

BAB 3
TINJAUAN KASUS

3.1 Pengkajian Kegawat Daruratan

1) Identitas Klien

Nama	: Tn. K	Pekerjaan	: Swasta
Umur	: 50 Th	Penanggung jawab	: Ny. Y
Jenis kelamin:	Laki-Laki	No. Rekam Medis	: 433674
Agama	: Islam	Tanggal Pengkajian	: 24-02-2013
Alamat	: Wonoayu sidoarjo	Tanggal MRS	: 24-2-2013
Jam	: 21.45	Diagnosa Medis	: IMA
Suku	: Jawa	Ruang	: ICU

2) Riwayat Penyakit

a. Keluhan utama : Nyeri dada

b. Riwayat penyakit sekarang :

Pasien mengatakan nyeri dada kiri tembus belakang, nyeri saat pasien aktifitas, nyerinya terasa diremas-remas skala nyeri 9, intensitas nyeri sering, durasinya 15 menit, dan pasien merasakan sesak nafas, bernafas terasa berat

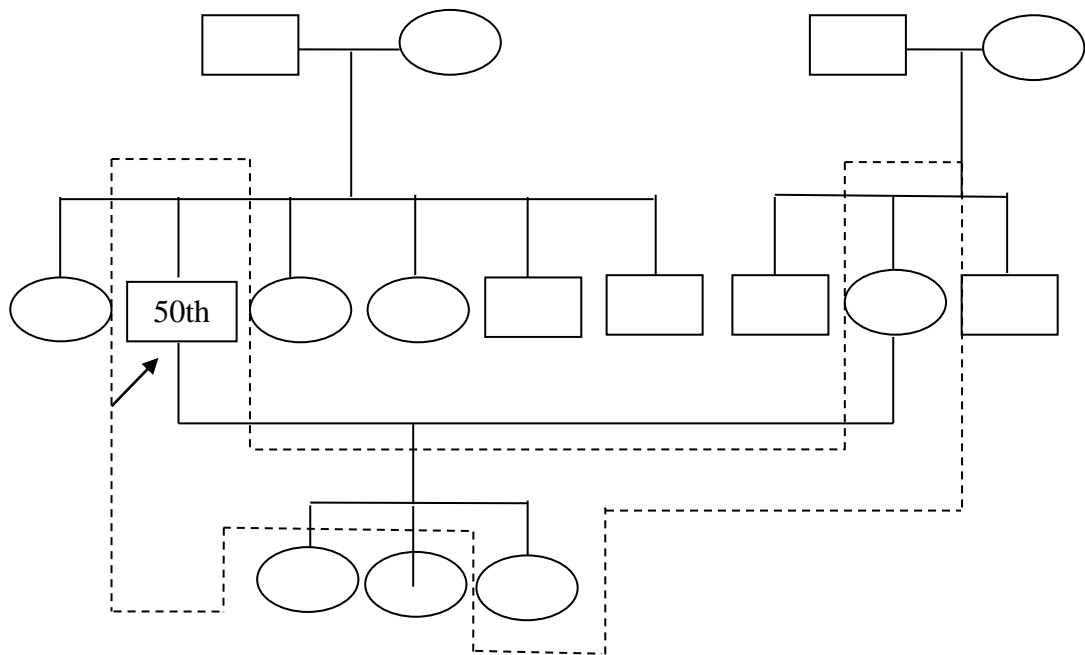
c. Riwayat penyakit dahulu :

Pasien mengatakan mempunyai penyakit Hipertensi kurang lebih 1 tahun yang lalu, pasien mengatakan tidak pernah ke dokter untuk memeriksakan penyakit Hipertensi dan tidak melakukan pengobatan

d. Riwayat penyakit keluarga :

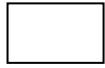


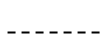
Pasien mengatakan dalam keluarganya tidak ada yang mengalami penyakit seperti yang dideritanya, dari keluarga ada yang terkena penyakit hipertensi.

e. Genogram



Gambar 3.1 Genogram pada pasien IMA

Keterangan :

-  : laki-laki
-  : perempuan
-  : pasien
-  : tinggal serumah

3) Review Of System (Pengkajian Per System)

B1 : Sistem Pernafasan

Subyektif : Pasien mengatakan sesak nafas

Obyektif : Sesak ,RR28x/mnt, retraksi intercosta+, nafas cuping hidung, terpasang O2 masker non rebrathing 10 Lpm, posisi Head up 30°

Problem : Kebutuhan suplai darah dan O2 berkurang pada stroke volume

B2 : Sistem Kardiovaskuler

Subyektif : Pasien mengatakan nyeri dada kiri tembus belakang,nyeri saat pasien aktifitas,nyerinya terasa diremas-remas skala nyeri 9,intensitas nyeri sering,durasinya 15 menit,dan pasien merasakan sesak nafas,bernafas terasa berat.

Obyektif : inspeksi :Klien tampak memegang dada kirinya, skala nyeri 9, ekspresi menyeringai, Nampak lelah, pasien agak gelisah, palpasi : denyut nadi melemah, perkusi : batas jantung tiak mengalami pergeseran, auskultasi : tekanan darah menurun akibat penurunan volume sekuncup, S1 dan S2 tunggal,tidak ada suara tambahan,mur-mur, atau gallop,gambaran EKG, ST elevasi di led I,II,III

Problem : Penurunan curah jantung,kurangnya suplai O2

B3 : Sistem Persyarafan

Subyektif : Kesadaran pasien composmentis

Obyektif : Tonus otot extremitas atas dan bawah tidak ada kelemahan 5 GCS4-5-6, kesadaran compos mentis, tidak ada kejang, tidak ada kaku kuduk

Problem : Tidak ada masalah keperawatan

B4 : Sistem Perkemihan

Subyektif : Pasien mengatakan BAK spontan

Obyektif : BAK warna kuning, bau khas, tidak nyeri, jumlah urin 400cc/3 jam

Problem : Tidak ada masalah keperawatan

B5 : Sistem Gastrointestinal

Subyektif : Nafsu makan baik

Obyektif : Px makan 1 porsi di habiskan, tidak mual, peristaltik usus 18x/ menit, tidak kembung, tidak ada nyeri tekan

Problem : tidak ada masalah keperawatan

B6 : Sistem Muskuloskeletal

Subyektif : Pasien mengatak tidak ada kelemahan di kedua extremitas atas dan bawah

