

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Asuhan keperawatan dengan gagal jantung yang dilaksanakan pada tanggal 25-27 April 2014 di ruang ICU Rumah Sakit Siti Khodijah Sepanjang.

3.1 Pengkajian Keperawatan (Tanggal 25 April 2014 pukul 10.00 WIB)

3.1.1 Pengumpulan Data

1) Identitas Pasien

Tn. C, berumur 58 tahun, jenis kelamin laki-laki, suku bangsa Jawa, pekerjaan swasta, pendidikan terakhir SMA, alamat Jalan Kebon Anom RT. 01 RW. 06, tanggal MRS 25 April 2014 Jam 06.30, nomer rekam medis 34.47.XX, diagnosa medis gagal jantung.

2) Keluhan Utama :

Pasien mengatakan sesak.

3) Riwayat Kesehatan/Penyakit Sekarang :

Pasien mengatakan pukul 06.30 dibawa oleh keluarganya ke UGD Rumah Sakit Siti Khodijah Sepanjang karena merasa sesak hebat ngos-ngosan seperti orang tenggelam dan nyeri dada sebelah kiri, nyeri hanya pada bagian dada kiri saja. Setelah 2 jam observasi di UGD pasien dipindahkan ke ruang ICU untuk mendapatkan perawatan intensif. Pasien juga tampak masih gelisah. Pasien mengatakan bahwa seminggu sebelumnya pasien merasa lemah, mudah lelah dan nafsu makannya menurunnya.

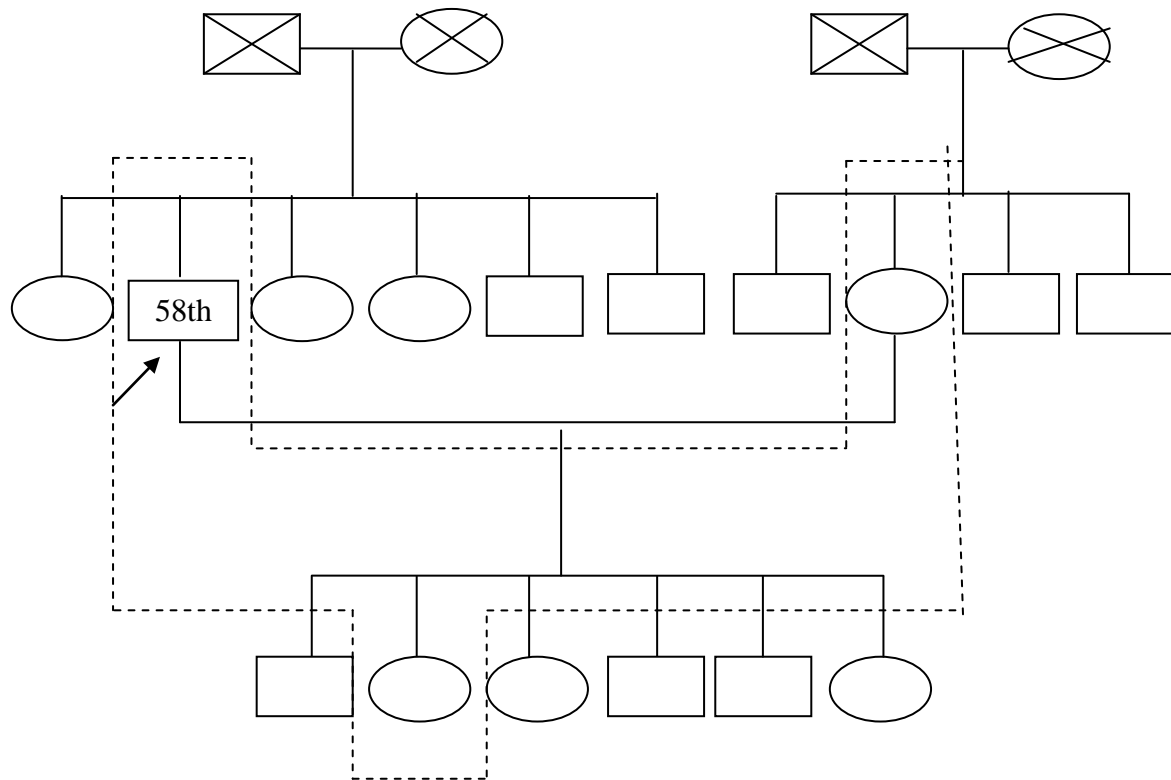
4) Riwayat Kesehatan/Penyakit Dahulu

Pasien mengatakan mempunyai riwayat hipertensi sudah lama tetapi pasien lupa sejak kapan, minum obat captopril sudah ± 5 tahun dan penyakit asma sejak kecil. Asma pasien kambuh saat udara dingin. Sebelumnya pasien tidak pernah merasakan nyeri dada. Pasien tidak mempunyai alergi terhadap obat.

