

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

Dalam bab ini berisi dua klien dengan Sindrom Koroner Akut di Ruang ICU RSI Darus Syifa' Benowo yang menggunakan 5 tahap proses keperawatan yaitu pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Dalam penelitian ini, lokasi penelitian berada di Rumah Sakit Islam (RSI) Darus Syifa' yang terletak di Jl.Raya Benowo No.05 Desa Benowo Kecamatan Pakal Kota Surabaya dan Provinsi Jawa Timur. RSI Darus Syifa' adalah rumah sakit swasta kelas C yang diresmikan pada tanggal 10 Maret 2003.

Di rumah sakit ini tersedia tenaga medis dengan rincian Dokter 11 orang, Perawat 257 Orang, Paramedis non perawat 80 Orang, Non Medis 254 Orang. Pelayanan Medis Medical Check Up, Dokter Umum, Dokter Gigi, Dokter Spesialis/ Sub-Spesialis, Anak, Bedah, Kebidanan & Kandungan, Penyakit Dalam, Syaraf, THT, Mata, Paru, Jantung, Bedah Tulang, Alergi, Rehabilitasi Medik. Pelayanan Penunjang terdapat Laboratorium Patologi Klinik, Laboratorium Patologi Anatomi, X-Ray, USG, ECG, Konsultasi Gizi, Farmasi. Fasilitas ruangan terdapat UGD 24 Jam, Rawat Jalan, Rawat Inap, Kamar Bedah, ICU, NICU, dan ruang OK.

4.1.2 Pengkajian Keperawatan

1. Identitas Klien

Tabel 4.1 Identitas Klien

Kasus 1	Kasus 2
<p>Ny.S umur 78 tahun jenis kelamin perempuan, beragama islam, alamat xxxx, suku jawa bangsa Indonesia, pendidikan terakhir SD dan pekerjaan sekarang sebagai ibu rumah tangga. Penanggung jawab Tn.S, nomor rekam medis 2648xxxx, tanggal masuk rumah sakit 4 Juli 2016 pukul 11.00 wib dengan diagnosa medis <i>decompensasi cordis</i> kiri di ruang ICU bed 2. Tanggal pengkajian 4 juli 2016 pukul 14.20 wib dan sumber informasi dari klien dan keluarga klien.</p>	<p>Tn.A umur 34 tahun jenis kelamin laki-laki, beragama islam, alamat xxxx, suku jawa bangsa Indonesia, pendidikan terakhir SD dan pekerjaan karyawan swasta. Penanggung jawab Tn. R, nomor rekam medis 2663xxxx, tanggal masuk rumah sakit 27 juli 2016 pukul 09.00 wib dengan diagnosa medis <i>decompensasi cordis</i> kiri di ruang ICU bed 1. Tanggal pengkajian 27 juli 2016 pukul 14.00 wib dan sumber informasi dari klien dan keluarga klien.</p>

2. Keluhan Utama

Tabel 4.2 Keluhan Utama

Kasus 1	Kasus 2
Klien mengatakan nyeri dada	Klien mengatakan nyeri dada

3. Riwayat Penyakit Sekarang

Tabel 4.3 Riwayat Penyakit Sekarang

Kasus 1	Kasus 2
<p>Klien mengatakan nyeri pada dada kiri, sesak napas, keringat dingin kemudian pada jam 09.00 wib tanggal 4 juli 2016 dibawa ke puskesmas terdekat, lalu dirujuk ke RS Darus Syifa' Benowo Surabaya jam 11.00 wib. Skala nyeri dada yaitu 8 kualitas nyeri seperti tertusuk. ketika di UGD klien diberi therapy injeksi , furosemide 3x1 amp, O2 masker 8lpm, dan infus pz 8tpm. Setelah itu oleh dokter di UGD klien disarankan untuk rawat inap, lalu klien di bawa ke ruang ICU dengan diagnosa medis <i>decompensasi cordis</i> kiri.</p>	<p>Klien kedua mengatakan lemas, dada terasa nyeri sekali dengan skala 7 seperti diremas-remas, sesak napas, keringat dingin kemudian pada jam 09.00 wib tanggal 27 juli 2016 dibawa ke RS Darus Syifa' Benowo Surabaya, ketika di UGD klien diberi therapy injeksi furosemide 3x1 amp, Clopidogrel 1x75mg, Aspilet 1 tab, ISDN 2x5mg, O2 nasal canul 3lpm dan infus pz 7tpm. Setelah itu oleh dokter di UGD klien disarankan untuk rawat inap, lalu klien di bawa ke ruang ICU dengan diagnosa medis <i>decompensasi cordis</i> kiri.</p>