Obyektif :

5	5
5	5

Turgor baik, suhu 36,6 °C, sawo matang, pucat,tidak
sianosis,CTR.2 detik

Problem : Tidak ada masalah keperawatan

Penunjang medik :

Tanggal: 24-02-2013

1. Laboratorium

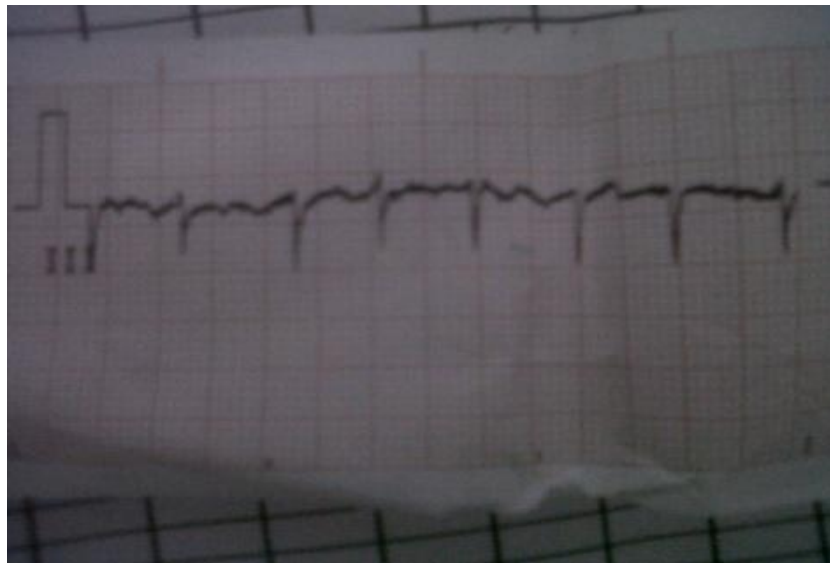
a) Pemeriksaan kimia darah.

Gula darah acak	: 114 mg/dl (normal 70- 200 mg/dl)
Cholesterol	: 219 (normal < 200 mg/dl)
BUN	: 12 (normal 10 – 50 mg/dl)
Kreatin	: 1,2 (normal 0,7 – 1,3 mg/dl)
SGOT	: 28 (normal < 31 U/L)
SGPT	: 33 (normal < 32 U/L)

b) Pemeriksaan hematologi.

Hemoglobin	: 13,,2 (normal 13,5 – 18,0 gr%)
LED	: 25/46 (normal 0 -15 / jam)
Leukosit	: 16.700 (normal 4000 – 9000)

EKG



Gambar 3.3 Ekg St Elevasi Di Led I, II, III

Ket : Terdapat sinus brakhikardi 50x/menit, sinus Arrhythmia low voltage QRS Anteroseptal infark possibly acute lateral injury pattern Acute MI Abnormal ECG, ST elevasi di II,III,avf Karena sering ditemui pada saat infark akut, dan merupakan bagian sindroma Vasovagal terutama berhubungan dengan infark miocard inferior.

2. Foto thorax

Hasil : COR tampak membesar

Pulmo tidak tampak infiltrasi, chephalisasi, sinus phrenicocostalis kanan tertutup perselubungan, kiri tumpul, tampak perselubungan di hemithorax kanan bawah sampai tengah.

Kesan : Cardiomegali dengan congesti pulmonum.

Penatalaksanaan / Terapi

Tanggal 24-02-2013

Infus RL : ASNET, Oksigen 10 Lpm, Injeksi Isorbit 3jam, Injeksi NS 2x1, Injeksi pragesol 2x1, Injeksi MO 1mg k/p

Per Oral : Plavos 1x1, Tromboaspilet 1x1, Trezedon 2x1, Enercor 2x1, Creshor 0-0-10g, Tanapres 1x5 mg, Valium 2x5 mg

3.1.1 Analisa Data

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

1) Kelompok data pertama (tanggal 24 februari 2013)

(1) Data subjektif :

Pasien mengatakan nyeri pada dada sebelah kiri

(2) Data Objektif :

Keadaan umum klien lelah, kesadaran kompos mentis, GCS 456, tampak tampak memegangi dada kirinya, wajah menyeringai, dan gelisah.

Observasi tanda-tanda vital tekanan darah 150/100 mmHg, suhu 36°C,

pernapasan 28x/menit, Pemeriksaan EKG terdapat sinus bradikardi
50x/menit, ST elevasi di II, III avf, Terpasang O2 10 Lpm

P : nyeri saat beraktifitas

Q : nyeri seperti diperas dan diremas

R : nyeri dibagian dada kiri

S : skala nyeri 9

T : durasi 15 menit

(3) Masalah : nyeri

(4) Kemungkinan penyebab:

Iskemia myocard atau nekrosis

2) Kelompok data kedua (tanggal 24 februari 2013)

(1) Data subjektif

Pasien mengatakan cepat lelah dan sesak

(2) Data Objektif :Terlihat lelah (kelemahan umum), Terjadinya disritmia,
Perubahan warna kulit / kelembaban, Angina karena kerja, Akral dingin
ekstremitas atas dan bawah

(3) Masalah Keperawatan :

Resiko penurunan curah jantung

(4) Kemungkinan Penyebab :

Faktor listrik

3) Kelompok data ketiga (tanggal 24 februari 2013)

(1) Data subjektif

Terlihat lelah

Terjadinya disritmia

Perubahan warna kulit / kelembaban

Angina karena kerja

(2) Masalah Keperawatan :

Intoleransi aktivitas

(3) Kemungkinan Penyebab :

Kurangnya suplai O₂

4) Kelompok data keempat (tanggal 24 februari 2013)

(1) Data subjektif

Pasien mengatakan sesak

(2) Data objektif : Dispnea, Cuping hidung, Pasien tampak kesulitan bernapas,

Keletihan, RR 28 x/menit

(3) Masalah

Gangguan pola nafas tidak efektif

(4) Kemungkinan Penyebab

Penurunan suplai darah dan oksigen

3.2 Diagnosa Keperawatan

1) Nyeri dada akut berhubungan dengan iskemia myocard terhadap sumbatan arteri koroner.

2) Resiko penurunan Curah jantung berhubungan dengan perubahan frekuensi, irama, konduksi elektrik.