5) Riwayat Kesehatan/Penyakit Keluarga

Pasien mengatakan ayah dan ibunya mempunyai riwayat hipertensi dan ibunya meninggal akibat komplikasi dari penyakit jantung.

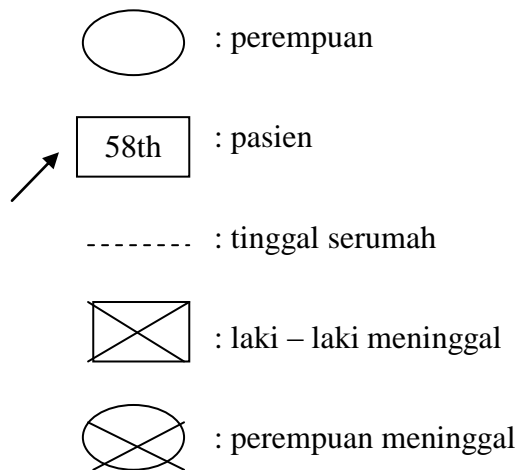
6) Genogram



Gambar 3.1 Genogram silsilah keluarga pasien

Keterangan :

□ : laki-laki



7) *Row of System (Pengkajian Per Sistem)*

(1) B1 – *Breathing*

Subjektif : pasien mengatakan sesak seperti orang tenggelam

Objektif : Airway bebas, RR 27x/menit, SPO₂ 90%, rhonchi +/+, wheezing +/+, tidak tampak pernafasan cuping hidung, terdapat dispnea, pasien menggunakan O₂ face mask non rebreathing 10 Lpm.

(2) B2 – *Blood*

Subjektif : pasien mengatakan nyeri pada dada kiri

Objektif : Perfusi BDP (Basah Dingin Pucat), keringat dingin, EKG irama sinus bradikardi, CRT > 2 detik, tekanan darah 140/50 mmHg, nadi 56x/menit, suhu 36⁰C, suara jantung S3 S4, terdengar murmur, edema non pitting ekstremitas bawah, distensi vena jugularis.

(3) B3 – *Brain*

Subjektif : (-)

Objektif : Kesadaran compos mentis, GCS 345 (pasien membuka mata saat ditanya nama , pasien lupa namanya , gerakan pasien ke arah rangsangan nyeri) ,pupil kanan/kiri: 2/2, reaksi kanan/kiri : +/+ .

(4) B4 – *Bladder*

Subjektif : pasien mengatakan lancer BAK dan tidak pernah merasa ingin kencing pada malam hari.

Objektif : Urine berwarna kuning kecoklatan, BAK dengan menggunakan kateter, genital hygiene cukup bersih, balance cairan dalam 24 jam pertanggal 25 april 2014 :

- | | | |
|-------------|--------------|----------|
| a. Input : | cairan | = 2000ml |
| | Diet + minum | = 500ml |
| b. Output : | urine | = 3000ml |
| | IWL | = 500ml |
| | BAB | = 300ml |

Deficit/excess = 900ml

(5) B5 – *Bowel*

Subjektif : pasien mengatakan BAB lancer, tidak diare dan konstipasi, tidak mual dan muntah, sudah seminggu ini nafsu makan menurun dan makan hanya dihabiskan 3-4 sendok saja.

Objektif : Bising usus 12 x/menit, diit BKRLRG, tidak ada nyeri tekan pada perut.

(6) B6 – *Bone*

Subjektif : pasien mengatakan tidak mengetahui jika kakinya bengkak

Objektif : Mobilisasi miring kanan/miring kiri, posisi semi fowler 30⁰, pasien bedrest, kulit dingin dan pucat, edema pada ekstremitas bawah, keringat dingin.

8) Pemeriksaan Penunjang

(1) Pemeriksaan Laboratorium

Hasil pemeriksaan tanggal 25 April 2014 :

	Hasil	Nilai normal
a. HGB	: 14,4 g/dl	: 13 - 18 g/dl
b. HCT	: 42,4%	: 40 - 50%
c. WBC	: 10,01 10^3 /ul	: 4 - 11 10^3 /ul
d. PLT	: 249 10^3 /ul	: 150 - 400 10^3 /ul
e. Creatinin	: 1,7 mg/dl	: 0,7 - 1,2 mg/dl
f. Ureum	: 59 mg/dl	: 10 - 38 mg/dl
g. BUN	: 28 mg/dl	: 7 - 18 mg/dl
h. SGOT	: 77 u/l	: 5 - 37 u/l
i. SGPT	: 54 u/l	: 5 - 41 u/l
j. GDA	: 202 mg/dl	: 70 - 200 mg/dl
k. Natrium serum	: 139 Meq/l	: 135 - 155 Meq/l
l. Kalium serum	: 4,9 Meq/l	: 3,3 - 4,9 Meq/l
m. Chlorida serum	: 104 Meq/l	: 96 - 113 Meq/l

Hasil pemeriksaan tanggal 26 april 2014 :