4. Riwayat Penyakit Dahulu

Tabel 4.4 Riwayat Penyakit Dahulu

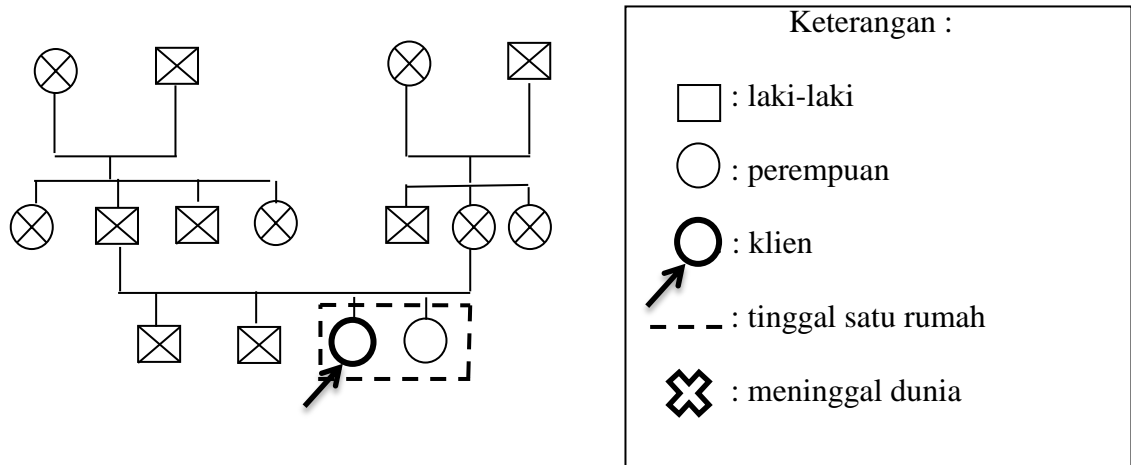
Kasus 1	Kasus 2
<p>Klien pertama mengatakan tidak pernah sakit sebelumnya dan jarang memeriksakan kesehatan dipuskesmas atau rumah sakit terdekat.</p>	<p>Klien kedua mengatakan tidak pernah sakit sebelumnya</p>

5. Riwayat Penyakit Keluarga

Tabel 4.5 Riwayat Penyakit Keluarga

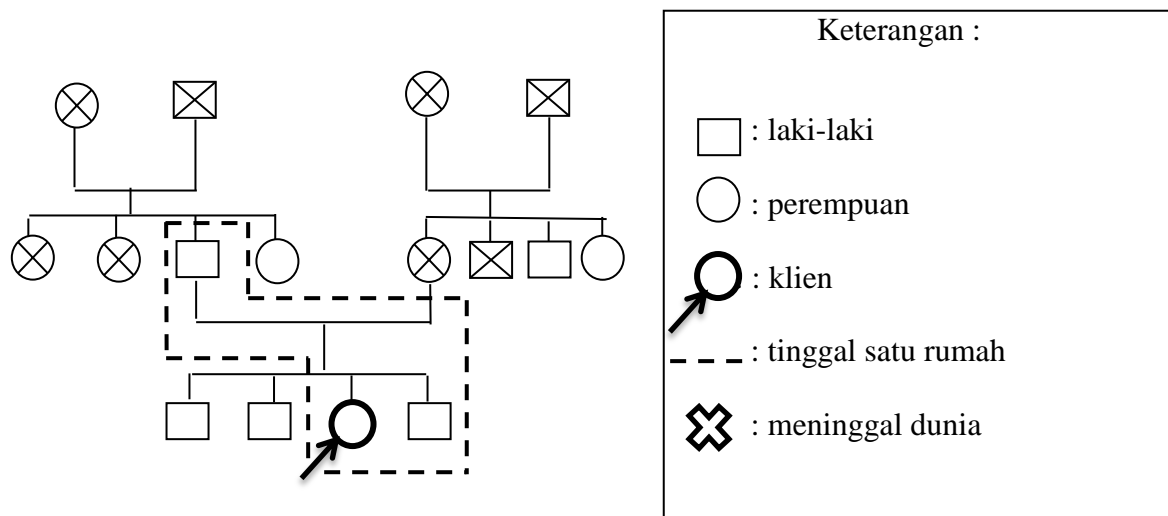
Kasus 1	Kasus 2
<p>Klien mengatakan tidak ada riwayat penyakit menurun maupun menahun seperti hipertensi, diabetes mellitus dll.</p>	<p>Klien mengatakan tidak ada riwayat penyakit menurun maupun menahun seperti hipertensi, diabetes mellitus dll.</p>