- 3) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan nyeri akut, kelemahan/kelelahan karena infufisiensi oksigen.
- 4) Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan penurunan suplai darah dan oksigen

3.3 Rencana Tindakan Keperawatan

1) Diagnosa Keperawatan 1

Tanggal 24 februari 2013

Nyeri dada akut berhubungan dengan iskemia myocard terhadap sumbatan arteri koroner.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam Nyeri berkurang

a. Kriteria :

- (1) Klien secara verbal mengungkapkan nyeri hilang atau berkurang
- (2) Klien tenang, tidak didapati perubahan tekanan darah pernapasan nadi dan diaphorosis
- (3) Ekspresi wajah klien rileks dan tidak menyeringai

b. Intervensi

- (1) Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi dan kualitas

Rasional :

Dengan mengkaji tingkat nyeri, lokasi dan intensitasnya akan tepat dalam melakukan tindakan keperawatan

- (2) Instruksikan klien untuk segera melaporkan adanya nyeri

Rasional :

Penundaan pelaporan nyeri menghambat peredaan nyeri / memerlukan peningkatan dosis obat.

- (3) Kurangi Distraksi lingkungan sebanyak mungkin

Rasional :

Menurunkan rangsang eksternal dimana ansietas dan regangan jantung serta keterbatasan kemampuan coping dan keputusan terhadap situasi saat ini

- (4) Jelaskan penyebab nyeri dan kemungkinan faktor fisik dan emosional setelah fase nyeri akut berlalu

Rasional :

Penjelasan dengan tenang dapat mengurangi stres klien yang berhubungan dengan takut karena ketidaktahuan

- (5) Anjurkan teknik distraksi, massage atau relaksasi

Rasional :

Tindakan ini dapat mengurangi rasa nyeri dari mencapai pusat otak yang lebih tinggi dengan menggantikan rangsang lain. Relaksasi menurunkan ketegangan otot, menurunkan frekuensi jantung, dapat memperbaiki isi sekuncup dan meningkatkan indra kontrol klien terhadap nyeri

(6) Kolaborasi dalam pemberian analgesik

Rasional :

Untuk membantu dalam mengurangi rasa tidak nyaman nyeri

2) Diagnosa Keperawatan 2

Tanggal 24 februari 2013

Resiko penurunan Curah jantung berhubunga dengan perubahan frekuensi, irama, konduksi elektrik.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam curah jantung dapat kembali normal

a. Kriteria :

(1) TTV dalam batas normal

Tekanan darah :120/80 mmHg, Nadi 60 – 100 x/menit, RR :16 – 24 x/menit, Suhu : 36,5⁰ – 37,5⁰ C

(2) Melaporkan penurunan episode dipsnea

(3) Perfusi HKM (Hangat Kering Merah)

b. Intervensi

(1) Evaluasi adanya nyeri dada(intensitas, lokasi, durasi)

Rasional :

Ketepatan dalam melakukan tindakan keperawatan

(2) Evaluasi kualitas dan kesamaan nadi sesuai indikasi.

Rasional :

Penurunan curah jantung mengakibatkan menurunnya kelemahan / kekuatan nadi.

(3) Monitor bunyi jantung

Rasional :

S3 biasanya dihubungkan dengan GJK tetapi juga terlihat pada adanya gagal mitral (regurgitasi) dan kelebihan kerja ventrikel kiri yang disertai infark berat. S4 mungkin berhubungan dengan iskemia miokardia.

(4) Monitor balance cairan

Rasional :

Mengetahui volume cairan dalam penurunan curah jantung

(5) Kolaborasi

Berikan oksigen tambahan, sesuai indikasi

Pertahankan cara masuk IV / heparin – lok sesuai indikasi

Rasional :

Memantau perkembangan

3) Diagnosa keperawatan 3

Tanggal 24 februari 2013

Intoleransi aktivitas berhubungan dengan nyeri akut, kelemahan/keletihan karena infufisiensi oksigen

Tujuan : Meningkatnya aktivitas sesuai dengan kondisi jantung

a. Kriteria :

(1) Klien sudah dapat beraktivitas sendiri

(2) Respon fisiologis terhadap aktifitas

(3) Frekuensi jantung 60 – 100 x/menit

(4) Tensi 120/80 mmhg, nadi 72x/menit, suhu 36³ °C

(5) Tidak ada cianosis dan RR 24x/menit

b. Intervensi

(1) Bantu klien untuk meningkatkan aktifitasnya sesuai dengan indikasi

Rasional :

Kemajuan aktifitas bertahap di arahkan melalui toleransi klien meningkatkan fungsi fisiologi dan menurunkan hipoksia jaringan jantung

(2) Observasi tanda-tanda vital

Rasional :

Dengan monitor tanda-tanda vital, akan segera diketahui dengan cepat bila terjadi komplikasi seperti gangguan Cardiak output, maupun aritmia sehingga dapat penanganan cepat

(3) Rencanakan periode, istirahat adekuat sesuai jadwal harian klien

Rasional :

Periode istirahat memberikan tubuh untuk menggunakan energi yang rendah

(4) Ajarkan tentang bagaimana cara memantau respon fisiologis terhadap aktivitas

Rasional :

Pemantauan mandiri ini dapat mendeteksi tanda-tanda dan gejala dini hipoksia

(5) Ajarkan orang terdekat klien untuk membantu klien dalam melakukan

aktivitas

Rasional :

Dukungan sosial meningkatkan pelaksanaan dari latihan

(6) Ajarkan klien tentang bagaimana menghemat energi saat aktivitas

Rasional :

Penghematan energi mencegah kebutuhan oksigen melebihi tingkat yang dapat di penuhi jantung

4) Diagnosa keperawatan 4

Tanggal 24 februari 2013

Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan penurunan suplai darah dan oksigen

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam sesak berkurang

a. Kriteria :

- (1) Pola nafas efektif
- (2) Tidak terlihat cuping hidung

b. Intervensi

- (1) Pertahankan jalan nafas : posisi kepala dalam posisi netral, tinggikan sedikit kepala tempat tidur dengan posisi semi flower.

