : dingin berkeringat

- 5) Memberikan O<sup>2</sup> tambahan 10 Lpm dengan masker rebreathing

Evaluasi : pasien masih tampak gelisah

## 3. Diagnosa keperawatan 3

Resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan b/d nafsu makan menurun

- 1) Mengkaji adanya alergi makanan pada klien ( jam 8.00 )

Evaluasi : pasien tidak ada alergi makanan

- 2) Monitoring berat badan klien ( 8.15 )

Evaluasi : pasien mengalami penurunan berat badan SMRS :

63 kg MRS : 62 kg, IMT :20,3



3) Memotivasi pasien untuk makan sedikit tapi sering ( jam 8.15 )

Evaluasi : pasien kooperatif dan mau melaksanakan anjuran yang diberikan perawat

### **Pelaksanaan tanggal 3-7-2015**

1. Diagnosa keperawatan 1

Penurunan curah jantung b/d perubahan kontraktilitas miokard jantung

1) Menyapa klien mengucapkan salam dan nama ( jam 7.30 )

Evaluasi : klien kooperatif GCS 4/5 tampak masih gelisah

2) Monitoring balance cairan (jam 8.10)

Evaluasi :

Input : infus 500 cc/24 jam + minum 300 cc/24 jam

Output : urine tampung 720 cc/24 jam

IWL = 162cc/24 jam

Balance cairan = input – output

$$= (500\text{cc} + 300\text{cc}) - (720\text{cc} + 162\text{cc})$$

$$= 800\text{cc} - 882\text{cc}$$

$$= -82\text{cc}$$

3) Memantau auskultasi bunyi jantung ( jam 8.15 )

Evaluasi : didapati murmur tidak jelas

4) Memberikan injeksi ( jam 8.30 )

Cefotaxim 3x1 gr

Digoxin 1x1

Evaluasi : pasien operatif

5) Memantau tanda tanda vital ( jam 9.00 )

Evaluasi : : TD : 100/70 mmHg MAP : 80 mHg, N : 111x/mnt  
reguler, RR : 31x/mnt, S : 37 °C, Spo2 : 98 %.

2. Diagnosa keperawatan 2

Pola nafas tidak efektif b/d pengembangan paru tidak optimal

1) Memberikan posisi head up 30° ( jam 8.00 )

Evaluasi : pasien nampak lebih nyaman dengan posisi head up

2) Melakukan auskultasi suara nafas, catat adanya suara nafas  
tambahan ( jam 8.15 )

Evaluasi : terdengar suara nafas tambahan

Ronki (+) basal kan kiri atas, wheezing (-)

3) Monitor respirasi dan status O<sup>2</sup> ( jam 9.00 )

Evaluasi : RR : 31x/menit Spo2 : 98%

4) Monitor adanya sianosis ( jam 9.00 )

Evaluasi : sianosis ( - ) perfusi : dingin berkeringat

5) Memberikan O<sup>2</sup> tambahan 10 Lpm dengan masker rebreathing

Evaluasi : pasien masih tampak gelisah

3. Diagnosa keperawatan 3

Resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan b/d nafsu  
makan menurun

1) Mengkaji adanya alergi makanan pada pasien ( jam 8.00 )

Evaluasi : pasien tidak ada alergi makanan

2) Monitoring berat badan klien ( 8.15 )

Evaluasi : pasien mengalami penurunan berat badan SMRS :

63 kg MRS : 62 kg IMT : 20,3

3) Memotivasi pasien untuk makan sedikit tapi sering ( jam 8.15 )

Evaluasi : pasien kooperatif dan mau melaksanakan anjuran yang diberikan perawat

### **Pelaksanaan tanggal 4-7-2015**

1. Diagnosa keperawatan 1

Penurunan curah jantung b/d perubahan kontraktilitas miokard jantung

1) Menyapa pasien mengucapkan salam dan nama ( jam 7.30 )

Evaluasi : pasien kooperatif GCS 456 tampak masih gelisah

2) Monitoring balance cairan (jam 8.10)

Evaluasi

Input : infus 500 cc/24 jam + minum 300 cc/24 jam

Output : urine tampung 720 cc/24 jam

IWL = 162cc/24 jam

Balance cairan = input – output

$$= (500\text{cc} + 300\text{cc}) - (720\text{cc} + 162\text{cc})$$

$$= 800\text{cc} - 882\text{cc}$$

$$= -82\text{cc}$$

3) Memantau auskultasi bunyi jantung ( jam 8.15 )

Evaluasi : didapati murmur tidak jelas

4) Memberikan injeksi ( jam 8.30 )

Cefotaxim 3x1 gr

Digoxin 1x1

Evaluasi : pasien kooperatif

5) Memantau tanda tanda vital ( jam 9.00 )

Evaluasi : TD : 110/70 mmHg MAP : 84 mHg,

N : 115x/mnt,reguler RR : 28x/mnt,

S : 37 °C, Spo2 : 98 %.