6. Genogram Klien Pertama



Gambar 4.1 Genogram Klien Pertama

Genogram Klien Kedua



Gambar 4.2 Genogram Klien Kedua

7. Pemeriksaan Fisik Refiew Of System (pengkajian per system)

Tabel 4.6 Hasil Pemeriksaan Fisik Refiew Of System

Kasus 1	Kasus 2
<p>B1 : Sistem Pernafasan Subyektif :Klien mengatakan sesak nafas Obyektif : Pernafasan klien spontan, bentuk dada normal chest, klien tampak gelisah, adanya nafas cuping hidung, pada palpasi terdapat retraksi intercosta, RR 33x/menit irama irregular dan kedalaman normal, dispnea , tidak terdapat suara tambahan seperti ronchi dan wheezing, tidak ada batuk, tidak ada secret, terpasang O2 masker 8Lpm, spO2 96 %, posisi head up 30⁰. Problem : Ketidakefektifan pola napas</p>	<p>B1 : Sistem Pernafasan Subyektif :Klien mengatakan sesak nafas Obyektif : Pernafasan klien spontan, bentuk dada normal chest, klien tampak gelisah, adanya nafas cuping hidung, pada palpasi terdapat retraksi intercosta, RR 27x/menit irama regular dan kedalaman normal, dispnea , perkusi sonor, tidak terdapat suara tambahan seperti ronchi dan wheezing, tidak ada batuk, tidak ada secret, terpasang O2 nasal canul 3Lpm, spO2 98 %, posisi head up 30⁰. Problem : Ketidakefektifan pola napas</p>
<p>B2 : Sistem Kardiovaskular Subyektif : Klien mengatakan nyeri dada seperti tertusuk Obyektif : Bentuk normal chest, klien tampak meringis kesakitan, CRT <2detik, tidak terpasang CVP, terdapat cardiomegali, Perfusi jaringan perifer dingin, distensi vena jugularis, perkusi redup area jantung, terdengar suara jantung S1 dan S2 tunggal. TD: 90/75 mmhg, N: 110x/menit irama regular dan cepat, Gambaran EKG nampak Atrial Fibrillation pada tanggal 04 juli 2016 Problem : Penurunan Curah Jantung</p>	<p>B2 : Sistem Kardiovaskular Subyektif : Klien mengatakan nyeri dada seperti diremas-remas Obyektif : Bentuk normal chest, klien tampak meringis kesakitan, tidak terpasang CVP, terdapat cardiomegali, CRT <2dtk, akral dingin, Perfusi dingin distensi vena jugularis, perkusi pekak, terdengar suara jantung S1 dan S2 tunggal. TD: 115/70 mmhg, N: 95x/menit irama regular dan lambat, Gambaran EKG nampak right ventrikel hipertropi, left axis deviation ditandai AMI Problem : Penurunan Curah Jantung</p>
<p>B3 : Sistem Persyarafan Subyektif : Klien mengatakan nyeri pada dada Obyektif : GCS : 456 , kesadaran umum klien compos mentis, konjungtiva anemis, tidak ada sianosis perifer, klien tampak gelisah, pupil isokor, tidak ada kejang, klien tampak menyeringai, nyeri pada dada, seperti ditusuk-tusuk pada daerah dada, skala nyeri 8 dan waktu terjadinya hilang timbul. Problem : Nyeri akut</p>	<p>B3 : Sistem Persyarafan Subyektif : Klien mengatakan nyeri pada dada Obyektif : GCS : 456 , kesadaran umum klien compos mentis, konjungtiva anemis, tidak ada sianosis perifer, klien tampak gelisah, pupil isokor, tidak ada kejang, klien tampak menyeringai, nyeri pada dada, seperti diremas-remas pada daerah dada, skala nyeri 7 dan waktu terjadinya hilang timbul. Problem : Nyeri akut</p>