Rasional :

Memperlancar jalan nafas

- (2) Anjurkan klien untuk melakukan nafas dalam dengan tehnik relaksasi

Rasional :

Relaksasi menurunkan ketegangan otot, menurunkan frekuensi respirasi

- (3) Ubah posisi/balik secara teratur, hindari / batasi posisi telungkup jika diperlukan

Rasional :

Meningkatkan ventilasi semua bagian

- (4) Beri O2 sesuai advis

Rasional :

Pemberian O2 dari luar akan membantu suplai O2 dan mencegah iskemia myokard lebih lanjut

- (5) Kolaborasi dalam pemberian obat

Rasional :

Membantu dalam penanganan yang tepat untuk therapy

3.4 Pelaksanaan Keperawatan

Catatan keperawatan merupakan realisasi dari perencanaan yang telah disusun berdasarkan prioritas:

Pelaksanaan tanggal: 24 februari 2013

1) Diagnosa Keperawatan 1

Nyeri dada akut berhubungan dengan iskemia myocard terhadap sumbatan arteri koroner.

- (1) Membina hubungan saling percaya dengan memperkenalkan diri,

memberi perhatian dan keinginan untuk membantu klien.

Evaluasi :

Klien dan keluarga tampak kooperatif

Dilaksanakan jam 22.00 WIB

- (2) Memberikan kesempatan pada klien untuk mengungkapkan perasaannya

Evaluasi :

Klien mengungkapkan takut dengan penyakitnya

Dilaksanakan jam 22.00 WIB

- (3) Mengajak klien untuk mendekati diri kepada Tuhan YME, dengan cara berdoa dan pasrah.

Evaluasi :

Klien tampak kooperatif dan mengatakan mau untuk berdoa

Dilaksanakan jam 22.10 WIB

- (4) Memberikan posisi semi flower (head up 30°)

Evaluasi

Klien kooperatif

Dilaksanakan jam 22.10 WIB

- (5) Mengganti cairan infus RL Asnet, Memberikan injeksi Isorbit,

Memberikan injeksi NS, Memberikan injeksi pragesol, Memberikan obat

Per Oral :Plavos, Tromboaspilet, Trezedon, Enercor, Creshor, Tanapres,

Valium

Evaluasi

Klien kooperatif

Dilaksanakan jam : 23.00 WIB

- (6) Perhatikan lokasi nyeri dan intensitas nyeri

Evaluasi :

P : nyeri saat beraktifitas

Q : nyeri seperti diperas dan diremas

R : nyeri dibagian dada kiri

S : skala nyeri 9

T : durasi nyeri 15 menit

Klien kooperatif dan memberitahukan saat kapan nyeri timbul

Dilaksanakan jam 23.10 WIB

- (7) Instruksikan klien untuk segera melaporkan adanya nyeri

Evaluasi :

Pasien kooperatif

Dilaksanakan jam 23.00 WIB

- (8) Anjurkan klien untuk beristirahat

Evaluasi :

Pasien kooperatif

Dilaksanakan jam 22.00 WIB

- (9) Kurangi Distraksi lingkungan sebanyak mungkin

Evaluasi :

Lingkungan tenang

Dilaksanakan jam 23.00 WIB

- (10) Jelaskan penyebab nyeri dan kemungkinan faktor fisik dan emosional setelah fase nyeri akut berlalu

Evaluasi :

Klien kooperatif dan dapat menerima informasi

Dilaksanakan jam 23.00 WIB

- (11) Monitor tanda-tanda vital, EKG selama nyeri

Evaluasi :

Tanda-tanda vital :T : 150/100 mmHg, RR : 28x/menit, S : 36°C, EKG terdapat sinus bradikardi 50x/menit

Dilaksanakan jam 00.00 WIB

- (12) Anjurkan teknik distraksi, massage atau relaksasi

Evaluasi :

Klien mau mempraktikkan tehnik relaksasi dengan baik

Dilaksanakan jam 22.45 WIB

- (13) Beri O2 sesuai advis 10 Lpm

Evaluasi :

Terpasang O2 Masker non rebathing

Dilaksanakan jam 22.00 WIB

- (14) Kolaborasi Therapy : Berikan analgesik (pragesol 2x1) atas perintah dokter, dokumentasikan tingkat penurunan nyeri yang di alami klien

Evaluasi :

Nyeri berkurang saat kerja obat

Dilaksanakan jam 23.00 WIB

(15) Melakukan observasi TTV dan membuang urine

Evaluasi

tekanan darah 150/100 mmHg, nadi 50 x/menit, RR 28 x/menit, urine
450cc

2) *Diagnose keperawatan II*

Resiko penurunan Curah jantung berhubunga dengan perubahan frekuensi,
irama, konduksi elektrik

(1) Auskultasi TD. Bandingkan kedua tangan dan ukur dengan tidur, duduk,
dan berdiri bila bisa

Evaluasi

Naik turun 160/100 mmHg, 140/100 mmHg, 150/100 mmHg

Dilaksanakan jam 22.00 WIB

(2) Evaluasi kualitas dan kesamaan nadi sesuai indikasi

Evaluasi

50x/menit

Dilaksanakan jam 22.00 WIB

(3) Anjurkan teknik distraksi, massage atau relaksasi

Evaluasi :

Klien mau mempraktikan tehknik relaksasi dengan baik

Dilaksanakan jam 22.45 WIB

(4) Beri O2 sesuai advis 10 Lpm

Evaluasi :

RR 28x/menit, SPO2 97%, Terpasang O2 Masker non rebathing

Dilaksanakan jam 22.00 WIB

- (5) Berikan posisi dengan head up 30°

Evaluasi :

Pasien kooperatif

Dilaksanakan jam 22.00 WIB

- (6) Anjurkan teknik distraksi, massage atau relaksasi

Evaluasi :

Klien mau mempraktikkan tehnik relaksasi dengan baik

Dilaksanakan jam 22.45 WIB

- (7) Kolaborasi : Pemberian cairan dan pertahankan cara masuk IV / heparin

sesuai indikasi

Evaluasi :

Sesuai cara kerja obat

Dilaksanakan jam 23.00 WIB

- (8) Melakukan observasi TTV dan membuang urine

Evaluasi :

tekanan darah 150/100 mmHg, nadi 50 x/menit, RR 28 x/menit, urine

450cc

3) *Diagnosa Keperawatan III*

Intoleransi aktivitas berhubungan dengan nyeri akut, kelemahan/keletihan

karena infufisiensi oksigen

- (1) Bantu klien untuk meningkatkan aktifitasnya sesuai dengan indikasi

Evaluasi :

Klien kooperatif

Dilaksanakan jam 22.00 WIB

- (2) Observasi tanda-tanda vital

Evaluasi :

Naik turun 160/100 mmHg, 140/100 mmHg, 150/100 mmHg

Dilaksanakan jam 22.00 WIB

- (3) Rencanakan periode, istirahat adekuat sesuai jadwal harian klien

Evaluasi :