2. Diagnosa keperawatan 2

Pola nafas tidak efektif b/d pengembangan paru tidak optimal

1) Memberikan posisi head up 30° ( jam 8.00 )

Evaluasi : pasien nampak lebih nyaman dengan posisi head  
up

2) Melakukan auskultasi suara nafas, catat adanya suara nafas  
tambahan ( jam 8.15 )

Evaluasi : terdengar suara nafas tambahan

Ronki (+) basal kanan kiri atas, wheezing (-)

3) Monitor respirasi dan status O<sup>2</sup> ( jam 9.00 )

Evaluasi : RR : 28x/menit Spo2 : 98%

4) Monitor adanya sianosis ( jam 9.00 )

Evaluasi : sianosis (-) perfusi : dingin berkeringat

5) Memberikan O<sup>2</sup> tambahan 10 Lpm dengan masker  
rebreathing

Evaluasi : pasien masih tampak gelisah

### 3. Diagnosa keperawatan 3

Resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan b/d nafsu makan menurun

1) Mengkaji adanya alergi makanan pada pasien ( jam 8.00 )

Evaluasi : pasien tidak ada alergi makanan

2) Monitoring berat badan pasien ( 8.15 )

Evaluasi : pasien mengalami penurunan berat badan SMRS

: 63 kg MRS : 62 kg IMT : 20,3

3) Memotivasi klien untuk makan sedikit tapi sering (jam 8.15)

Evaluasi : pasien kooperatif dan mau melaksanakan anjuran yang diberikan perawat

### 3.6 Evaluasi Keperawatan

#### Evaluasi tanggal 2-7-2015

#### 1. Diagnosa keperawatan 1

Penurunan curah jantung b/d perubahan kontraktilitas miokard jantung

Evaluasi jam 13.00 WIB

S : pasien mengatakan nyeri dada sebelah kiri

O : pasien tampak gelisah dengan GCS 456

TD : 100/70 mmhg MAP : 80mHg N : 124x/menit,reguler

S : 37 °C RR : 32x/menit Spo2 : 98%

Didapati bunyi jantung murmur tidak jelas

Pada pemeriksaan EKG terdapat : hipertopi atrial atau ventikuler,  
left axis, takikardi

Input : infus 500cc/24 jam + 300cc/24 jam

Output : urine tampung 720cc/24 jam

IWL = 162cc/24 jam

Balance cairan = input – output

$$= (500\text{cc} + 300\text{cc}) - (720\text{cc} + 162\text{cc})$$

$$= 800\text{cc} - 882\text{cc}$$

$$= -82\text{cc}$$

A : Masalah belum teratasi

P : Rencana tindakan 1 – 5 dilanjut

## 2. Diagnosa keperawatan 2

Pola nafas tidak efektif b/d pengembangan paru tidak optimal

Evaluasi jam 13.00 WIB

S : pasien mengatakan sesak nafas

O : pasien tampak sesak, perfusi dingin, ada suara nafas tambahan,  
ada pernafasan cuping hidung

Terpasang O<sup>2</sup> masker rebreathing 10 Lpm

TD : 100/70 mmhg, MAP : 80mHg N : 124x/menit,reguler

S : 37 °C RR : 32x/menit Spo2 : 98%

A : Masalah belum teratasi

P : Rencana keperawatan 1 – 4 dilanjutkan

### 3. Diagnosa keperawatan 3

Resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan b/d nafsu makan menurun

Evaluasi jam 13.00 WIB

S : pasien mengatakan tidak nafsu makan

O : pasien hanya makan 2 – 3 sedok saja dari porsi yang disediakan rumah sakit

A : berat badan SMRS : 63 kg MRS : 62 kg, IMT : 20,3

B : hemoglobin : 13,5 gr/dl, kreatinin : 1,25 mg/dl

C : k/u cukup TD : 100/70 mmhg MAP : 80 mHg

N : 124x/menit, reguler S : 37 °C RR : 32x/menit

Spo2 : 98%

D : diet Rendah garam rendah lemak

A : masalah belum teratasi

P : rencana keperawatan 1- 4 dilanjutkan

### **Evaluasi tanggal 3-7-2015**

#### 1. Diagnosa keperawatan 1

Penurunan curah jantung b/d perubahan kontraktilitas miokard jantung

Evaluasi jam 13.00 WIB

S : pasien mengatakan masih nyeri dada sebelah kiri

O : pasien masih tampak gelisah dengan GCS 4/5/6

TD : 110/70 mmhg, MAP : 84 mHg N : 120x/menit, reguler

S : 37 °C

RR : 29x/menit

Spo2 : 98%

Didapati bunyi jantung murmur tidak jelas

Pada pemeriksaan EKG terdapat : hipertropi atrial atau ventrikuler,  
left axis, takikardi