	Hasil	Nilai normal
a. Uric acid	: 11,9 mg/dl	: 3,2 - 7,1 mg/dl
b. Cholesterol	: 177 mg/dl	: <200 mg/dl
c. Trigliserida	: 120 mg/dl	: <200 mg/dl
d. HDL direct	: 44 mg/dl	: 40 - 60 mg/dl
e. LDL direct	: 109 mg/dl	: <130 mg/dl
f. HBAIC	: 5,9%	: <6,5%

(2) Pemeriksaan Radiologi

- a. Hasil pemeriksaan tanggal 25 April 2014 :
Foto thorax dengan kesimpulan kardiomegali.
- b. Hasil pemeriksaan tanggal 26 april 2014 :
CT scan kepala tanpa kontras dengan kesimpulan saat ini tak nampak kelainan.
- c. EKG : sinus rhythm with 1st degree AV block; possible left atrial enlargement;nonspecific intraventriculer block; T wave abnormality; consider inferolateral ischemia; abnormal ECG.

9) Terapi

Tanggal 25 April 2014 :

- a. Infus RL 3 kolf
- b. Cedocard 4x5 mg
- c. Bisoprolol 1x5 mg
- d. Tromboaspilet 3x1 tablet
- e. Pravos 1x4 tablet
- f. Lasix 3x2 ampul
- g. Cedocard SP 3 γ
- h. Blistra SP 5 γ
- i. Alinamin F 2x1 ampul
- j. Brain act 2x250 mg

Tanggal 26 April 2014

- a. Infus RL 1000cc/hari
- b. Lasix 3x1 ampul
- c. Alinamin F 2x1 ampul

- d. Brain act 2x250 mg
- e. Neurosanbe 2x1
- f. Cedocard SP 3Y
- g. Enercor 2x1

Tanggal 27 April 2014

- a. Infus RL 1000cc/hari
- b. Alinamin F 2x1 ampul
- c. Brain act 2x250 mg
- d. Neurosanbe 2x1 ampul
- e. Cedocard 3x5 mg
- f. Urica 0-0-1
- g. Enercore 2x1

3.1.2 Analisa Data

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

1) Kelompok data pertama (tanggal 25 April 2014)

(1) Data subjektif

Pasien mengatakan sesak seperti orang yang tenggelam

(2) Data objektif

Pasien nampak keletihan, hipoksia (RR 27x/menit), pasien nampak kebingungan, pasien mengatakan sesak seperti orang yang tenggelam, dispnea, sianosis, perfusi BDP (Basah, Dingin, Pucat), rhonci +/+, wheezing +/+, pasien menggunakan O₂ face mask non rebreathing 10 Lpm.

(3) Masalah

Kerusakan pertukaran gas

(4) Kemungkinan penyebab

Gangguan aliran darah ke alveoli atau kegagalan utama paru, perubahan membrane alveolar-kapiler (alveolar edema paru, sekresi berlebihan)

2) Kelompok data kedua (tanggal 25 April 2014)

(1) Data subjektif :

Pasien mengatakan sesak dan nyeri dada sebelah kiri

(2) Data Objektif :

Perubahan tekanan darah yang tidak stabil 140/50 mmHg (saat pengkajian), bradikardi (nadi : 56x/menit), palpitasi (perfusi BDP (Basah Dingin Pucat)), edema non pitting pada ekstremitas bawah kanan dan kiri, distensi vena jugular, dispnea, hasil foto thorax : cardiomegali, hasil EKG : sinus rhythm with 1st degree AV block; possible left atrial enlargement; nonspecific intraventricular block; T wave abnormality; consider inferolateral ischemia; abnormal ECG, RR 27x/menit , skala nyeri 4 (sedang) , ekspresi wajah tampak menyeringai .

(3) Masalah

Penurunan curah jantung

(4) Kemungkinan penyebab

Penurunan kontraktilitas miokard

3) Kelompok data ketiga (tanggal 25 April 2014)

(1) Data subjektif

Pasien mengatakan tidak mengetahui jika kakinya bengkak

(2) Data objektif

Distensi vena jugularis, dispnea, suara nafas abnormal (Rh +/+, wz +/+), bunyi jantung S3, S4 dan murmur, pasien nampak gelisah.