Klien kooperatif dengan apa yang sudah dijelaskan

Dilaksanakan jam 22.00 WIB

- (4) Ajarkan tentang bagaimana cara memantau respon fisiologis terhadap aktivitas

Evaluasi :

Klien kooperatif

Dilaksanakan jam 22.15 WIB

- (5) Ajarkan orang terdekat klien untuk membantu klien dalam melakukan aktivitas

Evaluasi :

Keluarga pasien kooperatif

Dilaksanakan jam 22.00 WIB

- (6) Ajarkan klien tentang bagaimana menghemat energi saat aktivitas

Evaluasi :

Klien kooperatif dan mengerti

Dilaksanakan jam 22.00 WIB

4) *Diagnosa Keperawatan IV*

Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan penurunan suplai darah dan oksigen

- (1) Pertahankan jalan nafas : posisi kepala dalam posisi netral, tinggikan sedikit kepala tempat tidur dengan posisi semi flower / head up 30°.

Evaluasi :

Pasien kooperatif

Dilaksanakan jam 22.00 WIB

- (2) Anjurkan klien untuk melakukan nafas dalam dengan tehnik relaksasi

Evaluasi :

Klien mau mempraktikan tehnik relaksasi dengan baik

Dilaksanakan jam 22.45 WIB

- (3) Ubah posisi/balik secara teratur, hindari / batasi posisi telungkup jika diperlukan

Evaluasi :

Pasien kooperatif

Dilaksanakan jam 00.00 WIB

- (4) Beri O₂ sesuai advis 10 Lpm

Evaluasi

Terpasang O₂ Masker non rebathing

Dilaksanakan jam 22.00 WIB

- (5) Kolaborasi dalam Pemberian cairan dan obat

Evaluasi :

Pasien kooperatif dalam pemberian obat

Dilaksanakan jam 23.00 WIB

- (6) Melakukan observasi TTV dan membuang urine

Evaluasi :

tekanan darah 150/100 mmHg, nadi 50 x/menit, RR 28 x/menit, urine

450cc

Pelaksanaan tanggal: 25 februari 2013

1) Diagnosa Keperawatan 1

Nyeri dada akut berhubungan dengan iskemia myocard terhadap sumbatan arteri koroner.

- (1) Membina hubungan saling percaya dengan memperkenalkan diri, memberi perhatian dan keinginan untuk membantu klien.

Evaluasi

Klien dan keluarga tampak kooperatif

Dilaksanakan jam 07.00 WIB

- (2) Memberikan kesempatan pada klien untuk mengungkapkan perasaannya

Evaluasi

Klien mengungkapkan takut dengan penyakitnya

Dilaksanakan jam 07.30 WIB

- (3) Menyuapi pasien

Evaluasi

Hanya dihabiskan ¼ porsi

Dilaksanakan jam 08.00WIB

- (4) Menyeka pasien, mengganti linen

Evaluasi

pasien kooperatif

Dilaksanakan jam 07.00 WIB

- (5) Memberikan posisi semi flower (head up 30°)

Evaluasi

Klien kooperatif

Dilaksanakan jam 07.00 WIB

- (6) Mengganti cairan infus RL Asnet

Memberikan injeksi Isorbit, Memberikan injeksi NS, Memberikan injeksi pragesol

Memberikan obat Per oral :Plavos, Tromboaspilet, Trezedon, Enercor, Creshor, Tanapres, Valium

Evaluasi

Klien kooperatif

Dilaksanakan jam : 07.30 WIB

- (7) Perhatikan lokasi nyeri dan intensitas nyeri

Evaluasi

P : nyeri saat beraktifitas

Q : nyeri seperti diperas dan diremas

R : nyeri dibagian dada kiri

S : skala nyeri 9

T : durasi nyeri 15 menit

Klien kooperatif dan memberitahukan saat kapan nyeri timbul

Dilaksanakan jam 09.00 WIB

- (8) Instruksikan klien untuk segera melaporkan adanya nyeri

Evaluasi

Pasien kooperatif

Dilaksanakan jam 09.00 WIB

- (9) Anjurkan klien untuk beristirahat

Evaluasi

Pasien kooperatif

Dilaksanakan jam 09.00 WIB

- (10) Kurangi Distraksi lingkungan sebanyak mungkin

Evaluasi

Lingkungan tenang

Dilaksanakan jam 07.00 WIB

- (11) Jelaskan penyebab nyeri dan kemungkinan faktor fisik dan emosional setelah fase nyeri akut berlalu

Evaluasi

Klien kooperatif dan dapat menerima informasi

Dilaksanakan jam 08.00 WIB

- (12) Monitor tanda-tanda vital, EKG selama nyeri

Evaluasi

Tanda-tanda vital :T : 150/100 mmHg, RR : 28x/menit, S : 36°C

EKG terdapat sinus bradikardi 50x/menit

Dilaksanakan jam 09.00 WIB

- (13) Anjurkan teknik distraksi, massage atau relaksasi

Evaluasi

Klien mau mempraktikkan tehnik relaksasi dengan baik

Dilaksanakan jam 09.10 WIB

- (14) Beri O2 sesuai advis 10 Lpm

Evaluasi

Terpasang O2 Masker non rebathing

Dilaksanakan jam 07.30 WIB

- (15) Kolaborasi Therapy : Berikan analgesik (pragesol 2x1) atas perintah dokter, dokumentasikan tingkat penurunan nyeri yang di alami klien

Evaluasi

Nyeri berkurang saat kerja obat

Dilaksanakan jam 08.00 WIB

- (16) Melakukan observasi TTV dan membuang urine

Evaluasi

tekanan darah 150/100 mmHg, nadi 50 x/menit, RR 28 x/menit, urine
450cc

Dilaksanakan jam 12.00 WIB

2) *Diagnose keperawatan II*

Resiko penurunan Curah jantung berhubunga dengan perubahan frekuensi,
irama, konduksi elektrik

- (1) Auskultasi TD. Bandingkan kedua tangan dan ukur dengan tidur,
duduk, dan berdiri bila bisa