Input : infus 500cc/24 jam + 300cc/24 jam

Output : urine tampung 720cc/24 jam

IWL = 162cc/24 jam

Balance cairan = input – output

$$= (500\text{cc} + 300\text{cc}) - (720\text{cc} + 162\text{cc})$$

$$= 800\text{cc} - 882\text{cc}$$

$$= -82\text{cc}$$

A : Masalah belum teratasi

P : Rencana tindakan 1 – 5 dilanjut

## 2. Diagnosa keperawatan 2

Pola nafas tidak efektif b/d pengembangan paru tidak optimal

Evaluasi jam 13.00 WIB

S : pasien mengatakan sesak nafas

O : pasien tampak sesak, perfusi dingin, ada suara nafas tambahan,  
ada pernafasan cuping hidung

Terpasang O<sup>2</sup> masker rebreathing 10 Lpm

TD : 110/70 mmhg, MAP : 84 mHg N : 120x/menit, reguler

S : 37 °C

RR : 29x/menit

Spo2 : 98%

A : Masalah belum teratasi

P : Rencana keperawatan 1 – 4 dilanjutkan



### 3. Diagnosa keperawatan 3

Resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan b/d nafsu makan menurun

Evaluasi jam 13.00 WIB

S : pasien mengatakan sudah lumayan mau makan

O : pasien hanya makan 5 -6 sedok saja dari makanan yang disediakan rumah sakit

A : berat badan SMRS : 63 kg MRS : 62 kg, IMT : 20,3

B : hemoglobin : 13,5 gr/dl, kreatinin : 1,25 mg/dl

C : k/u cukup TD : 110/70 mmhg, MAP : 84 mHg

N : 120x/menit,reguler

S : 37 °C RR : 29x/menit Spo2 : 98%

D : diet Rendah garam rendah lemak

A : Masalah teratasi sebagian

P : Rencana keperawatan 1 – 4 dilanjutkan

### **Evaluasi tanggal 4-7-2015**

#### 1. Diagnosa keperawatan 1

Penurunan curah jantung b/d perubahan kontraktilitas miokard jantung

Evaluasi jam 13.00 WIB

S : pasien mengatakan masih agak nyeri dada sebelah kiri

O : pasien masih tampak agak gelisah GCS 456

TD : 100/70 mmhg, MAP : 80 mHg N : 120x/menit,reguler

S : 37 °C RR : 28x/menit Spo2 : 98%

Didapati bunyi jantung murmur tidak jelas

Pada pemeriksaan EKG terdapat : hipertopi atrial atau ventikuler,  
left axis, takikardi

Input : infus 500cc/24 jam + 300cc/24 jam

Output : urine tampung 720cc/24 jam

IWL = 162cc/24 jam

Balance cairan = input – output

$$= (500\text{cc} + 300\text{cc}) - (720\text{cc} + 162\text{cc})$$

$$= 800\text{cc} - 882\text{cc}$$

$$= -82\text{cc}$$

A : Masalah teratasi sebagian

P : Rencana keperawatan 1 – 4 dilanjutkan

## 2. Diagnosa keperawatan 2

Pola nafas tidak efektif b/d pengembangan paru tidak optimal

Evaluasi jam 13.00 WIB

S : pasien mengatakan sesak nafas agak berkurang

O : pasien tampak nafas agak lega, perfusi dingin, ada suara nafas tambahan,

Terpasang O<sup>2</sup> masker rebreathing 10 Lpm

TD : 100/70 mmhg, MAP : 80 mHg N : 120x/menit,reguler

S : 37 °C

RR : 28x/menit

Spo2 : 98%

A : Masalah teratasi sebagian

P : Rencana keperawatan 1 – 4 dilanjutkan

### 3. Diagnosa keperawatan 3

Resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan b/d nafsu makan menurun

Evaluasi jam 13.00 WIB

S : pasien mengatakan nafsu makan agak meningkat

O : pasien makan  $\frac{3}{4}$  makanan yang disediakan rumah sakit

A : berat badan SMRS : 63 kg MRS : 62 kg, IMT : 20,3

B : hemoglobin : 13,5 gr/dl, kreatinin : 1,25 mg/dl

C : k/u cukup      TD : 100/70 mmhg, MAP : 80 mHg

N : 120x/menit, reguler

S : 37 °C      RR : 30x/menit      Spo2 : 98%

A : Masalah teratasi sebagian

P : Rencana keperawatan 1 – 4 dilanjutkan