(3) Masalah

Kelebihan volume cairan

(4) Kemungkinan penyebab

Penurunan perfusi ginjal

3.2 Diagnosa Keperawatan

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

- 1) Kerusakan pertukaran gas berhubungan dengan gangguan aliran darah ke alveoli atau kegagalan utama paru ditandai dengan pasien nampak keletihan, hipoksia (RR 27x/menit), pasien nampak kebingungan, pasien mengatakan sesak seperti orang yang tenggelam, dispnea, sianosis, perfusi BDP (Basah, Dingin, Pucat), rhonci +/+, wheezing +/+, pasien menggunakan O₂ face mask non rebreathing 10 Lpm.
- 2) Penurunan curah jantung berhubungan dengan penurunan karakteristik miokard ditandai dengan pasien mengatakan sesak dan nyeri dada sebelah kiri, Perubahan tekanan darah yang tidak stabil 140/50 mmHg (saat pengkajian), bradikardi (nadi : 56x/menit), palpitasi (perfusi BDP (Basah Dingin Pucat)), edema non pitting pada ekstremitas bawah kanan dan kiri, distensi vena jugular, dispnea, hasil foto thorax : cardiomegali, hasil EKG : sinus rhythm with 1st degree AV block; possible left atrial enlargement; nonspecific intraventricular block; T wave abnormality; consider inferolateral ischemia; abnormal ECG.
- 3) Kelebihan volume cairan berhubungan dengan penurunan perfusi ginjal ditandai dengan distensi vena jugularis, dispnea, suara nafas abnormal (Rh +/+, wz +/+), bunyi jantung S3, S4 dan murmur, pasien nampak gelisah.

3.3 Perencanaan Keperawatan

Setelah diagnosa keperawatan disusun sesuai prioritas masalah maka penulis menyusun perencanaan yang dilaksanakan tanggal 25 April 2014.

- 1) Kerusakan pertukaran gas berhubungan dengan gangguan aliran darah ke alveoli atau kegagalan utama paru ditandai dengan pasien nampak keletihan, hipoksia (RR 27x/menit), pasien nampak kebingungan, pasien mengatakan sesak seperti orang yang tenggelam, dispnea, sianosis, perfusi BDP (Basah, Dingin, Pucat), rhonchi +/+, wheezing +/+, pasien menggunakan O₂ face mask non rebreathing 10 Lpm.

(1) NOC

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam ,pertukaran gas pasien adekuat

(2) Kriteria Hasil

- a. Mendemonstrasikan oksigenasi yang adekuat
- b. Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dispnea
- c. Tanda-tanda vital dalam rentang normal

(3) NIC

- a. Posisikan pasien semi fowler
- b. Lakukan fisioterapi dada
- c. Ajarkan batuk efektif
- d. Auskultasi suara nafas, catat adanya suara nafas tambahan
- e. Observasi TTV
- f. Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian obat dan O₂
- g. Memberikan HE tentang gaya pola hidup sehat

2) Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas miokardial ditandai dengan pasien mengatakan sesak dan nyeri dada sebelah kiri, Perubahan tekanan darah yang tidak stabil 140/50 mmHg (saat pengkajian), bradikardi (nadi : 56x/menit), palpitasi (perfusi BDP (Basah Dingin Pucat)), edema non pitting pada ekstremitas bawah kanan dan kiri, distensi vena jugular, dispnea, hasil foto thorax : cardiomegali, hasil EKG : sinus rhythm with 1st degree AV block; possible left atrial enlargement; nonspecific intraventricular block; T wave abnormality; consider inferolateral ischemia; abnormal ECG.

(1) NOC

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam , curah jantung adekuat.

(2) Kriteria Hasil

- a. Tanda vital dalam rentang normal (tekanan darah, nadi, respirasi)
- b. Dapat mentoleransi aktivitas, tidak ada kelelahan
- c. Tidak ada edema paru
- d. Tidak ada penurunan kesadaran

(3) NOC

- a. Evaluasi adanya nyeri dada
- b. Catat adanya distrimia jantung
- c. Catat adanya tanda dan gejala penurunan cardiac output
- d. Monitor status yang menandakan gagal jantung
- e. Monitor balance cairan
- f. Monitor respon pasien terhadap efek pengobatan anti aritmia
- g. Atur periode latihan dan istirahat untuk menghindari kelelahan
- h. Monitor TD,Nadi,Suhu, dan RR

- i. Berikan makanan porsi sedikit tapi sering dan mudah dikunyah, batasi asupan kafein
 - j. Kolaborasi pemberian heparin sesuai indikasi
- 3) Kelebihan volume cairan berhubungan dengan penurunan perfusi ginjal ditandai dengan distensi vena jugularis, dispnea, suara nafas abnormal (Rh +/+, wz +/+), bunyi jantung S3, S4 dan murmur, pasien nampak gelisah.

(1) NOC

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam ,Volume cairan kembali normal.

(2) Kriteria Hasil

- a. Terbebas dari edema
- b. Bunyi nafas bersih, tidak ada dispnea
- c. Terbebas dari distensi vena jugularis
- d. *Vital sign* dalam batas normal
- e. Terbebas dari kelelahan, kecemasan atau kebingungan

(3) NIC

- a. Pertahankan catatan intake dan output yang adekuat
- b. Monitor hasil retensi cairan (BUN, Ht)
- c. Monitor vital sign
- d. Kolaborasi pemberian diuretic sesuai instruksi
- e. Batasi masukan cairan

3.4 Pelaksanaan Keperawatan

Setelah rencana keperawatan disusun, selanjutnya penulis melaksanakan tindakan yang telah dituliskan pada perencanaan. Pelaksanaan dimulai tanggal 25 April 2014 jam 10.00 WIB.