Evaluasi

Naek turun 160/100 mmHg, 140/100 mmHg, 150/100 mmHg

Dilaksanakan jam 08.30 WIB

- (2) Evaluasi kualitas dan kesamaan nadi sesuai indikasi

Evaluasi

50x/menit

Dilaksanakan jam 09.00 WIB

- (3) Anjurkan teknik distraksi, massage atau relaksasi

Evaluasi

Klien mau mempraktikan tekhnik relaksasi dengan baik

Dilaksanakan jam 09.00 WIB

- (4) Beri O2 sesuai advis 10 Lpm

Evaluasi

RR 28x/menit, SPO2 97%, Terpasang O2 Masker non rebathing

Dilaksanakan jam 07.00 WIB

- (5) Berikan posisi dengan head up 30°

Evaluasi

Pasien kooperatif

Dilaksanakan jam 07.00 WIB

- (6) Anjurkan teknik distraksi, massage atau relaksasi

Evaluasi

Klien mau mempraktikkan tehnik relaksasi dengan baik

Dilaksanakan jam 09.00 WIB

- (7) Kolaborasi : Pemberian cairan dan pertahankan cara masuk IV /
heparin sesuai indikasi

Evaluasi

Sesuai cara kerja obat

Dilaksanakan jam 07.30 WIB

- (8) Melakukan observasi TTV dan membuang urine

Evaluasi

tekanan darah 150/100 mmHg, nadi 50 x/menit, RR 28 x/menit, urine

450cc

Dilaksanakan jam 12.00 WIB

3 *Diagnosa Keperawatan III*

Intoleransi aktivitas berhubungan dengan nyeri akut, kelemahan/keletihan

karena infufisiensi oksigen

- (1) Bantu klien untuk meningkatkan aktifitasnya sesuai dengan indikasi

Evaluasi :

Klien kooperatif

Dilaksanakan jam 08.00 WIB

- (2) Observasi tanda-tanda vital

Evaluasi :

Naik turun 160/100 mmHg, 140/100 mmHg, 150/100 mmHg

Dilaksanakan jam 09.00 WIB

- (3) Rencanakan periode, istirahat adekuat sesuai jadwal harian klien

Evaluasi :

Klien kooperatif dengan apa yang sudah dijelaskan

Dilaksanakan jam 08.00 WIB

- (4) Ajarkan tentang bagaimana cara memantau respon fisiologis terhadap aktivitas

Evaluasi :

Klien kooperatif

Dilaksanakan jam 09.00 WIB

- (5) Ajarkan orang terdekat klien untuk membantu klien dalam melakukan aktivitas

Evaluasi :

Keluarga pasien kooperatif

Dilaksanakan jam 11.00 WIB

- (6) Ajarkan klien tentang bagaimana menghemat energi saat aktivitas

Evaluasi :

Klien kooperatif dan mengerti

Dilaksanakan jam 09.00 WIB

4 *Diagnosa Keperawatan IV*

Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan penurunan suplai darah dan oksigen

- (1) Pertahankan jalan nafas : posisi kepala dalam posisi netral, tinggikan sedikit kepala tempat tidur dengan posisi semi flower / head up 30°.

Evaluasi

Pasien kooperatif

Dilaksanakan jam 07.30 WIB

- (2) Anjurkan klien untuk melakukan nafas dalam dengan tehnik relaksasi

Evaluasi

Klien mau mempraktikan tehnik relaksasi dengan baik

Dilaksanakan jam 09.00 WIB

- (3) Ubah posisi/balik secara teratur, hindari / batasi posisi telungkup jika diperlukan

Evaluasi

Pasien kooperatif

Dilaksanakan jam 09.00 WIB

- (4) Beri O2 sesuai advis 10 Lpm

Evaluasi

Terpasang O2 Masker non rebathing

Dilaksanakan jam 07.00 WIB

- (5) Kolaborasi dalam Pemberian cairan dan obat

Evaluasi

Pasien kooperatif dalam pemberian obat

Dilaksanakan jam 07.30 WIB

- (6) Melakukan observasi TTV dan membuang urine

Evaluasi

tekanan darah 150/100 mmHg, nadi 50 x/menit, RR 28 x/menit, urine

450cc

Dilaksanakan jam 12.00 WIB

Pelaksanaan tanggal: 26 februari 2013

1) Diagnosa Keperawatan 1

Nyeri dada akut berhubungan dengan iskemia myocard terhadap sumbatan arteri koroner.

- (1) Membina hubungan saling percaya dengan memperkenalkan diri, memberi perhatian dan keinginan untuk membantu klien.

Evaluasi

Klien dan keluarga tampak kooperatif

Dilaksanakan jam 07.00 WIB

- (2) Memberikan kesempatan pada klien untuk mengungkapkan perasaannya

Evaluasi

Klien mengungkapkan takut dengan penyakitnya

Dilaksanakan jam 07.30 WIB

- (3) Menyuyapi pasien

Evaluasi

Hanya dihabiskan ¼ porsi

Dilaksanakan jam 08.00 WIB

- (4) Menyeka pasien, mengganti linen

Evaluasi

pasien kooperatif

Dilaksanakan jam 07.00 WIB

- (5) Memberikan posisi semi flower (head up 30°)

Evaluasi

Klien kooperatif

Dilaksanakan jam 07.00 WIB

- (6) Mengganti cairan infus RL Asnet

Memberikan injeksi Isorbit, Memberikan injeksi NS, Memberikan

injeksi, pragesol, Memberikan obat Po : Plavos, Tromboaspilet,

Trezedon, Enercor, Creshor, Tanapres, Valium

Evaluasi

Klien kooperatif

Dilaksanakan jam : 07.30 WIB

- (7) Perhatikan lokasi nyeri dan intensitas nyeri

Evaluasi

P : nyeri saat beraktifitas

Q : nyeri seperti diperas dan diremas

R : nyeri dibagian dada kiri

S : skala nyeri 3

T : nyeri hilang timbul hanya saat gelisah dan terlalu banyak gerak

Evaluasi

Klien kooperatif dan memberitahukan saat kapan nyeri timbul

Dilaksanakan jam 09.00 WIB

- (8) Instruksikan klien untuk segera melaporkan adanya nyeri

Evaluasi

Pasien kooperatif

Dilaksanakan jam 09.00 WIB

- (9) Anjurkan klien untuk bedrest

Evaluasi

Pasien kooperatif

Dilaksanakan jam 09.00 WIB

- (10) Kurangi Distraksi lingkungan sebanyak mungkin

Evaluasi

Lingkungan tenang

Dilaksanakan jam 07.00 WIB

- (11) Jelaskan penyebab nyeri dan kemungkinan faktor fisik dan emosional setelah fase nyeri akut berlalu