<p>B4 : Sistem Perkemihan Subyektif : Klien mengatakan kencing lewat selang kateter Obyektif :Tidak terdapat nyeri tekan pada abdomen, tidak distended, terpasang cateter uk.16 terfiksasi, jumlah produksi urine 1200cc/24jam, tidak terdapat oliguria, warna kuning , bau khas urine, tidak terdapat kemerahan di sekitar uretra dan intake minumannya 500cc/24 jam + makan 2100kal/24 jam dan infus pz 1000cc/24 jam. Problem:Tidak ada masalah keperawatan</p>	<p>B4 : Sistem Perkemihan Subyektif : Klien mengatakan kencing lewat selang kateter Obyektif :Tidak terdapat nyeri tekan pada abdomen, tidak distended, terpasang cateter uk.18 terfiksasi, jumlah produksi urine 1400cc/24jam, tidak terdapat oliguria, warna kuning , bau khas urine, tidak terdapat kemerahan di sekitar uretra dan intake minumannya 500cc/24 jam + makan 2100kal/24 jam dan infus pz 1000cc/24 jam. Problem: Tidak ada masalah keperawatan</p>												
<p>B5 : Sistem Gastrointestinal Subyektif : Klien mengatakan belum BAB Obyektif : Bentuk simetris, flat tidak distended, tidak ada bekas luka jahitan, tidak ada nyeri tekan, tidak kembung, terdengar tympani, peristaltik usus 14x/menit, klien memakai pempers. Tidak terdapat hemoroid. tidak ada hernia. Problem:tidak ada masalah keperawatan</p>	<p>B5 : Sistem Gastrointestinal Subyektif: Klien mengatakan belum BAB Obyektif : Bentuk simetris, flat tidak distended, tidak ada bekas luka jahitan, tidak ada nyeri tekan, tidak kembung, terdengar tympani, peristaltik usus 14x/menit, klien memakai pempers. Tidak terdapat hemoroid. tidak ada hernia. Problem : tidak ada masalah keperawatan</p>												
<p>B6 : Sistem Muskuloskeletal Subyektif : klien mengatakan lemas Obyektif : Tonus otot</p> <div style="text-align: center;"> <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">dextra</td> <td style="padding: 5px;">sinistra</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">5</td> <td style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">5</td> </tr> </table> </div> <p>Turgor kulit baik, S: 36°C , tampak pucat, tidak sianosis, akral dingin, ADL dibantu keluarga, tidak ada odema, tidak terdapat fraktur, warna kulit kuning langsung, ekstremitas atas dan bawah masih dapat digerakkan dengan baik, tetapi masih bisa tidur, frekuensi 5-6 jam/hari. Problem : Intoleransi Aktivitas</p>	dextra	sinistra	5	5	5	5	<p>B6 : Sistem Muskuloskeletal Subyektif : klien mengatakan lemas Obyektif : Tonus otot</p> <div style="text-align: center;"> <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">dextra</td> <td style="padding: 5px;">sinistra</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">5</td> <td style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">5</td> </tr> </table> </div> <p>Turgor kulit baik, S: 37,3°C , tampak pucat, tidak sianosis, ADL dibantu keluarga, tidak ada odema, tidak terdapat fraktur, warna kulit kuning langsung, ekstremitas atas dan bawah masih dapat digerakkan dengan baik, tetapi masih bisa tidur, frekuensi 5-6 jam/hari. Problem : Intoleransi Aktivitas</p>	dextra	sinistra	5	5	5	5
dextra	sinistra												
5	5												
5	5												
dextra	sinistra												
5	5												
5	5												

8. Pemeriksaan Penunjang

Pada pemeriksaan laboratorium yang muncul pada klien pertama di dapatkan hasil sebagai berikut :

Tanggal : 04 - 07 - 2016

a. Laboratorium

Hematologi

Darah Lengkap:

HGB	: 13,4 g/dl	(11,5 – 18,0 g/dl)
Leukosit	: 9.000	(4.000-11.000 /cmm)
Trombosit	: 160.000	(150.000-450.000)
PCV	: 39	(35-50%)
Erytrosit	: 4.27	(3,5-6,0 juta/cmm)

Glucosa Darah :

Glucosa Acak	: 120	(<140 mg/dl)
--------------	-------	----------------

Faal Hati :

SGOT	: 18	(L: <37 P: <31 U/l)
SGPT	: 27	(L: <40 P: <31 U/l)

Faal Ginjal :

BUN	: 10,6	(4,7-23,3 mg/dl)
Creatinin	: 1,29	(0,6-1,0 mg/dl)

Elektrolit :