Pelaksanaan Tanggal 25 April 2014

1. Diagnosa keperawatan 1

Kerusakan pertukaran gas berhubungan dengan gangguan aliran darah ke alveoli

1) Pukul 10.00 WIB

Melakukan observasi TTV

Respon : tekanan darah 180/80 mmHg, nadi 56 x/menit, RR 27 x/menit, suhu 36⁰ C

2) Pukul 10.15 WIB

Memberikan posisi semi fowler pada tempat tidur

Respon : pasien kooperatif dan merasa lebih nyaman karena sesak sedikit berkurang

3) Pukul 10.20 WIB

Mengajarkan pasien batuk efektif dan nafas dalam

Respon : pasien kooperatif

4) Pukul 11.00 WIB

Melakukan observasi TTV dan observasi perfusi

Respon : tekanan darah 140/80 mmHg, nadi 50 x/menit, RR 27 x/menit, SPO₂ 90%,
perfusi BDP (Basah Dingin Pucat)

5) Pukul 11.15 WIB

Melakukan pemeriksaan EKG pada pasien

Respon : pasien kooperatif dan hasil T inversi

6) Pukul 12.00 WIB

Melakukan observasi TTV

Respon : tekanan darah 140/80 mmHg, nadi 55 x/menit, RR 27 x/menit, SPO₂ 97%,
GCS 456

7) Pukul 12.15 WIB

Menyuapi pasien dengan makanan dari hasil konsultasi dengan ahli gizi yaitu
BKRLRG

Respon : pasien hanya menghabiskan 3 sendok makan saja

8) Pukul 12.25 WIB

Memberikan minum pada pasien dan menganjurkan pasien untuk membatasi minum

Respon : pasien kooperatif

9) Pukul 13.00 WIB

Melakukan observasi TTV

Respon : tekanan darah 140/80 mmHg, nadi 70 x/menit, RR 25 x/menit, SPO₂ 99%

10) Pukul 13.15 WIB

Merubah posisi pasien senyaman mungkin

Respon : pasien kooperatif

11) Pukul 14.00 WIB

Melakukan observasi TTV

Respon : tekanan darah 140/80 mmHg, nadi 68 x/menit, RR 25 x/menit, SPO₂ 98%

Pelaksanaan Tanggal 26 April 2014

1) Pukul 08.00 WIB

Menyuapi pasien

Respon : hanya menghabiskan ¼ porsi

2) Pukul 08.30 WIB

Menyeka pasien, mengganti linen dan observasi perfusi

Respon : pasien kooperatif, perfusi HKM (Hangat Kering Merah)

3) Pukul 09.00 WIB

Melakukan observasi TTV dan membuang urine

Respon : tekanan darah 140/50 mmHg, nadi 60 x/menit, RR 18 x/menit, urine 450cc

4) Pukul 09.15 WIB

Memberikan O₂ dengan nasal kanule 4 Lpm

Respon : pasien merasa nyaman

5) Pukul 09.25 WIB

Memberikan obat alinamin F 1 ampul dan enercor

Respon : pasien kooperatif

6) Pukul 10.00 WIB

Melakukan observasi TTV dan observasi suara nafas tambahan

Respon : tekanan darah 180/70 mmHg, nadi 62 x/menit, RR 19 x/menit, SPO₂ 100%,
rhonci +/+

7) Pukul 11.00 WIB

Melakukan observasi TTV dan membuang urine

Respon : tekanan darah 140/50 mmHg, nadi 65 x/menit, RR 18 x/menit, urine 350cc

8) Pukul 11.30 WIB

Menyuapi pasien dan memberikan minum

Respon : makan hanya dihabiskan 4 sendok saja

9) Pukul 12.00 WIB

Melakukan observasi TTV dan memberikan obat lasix 1 ampul

Respon : tekanan darah 190/60 mmHg, nadi 56 x/menit, RR 16 x/menit, SPO₂ 100%

10) Pukul 13.00 WIB

Melakukan observasi TTV dan merubah posisi pasien

Respon : tekanan darah 150/50 mmHg, nadi 56 x/menit, RR 18 x/menit dan pasien kooperatif

11) Pukul 14.00 WIB

Melakukan observasi TTV dan memberikan obat brain act 250mg

Respon : tekanan darah 150/55 mmHg, nadi 55 x/menit, RR 15 x/menit

Pelaksanaan tanggal 27

1) Pukul 09.00 WIB

Memberikan obat alinamin F 1 ampul, brainact 250mg dan observasi suara napas tambahan