Evaluasi

Klien kooperatif dan dapat menerima informasi

Dilaksanakan jam 08.00 WIB

- (12) Monitor tanda-tanda vital, EKG selama nyeri

Evaluasi

T : 150/100 mmHg, RR : 28x/menit, S : 36°C, EKG terdapat sinus bradikardi 60x/menit

Dilaksanakan jam 09.00 WIB

- (13) Anjurkan teknik distraksi, massage atau relaksasi

Evaluasi

Klien mau mempraktikkan tehnik relaksasi dengan baik

Dilaksanakan jam 09.10 WIB

- (14) Beri O₂ sesuai advis 4 Lpm

Evaluasi

Terpasang O₂ nasal kanula

Dilaksanakan jam 07.30 WIB

- (15) Kolaborasi Therapy : Berikan analgesik (pragesol 2x1) atas perintah dokter, dokumentasikan tingkat penurunan nyeri yang di alami klien

Evaluasi

Nyeri berkurang saat kerja obat

Dilaksanakan jam 08.00 WIB

(16) Melakukan observasi TTV dan membuang urine

Evaluasi

tekanan darah 140/90 mmHg, nadi 60 x/menit, RR 24 x/menit, urine
450cc

Dilaksanakan jam 12.00 WIB

2) *Diagnose keperawatan II*

Resiko penurunan Curah jantung berhubunga dengan perubahan frekuensi,
irama, konduksi elektrik

(1) Auskultasi TD. Bandingkan kedua tangan dan ukur dengan tidur, duduk,
dan berdiri bila bisa

Evaluasi

Naek turun 150/90 mmHg, 140/100 mmHg

Dilaksanakan jam 08.30 WIB

(2) Evaluasi kualitas dan kesamaan nadi sesuai indikasi

Evaluasi

60x/menit

Dilaksanakan jam 09.00 WIB

(3) Anjurkan teknik distraksi, massage atau relaksasi

Evaluasi

Klien mau mempraktikan tehnik relaksasi dengan baik

Dilaksanakan jam 09.00 WIB

(4) Beri O2 sesuai advis 4 Lpm

Evaluasi

RR 24x/menit, SPO2 90%, Terpasang O2 nasal kanula

Dilaksanakan jam 07.00 WIB

- (5) Berikan posisi dengan head up 30°

Evaluasi

Pasien kooperatif

Dilaksanakan jam 07.00 WIB

- (6) Anjurkan teknik distraksi, massage atau relaksasi

Evaluasi

Klien mau mempraktikkan tehnik relaksasi dengan baik

Dilaksanakan jam 09.00 WIB

- (7) Kolaborasi : Pemberian cairan dan pertahankan cara masuk IV / heparin
sesuai indikasi

Evaluasi

Sesuai cara kerja obat

Dilaksanakan jam 07.30 WIB

- (8) Melakukan observasi TTV dan membuang urine

Evaluasi

tekanan darah 140/90 mmHg, nadi 60 x/menit, RR 24 x/menit, urine
450cc

Dilaksanakan jam 12.00 WIB

3) *Diagnosa Keperawatan III*

Intoleransi aktivitas berhubungan dengan nyeri akut, kelemahan/keletihan karena infufisiensi oksigen

- (1) Bantu klien untuk meningkatkan aktifitasnya sesuai dengan indikasi

Evaluasi :

Klien kooperatif

Dilaksanakan jam 08.00 WIB

- (2) Observasi tanda-tanda vital

Evaluasi :

Naik turun 160/100 mmHg, 140/100 mmHg, 150/100 mmHg

Dilaksanakan jam 09.00 WIB

- (3) Rencanakan periode, istirahat adekuat sesuai jadwal harian klien

Evaluasi :

Klien kooperatif dengan apa yang sudah dijelaskan

Dilaksanakan jam 08.00 WIB

- (4) Ajarkan tentang bagaimana cara memantau respon fisiologis terhadap aktivitas

Evaluasi :

Klien kooperatif

Dilaksanakan jam 09.00 WIB

- (5) Ajarkan orang terdekat klien untuk membantu klien dalam melakukan aktivitas

Evaluasi :

Keluarga pasien kooperatif

Dilaksanakan jam 11.00 WIB

- (6) Ajarkan klien tentang bagaimana menghemat energi saat aktivitas

Evaluasi :

Klien kooperatif dan mengerti

Dilaksanakan jam 09.00 WIB

4) *Diagnosa Keperawatan IV*

Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan penurunan suplai darah dan oksigen

- (1) Pertahankan jalan nafas : posisi kepala dalam posisi netral, tinggikan sedikit kepala tempat tidur dengan posisi semi flower / head up 30°.

Evaluasi

Pasien kooperatif

Dilaksanakan jam 07.30 WIB

- (2) Anjurkan klien untuk melakukan nafas dalam dengan tehnik relaksasi

Evaluasi

Klien mau mempraktikan tehnik relaksasi dengan baik

Dilaksanakan jam 09.00 WIB

- (3) Ubah posisi/balik secara teratur, hindari / batasi posisi telungkup jika diperlukan

Evaluasi

Pasien kooperatif

Dilaksanakan jam 09.00 WIB

- (4) Beri O2 sesuai advis 4 Lpm

Evaluasi

Terpasang O2 nasal kanula

Dilaksanakan jam 07.00 WIB

- (5) Kolaborasi dalam Pemberian cairan dan obat

Evaluasi

Pasien kooperatif dalam pemberian obat

Dilaksanakan jam 07.30 WIB

- (6) Melakukan observasi TTV dan membuang urine

Evaluasi

tekanan darah 140/100 mmHg, nadi 60 x/menit, RR 24 x/menit, urine
450cc

Dilaksanakan jam 12.00 WIB

Evaluasi Tanggal 24 Juli 2012

1) Diagnosa Keperawatan 1

Nyeri dada akut berhubungan dengan iskemia myocard terhadap sumbatan arteri koroner.

Evaluasi jam 05.00 WIB

S : Pasien mengatakan nyeri pada dada sebelah kiri

O : Keadaan umum klien lelah, kesadaran kompos mentis, GCS 456, tampak tampak memegangi dada kirinya, wajah menyeringai, dan gelisah.