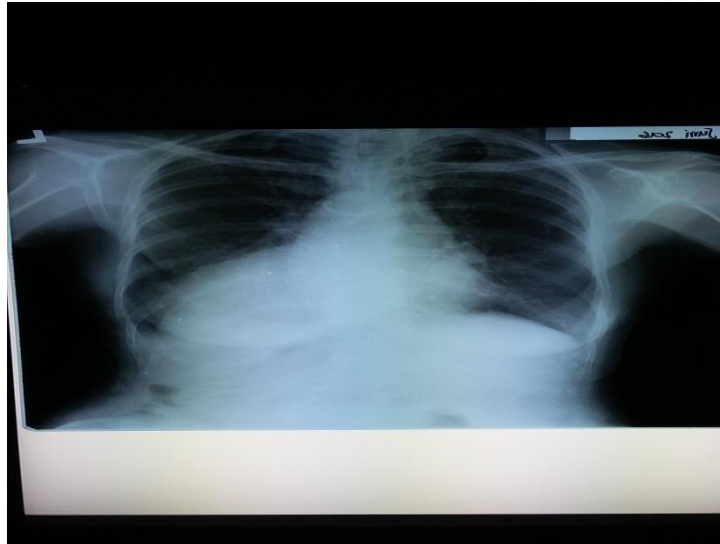
Natrium	: 141,5	(136-144 mEq/l)
Kalium	: 4,06	(3,5-5 mEq/l)
Klorida	: 106,2	(98-107 mmol/l)

Kalsium : 7,36 (8,0-10,7 mg/dl)

b. Foto Thorax

Tanggal : 04 - 07 - 2016

Hasil : Tampak pembesaran jantung (cardiomegali)



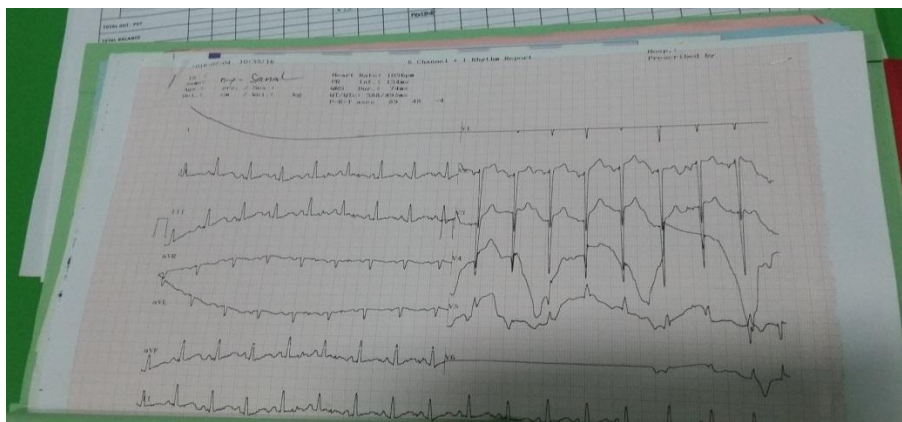
Gambar 4.3 Hasil Foto Thorax Klien Pertama

Ket: Cor : kardiomegali (ventrikel kiri membesar)

Pulmo: gambaran edema paru type alveolar

c. Ekg

Tanggal : 04 - 07 - 2016 Jam 11.33 WIB



Gambar 4.4 Hasil pemeriksaan EKG klien pertama

Ket : Sinus Rhythm, ST-Elevasi V2,V3, Atrial Fibrillation

Pada pemeriksaan laboratorium yang muncul pada klien kedua di dapatkan hasil sebagai berikut :

Tanggal : 27 - 07 - 2016

a. Laboratorium

Hematologi :

Hemoglobin	: 16,7 g/dl	(11,5 – 18,0 g/dl)
Leukosit	: 10.100 /cmm	(4.000 – 11.000/cmm)
LED	: 14 / 30	(0-20/Jam)
Trombosit	: 210.000	(150.000-450.000/cmm)

Faal Ginjal :

BUN	: 10,2	(4,7-23,3 mg/dl)
Creatinin	: 0,61	(0,6-1,0 mg/dl)

Kimia Klinik :

Cholesterol	: 254,1	(<200 mg/dl)
Trigliserida	: 70	(<150 mg/dl)

b. Foto Thorax

Tanggal : 27 - 07 - 2016

Hasil : Tampak pembesaran jantung (cardiomegali)