Respon : pasien kooperatif, rhonci -/-

2) Pukul 11.00 WIB

Melakukan observasi TTV

Respon : tekanan darah 130/80 mmHg, nadi 80 x/menit, RR 20 x/menit

3) Pukul 12.00 WIB

Memberikan obat neurosanbe 1 ampul

Respon : pasien kooperatif

Pelaksanaan Tanggal 25 April 2014

2. Diagnosa keperawatan 2

Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraksi miokardiad

1) Pukul 10.00 WIB

Melakukan observasi TTV

Respon : tekanan darah 180/80 mmHg, nadi 56 x/menit, RR 27 x/menit, suhu 36⁰ C

2) Pukul 10.15 WIB

Melakukan observasi adanya nyeri dada

Respon : pasien mengatakan nyeri dada sebelah kiri dengan skala nyeri 4

3) Pukul 10.20 WIB

Melakukan observasi tanda dan gejala penurunan cardiac output

Respon : perfusi BDP (basah dingin pucat)

4) Pukul 11.00 WIB

Melakukan observasi TTV dan observasi perfusi

Respon : tekanan darah 140/80 mmHg, nadi 50 x/menit, RR 27 x/menit, SPO₂ 100%,
perfusi BDP (Basah Dingin Pucat)

5) Pukul 11.15 WIB

Melakukan pemeriksaan EKG pada pasien

Respon : pasien kooperatif dan hasil T inversi

6) Pukul 12.00 WIB

Melakukan observasi TTV

Respon : tekanan darah 140/80 mmHg, nadi 55 x/menit, RR 27 x/menit, SPO₂ 97%,
GCS 456

7) Pukul 12.15 WIB

Menyuapi pasien dengan makanan dari hasil konsultasi dengan ahli gizi yaitu
BKRLRG

Respon : pasien hanya menghabiskan 3 sendok makan saja

8) Pukul 12.25 WIB

Memberikan minum pada pasien dan menganjurkan pasien untuk membatasi minum

Respon : pasien kooperatif

9) Pukul 13.00 WIB

Melakukan observasi TTV

Respon : tekanan darah 140/80 mmHg, nadi 70 x/menit, RR 25 x/menit, SPO₂ 99%

10) Pukul 13.15 WIB

Merubah posisi pasien senyaman mungkin

Respon : pasien kooperatif

11) Pukul 14.00 WIB

Melakukan observasi TTV

Respon : tekanan darah 140/80 mmHg, nadi 68 x/menit, RR 25 x/menit, SPO₂ 98%

Pelaksanaan tanggal 26 april 2014

1) Pukul 08.00 WIB

Menyuapi pasien

Respon : hanya dihabiskan ¼ porsi

2) Pukul 08.30 WIB

Menyeka pasien, mengganti linen dan observasi perfusi

Respon : pasien kooperatif, perfusi HKM (Hangat Kering Merah)

3) Pukul 09.00 WIB

Melakukan observasi TTV dan membuang urine

Respon : tekanan darah 140/50 mmHg, nadi 60 x/menit, RR 18 x/menit, urine 450cc

4) Pukul 09.15 WIB

Memberikan O₂ dengan nasal kanule 4 Lpm

Respon : pasien merasa nyaman

5) Pukul 09.25 WIB

Memberikan obat alinamin F 1 ampul dan enercor

Respon : pasien kooperatif

6) Pukul 10.00 WIB

Melakukan observasi TTV dan observasi suara nafas tambahan

Respon : tekanan darah 180/70 mmHg, nadi 62 x/menit, RR 19 x/menit, SPO₂ 100%,

rhonci +/-

7) Pukul 11.00 WIB

Melakukan observasi TTV dan membuang urine

Respon : tekanan darah 140/50 mmHg, nadi 65 x/menit, RR 18 x/menit, urine 350cc

8) Pukul 11.30 WIB

Menyuapi pasien dan memberikan minum

Respon : makan hanya dihabiskan 4 sendok saja

9) Pukul 12.00 WIB

Melakukan observasi TTV dan memberikan obat lasix 1 ampul

Respon : tekanan darah 190/60 mmHg, nadi 56 x/menit, RR 16 x/menit, SPO₂ 100%

10) Pukul 13.00 WIB

Melakukan observasi TTV dan merubah posisi pasien

Respon : tekanan darah 150/50 mmHg, nadi 56 x/menit, RR 18 x/menit dan pasien kooperatif

11) Pukul 14.00 WIB

Melakukan observasi TTV dan memberikan obat brain act 250mg

Respon : tekanan darah 150/55 mmHg, nadi 55 x/menit, RR 15 x/menit

Pelaksanaan tanggal 27 april 2014

1) Pukul 09.00 WIB

Memberikan obat alinamin F 1 ampul, brainact 250mg dan observasi suara napas tambahan