Observasi tanda-tanda vital tekanan darah 150/100 mmHg, suhu 36°C,

pernapasan 28x/menit, Pemeriksaan EKG terdapat sinus bradikardi
50x/menit, ST elevasi di II, III avf, Terpasang O2 10 Lpm

P : nyeri saat beraktifitas

Q : nyeri seperti diperas dan diremas

R : nyeri dibagian dada kiri

S : skala nyeri 9

T : durasi 15 menit

A : Masalah belum teratasi

P : Rencana tindakan no. 1-9 dilanjutkan

2) *Diagnosa Keperawatan 2*

Resiko penurunan Curah jantung berhubungan dengan perubahan frekuensi,
irama, konduksi elektrik.

Evaluasi jam 05.00 WIB

S : Pasien mengatakan lemah dan sesak

O : Terlihat lelah (kelemahan umum), Terjadinya disritmia, Perubahan warna
kulit / kelembaban, Angina karena kerja, Akral dingin ekstremitas atas dan
bawah

A : Masalah belum teratasi

P : Rencana tindakan no. 1-7 dilanjutkan

3) *Diagnosa Keperawatan 3*

Intoleransi aktivitas berhubungan dengan nyeri akut, kelemahan/keletihan
karena infufisiensi oksigen

Evaluasi jam 05.00 WIB

S : Pasien mengatakan lemah

O : Pasien bedrest

A : Masalah belum teratasi

P : Rencana tindakan no.1-6 dilanjutkan

4) *Diagnosa Keperawatan 4*

Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan penurunan suplai oksigen

Evaluasi jam 05.00 WIB

S : Pasien mengatakan sesak

O : Dispnea, Cuping hidung, Pasien tampak kesulitan bernapas, Keletihan,

RR 28 x/menit

A : Masalah belum teratasi

P : Rencana tindakan no. 1-5 dilanjutkan

Evaluasi Tanggal 25 Juli 2012

1) *Diagnosa Keperawatan 1*

Nyeri dada akut berhubungan dengan iskemia myocard terhadap sumbatan arteri koroner.

Evaluasi jam 14.00 WIB

S : Pasien mengatakan nyeri pada dada sebelah kiri

O :Keadaan umum klien lelah, kesadaran kompos mentis, GCS 456, tampak tampak memegang dada kirinya, wajah menyeringai, dan gelisah.

Observasi tanda-tanda vital tekanan darah 150/100 mmHg, suhu 36°C,

pernapasan 28x/menit, Pemeriksaan EKG terdapat sinus bradikardi
50x/menit, ST elevasi di II, III avf, Terpasang O2 10 Lpm

P : nyeri saat beraktifitas

Q : nyeri seperti diperas dan diremas

R : nyeri dibagian dada kiri

S : skala nyeri 6

T : durasi 15 menit

A : Masalah teratasi sebagian

P : Rencana tindakan no. 1-9 dilanjutkan

2) *Diagnosa Keperawatan 2*

Resiko penurunan Curah jantung berhubungan dengan perubahan frekuensi,
irama, konduksi elektrik.

Evaluasi jam 14.00 WIB

S : Pasien mengatakan cepat lelah dan sesak

O : Terlihat lelah (kelemahan umum), Terjadinya disritmia, Perubahan warna
kulit / kelembaban, Angina karena kerja, Akral dingin ekstremitas atas dan
bawah

A : Masalah belum teratasi

P : Rencana tindakan no. 1-7 dilanjutkan

3) *Diagnosa Keperawatan 3*

Intoleransi aktivitas berhubungan dengan nyeri akut, kelemahan/keletihan
karena infufisiensi oksigen

Evaluasi jam 14.00 WIB

S : Pasien mengatakan lemah

O : Pasien bedrest

A : Masalah belum teratasi

P : Rencana tindakan no.1-6 dilanjutkan

4) *Diagnose Keperawatan 4*

Evaluasi jam 14.00 WIB

Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan penurunan suplai oksigen

S : Pasien mengatakan sesak

O : Dispnea, Cuping hidung, Pasien tampak kesulitan bernapas, Keletihan,
RR 28 x/menit

A : Masalah belum teratasi

P : Rencana tindakan no. 1-5 dilanjutkan

Evaluasi Tanggal 26 Juli 2012

1) *Diagnosa Keperawatan 1*

Nyeri dada akut berhubungan dengan iskemia myocard terhadap sumbatan arteri koroner.

Evaluasi jam 14.00 WIB

S : Pasien mengatakan sudah tidak nyeri pada dada sebelah kiri

O :Keadaan umum klien sudah tidak lelah, kesadaran kompos mentis, GCS 456, sudah tidak memegang dadanya, wajah sudah tidak menyeringai, dan sudah tidak gelisah. Observasi tanda-tanda vital tekanan darah 140/90 mmHg, suhu 36°C, pernapasan 24x/menit, Pemeriksaan EKG

terdapat sinus bradikardi 60x/menit, ST elevasi di II, III avf, Terpasang

O2 nasal kanula 4 Lpm

P : sudah tidak nyeri

Q : -

R : -

S : skala nyeri 1

T :hilang timbul

A : Masalatheratasi

P :Rencana tindakan 3, 7, 8, 9 dilanjutkan dan dilimpahkan pada perawat inap jaga

2. *Diagnosa Keperawatan 2*

Resiko penurunan Curah jantung berhubungan dengan perubahan frekuensi, irama, konduksi elektrik.

Evaluasi jam 14.00 WIB

S : Pasien mengatakan sudah tidak lemah dan sesak

O : Terlihat sudah tidak lelah, Perubahan warna kulit / kelembaban, sudah tidak dingin ekstremitas atas dan bawah

A : Masalah belum teratasi

P : Rencana tindakan 1-7dilanjutkan dilimpahkan ke perawat inap jaga

3) *Diagnosa Keperawatan 3*

Intoleransi aktivitas berhubungan dengan nyeri akut, kelemahan/keletihan karena infufisiensi oksigen

Evaluasi jam 14.00 WIB

S : Pasien mengatakan lemah

O : Pasien bedrest

A : Masalah teratasi

P : Rencana tindakan dihentikan

4) *Diagnosa Keperawatan 4*

Evaluasi jam 14.00 WIB

Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan penurunan suplai darah dan oksigen

S : Pasien mengatakan sudah tidak sesak

O: Dispnea (-), Cuping hidung (-), Sudah tidak kesulitan bernafas, Keletihan (-), RR 24 x/menit

A : Masalah teratasi

P : Rencana tindakan dihentikan