Respon : pasien kooperatif, rhonci -/-

2) Pukul 11.00 WIB

Melakukan observasi TTV

Respon : tekanan darah 130/80 mmHg, nadi 80 x/menit, RR 20 x/menit

3) Pukul 12.00 WIB

Memberikan obat neurosanbe 1 ampul

Respon : pasien kooperatif

Pelaksanaan tanggal 25 April 2014

3. Diagnosa keperawatan 3

Kelebihan volume cairan berhubungan dengan penurunan perfusi ginjal

1) Pukul 10.00 WIB

Melakukan observasi TTV

Respon : tekanan darah 180/80 mmHg, nadi 56 x/menit, RR 27 x/menit, suhu 36⁰ C

2) Pukul 10.15 WIB

Memberikan posisi semi fowler pada tempat tidur

Respon : pasien kooperatif dan merasa lebih nyaman karena sesak sedikit berkurang

3) Pukul 11.00 WIB

Melakukan observasi TTV dan observasi perfusi

Respon : tekanan darah 140/80 mmHg, nadi 50 x/menit, RR 27 x/menit, SPO₂ 100%,
perfusi BDP (Basah Dingin Pucat)

4) Pukul 11.15 WIB

Melakukan pemeriksaan EKG pada pasien

Respon : pasien kooperatif dan hasil T inversi

5) Pukul 12.00 WIB

Melakukan observasi TTV

Respon : tekanan darah 140/80 mmHg, nasi 55 x/menit, RR 27 x/menit, SPO₂ 97%,
GCS 456

6) Pukul 12.15 WIB

Menyuapi pasien dengan makanan dari hasil konsultasi dengan ahli gizi yaitu
BKRLRG

Respon : pasien hanya menghabiskan 3 sendok makan saja

7) Pukul 12.25 WIB

Memberikan minum pada pasien dan menganjurkan pasien untuk membatasi minum

Respon : pasien kooperatif

8) Pukul 13.00 WIB

Melakukan observasi TTV

Respon : tekanan darah 140/80 mmHg, nadi 70 x/menit, RR 25 x/menit, SPO₂ 99%

9) Pukul 14.00 WIB

Melakukan observasi TTV

Respon : tekanan darah 140/80 mmHg, nadi 68 x/menit, RR 25 x/menit, SPO₂ 98%

Pelaksanaan tanggal 26 April 2014

1) Pukul 08.00 WIB

Menyuapi pasien

Respon : hanya menghabiskan ¼ porsi

2) Pukul 08.30 WIB

Menyeka pasien, mengganti linen dan observasi perfusi

Respon : pasien kooperatif, perfusi HKM (Hangat Kering Merah)

3) Pukul 09.00 WIB

Melakukan observasi TTV dan membuang urine

Respon : tekanan darah 140/50 mmHg, nadi 60 x/menit, RR 18 x/menit, urine 450cc

4) Pukul 09.15 WIB

Memberikan O₂ dengan nasal kanule 4 Lpm

Respon : pasien merasa nyaman

5) Pukul 09.25 WIB

Memberikan obat alinamin F 1 ampul dan enercor

Respon : pasien kooperatif

6) Pukul 10.00 WIB

Melakukan observasi TTV dan observasi suara nafas tambahan

Respon : tekanan darah 180/70 mmHg, nadi 62 x/menit, RR 19 x/menit, SPO₂ 100%,
rhonci +/-

7) Pukul 11.00 WIB

Melakukan observasi TTV dan membuang urine

Respon : tekanan darah 140/50 mmHg, nadi 65 x/menit, RR 18 x/menit, urine 350cc

8) Pukul 11.30 WIB

Menyuapi pasien dan memberikan minum

Respon : makan hanya dihabiskan 4 sendok saja

9) Pukul 12.00 WIB

Melakukan observasi TTV dan memberikan obat lasix 1 ampul

Respon : tekanan darah 190/60 mmHg, nadi 56 x/menit, RR 16 x/menit, SPO₂ 100%

10) Pukul 13.00 WIB

Melakukan observasi TTV dan merubah posisi pasien

Respon : tekanan darah 150/50 mmHg, nadi 56 x/menit, RR 18 x/menit dan pasien kooperatif

11) Pukul 14.00 WIB

Melakukan observasi TTV dan memberikan obat brain act 250mg

Respon : tekanan darah 150/55 mmHg, nadi 55 x/menit, RR 15 x/menit

Pelaksanaan tanggal 27 april 2014

4) Pukul 09.00 WIB

Memberikan obat alinamin F 1 ampul, brainact 250mg dan observasi suara napas tambahan

Respon : pasien kooperatif, rhonci -/-

5) Pukul 11.00 WIB

Melakukan observasi TTV

Respon : tekanan darah 130/80 mmHg, nadi 80 x/menit, RR 20 x/menit

6) Pukul 12.00 WIB

Memberikan obat neurosanbe 1 ampul

Respon : pasien kooperatif

3.5 Evaluasi Keperawatan

3.5.1 Catatan Perkembangan

Penulis menguraikan evaluasi proses dalam bentuk catatan perkembangan yang dimulai tanggal 25 – 27 April 2014.

- 1) Kerusakan pertukaran gas berhubungan dengan gangguan aliran darah ke alveoli atau kegagalan utama paru, perubahan membrane alveolar-kapiler (alveolar edema paru, sekresi berlebihan) ditandai dengan pasien nampak keletihan, hipoksia (RR 27x/menit), pasien nampak kebingungan, pasien mengatakan sesak seperti orang yang tenggelam, dispnea, sianosis, perfusi BDP (Basah, Dingin, Pucat), rhonci +/+, wheezing +/+, pasien menggunakan O₂ face mask non rebreathing 10 Lpm.

Tanggal 25 April 2014

Subjektif : pasien mengatakan sesak berkurang

Objektif : dispnea (-), RR 20 x/menit, rhonci +/+

Assessment : masalah teratasi sebagian

Planning : intervensi 1 – 4 dilanjutkan

Tanggal 26 April 2014

Subjektif : pasien mengatakan sudah tidak sesak

Objektif : dispnea (-), RR 15 x/menit, rhonci +/-

Assessment : masalah teratasi sebagian

Planning : intervensi 1, 2, dan 3 dilanjutkan

Tanggal 27 April 2014

Subjektif : pasien mengatakan sudah tidak sesak

Objektif : dispnea (-), RR 18 x/menit

Assessment : masalah teratasi

Planning : intervensi dihentikan

- 2) Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas miokardial ditandai dengan pasien mengatakan sesak dan nyeri dada sebelah kiri, Perubahan tekanan darah yang tidak stabil 140/50 mmHg (saat pengkajian), bradikardi (nadi : 56x/menit), palpitasi (perfusi BDP (Basah Dingin Pucat)), edema non pitting pada ekstremitas bawah kanan dan kiri, distensi vena jugular, dispnea, hasil foto thorax : cardiomegali, hasil EKG : sinus rhythm with 1st degree AV block; possible left atrial enlargement; nonspecific intraventricular block; T wave abnormality; consider inferolateral ischemia; abnormal ECG.

Tanggal 25 April 2014

Subjektif : (-)

Objektif : tekanan darah 140/50 mmHg, nadi 50 x/menit, RR 20 x/menit; bunyi jantung S3, S4, dan murmur masih terdengar; perfusi BDP (Basah Dingin Pucat); rhonci +/-, wheezing +/-; edema pada ekstremitas bawah kanan dan kiri.

Assessment : masalah belum teratasi

Planning : rencana tindakan 1 – 9 dilanjutkan

Tanggal 26 April 2014

Subjektif : (-)

Objektif : tekanan darah 150/55 mmHg, nadi 55 x/menit, RR 18 x/menit; bunyi jantung S3, S4, dan murmur masih terdengar; perfusi HKM (Hangat Kering Merah); rhonci +/+, wheezing +/++; edema pada ekstremitas bawah kanan dan kiri

Assessment : masalah teratasi sebagian

Planning : rencana tindakan 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 dilanjutkan

Tanggal 27 April 2014

Subjektif : (-)

Objektif : tekanan darah 210/100 mmHg, nadi 92 x/menit, RR 20 x/menit; bunyi jantung S3, S4, dan murmur masih terdengar; perfusi HKM (Hangat Kering Merah); edema pada ekstremitas bawah kanan dan kiri

Assessment : masalah teratasi sebagian

Planning : intervensi 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 dilanjutkan

Reassessment : diserahkan pada perawat yang ada di ruangan

- 3) Kelebihan volume cairan berhubungan dengan penurunan perfusi ginjal ditandai dengan distensi vena jugularis, dispnea, suara nafas abnormal (Rh +/+, wz +/+), bunyi jantung S3, S4 dan murmur, pasien nampak gelisah.

Tanggal 25 April 2014

Subjektif : (-)

Objektif : tekanan darah 140/50 mmHg, nadi 50 x/menit, RR 20 x/menit; edema pada ekstremitas bawah kanan dan kiri; bunyi jantung S3, S4, dan murmur; dispnea; rhonci +/+, wheezing +/++

Assessment : masalah belum teratasi

Planning : rencana tindakan 1 – 5 dilanjutkan

Tanggal 26 April 2014

Subjektif : (-)

Objektif : tekanan darah 150/55 mmHg, nadi 55 x/menit, RR 18 x/menit; edema pada ekstremitas bawah kanan dan kiri; rhonci +/+, bunyi jantung S3, S4, dan murmur

Assessment : masalah belum teratasi

Planning : rencana tindakan 1, 3, 4, 5 dilanjutkan

Tanggal 27 April 2014

Subjektif : (-)

Objektif : tekanan darah 210/100 mmHg, nadi 92 x/menit, RR 20 x/menit; edema pada ekstremitas bawah kanan dan kiri; bunyi jantung S3, S4, dan murmur

Assessment : masalah belum teratasi

Planning : rencana tindakan 1, 3, 4, 5 dilanjutkan

Reassessmnet : diserahkan pada perawatan yang ada di ruangan