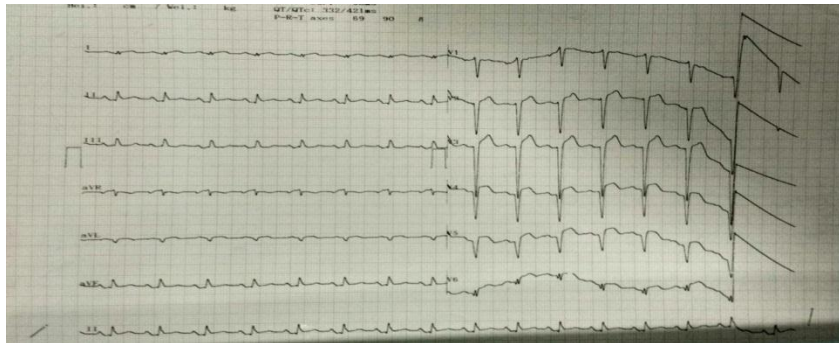
Gambar 4.5 Hasil Foto Thorax Klien Kedua

Ket: Cor: kardiomegali (ventrikel kiri membesar)

Pulmo: edema paru

c. Ekg

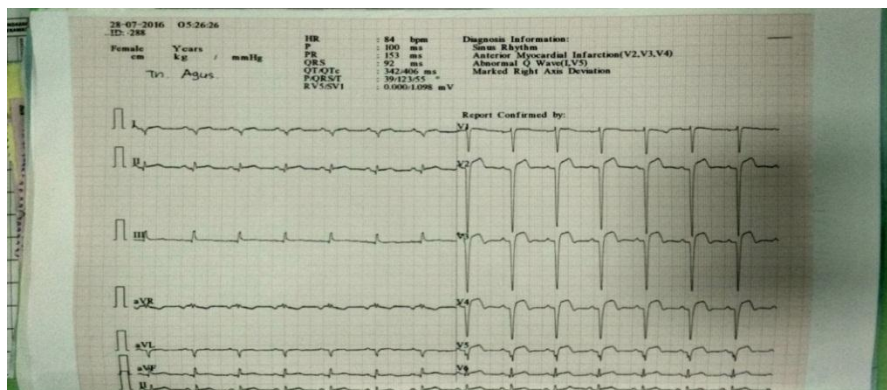
Tanggal : 27 - 07 - 2016 Jam 09.20 WIB



Gambar 4.6 Hasil Pemeriksaan Ekg Klien Kedua

Ket : Sinus Rhythm, right ventrikel hipertropi, left axis deviation

Tanggal 28 – 07 – 2016 Jam 05.26 WIB



Gambar 4.7 Hasil Pemeriksaan Ekg Klien Kedua

Ket : sinus rhythm, anterior myocardial infarction (V2,V3,V4), abnormal Q Wave (I,V5).

9. Penatalaksanaan

Tabel 4.7 Penatalaksanaan

Kasus 1	Kasus 2
Infus PZ 8 tpm , Injeksi furosemide 3x1amp/iv dan Per oral Bisoprol 1x0,5mg, , Asa 1x100mg, Clopidogrel 1x75mg, Aspilet 1 tab dan ISDN 3x5mg.	Infus PZ 7 tpm, dan injeksi furosemide 3x1amp/iv, Arixtra 1x2,5mg/iv dan Per oral Bisoprol 1x0,5mg, amiodipin 5mg, Asa 1x100mg, Clopidogrel 1x75mg, Aspilet 1 tab dan ISDN 3x5mg.

10. Daftar Masalah Keperawatan

Tabel 4.8 Daftar Masalah Keperawatan

Kasus 1	Kasus 2
1) Penurunan curah jantung 2) Ketidakefektifan pola napas 3) Nyeri akut 4) Intoleransi aktivitas	1) Penurunan curah jantung 2) Ketidakefektifan pola napas 3) Nyeri akut 4) Intoleransi aktivitas

4.1.3 Analisa Data

A. Analisa Data Pada Klien Pertama Ny.S 78 Tahun

Tanggal 04 Juli 2016

1. Kelompok data pertama

- a. Subyektif : Klien mengatakan nyeri dada seperti tertusuk
- Obyektif : Bentuk normal chest, klien tampak meringis kesakitan, palpitasi, tidak terpasang CVP, terdapat cardiomegali, CRT <2dtk, akral dingin, Perfusi dingin distensi vena jugularis, perkusi area jantung, terdengar suara jantung S1 dan S2 tunggal. TD: 90/75 mmhg, N: 110x/menit irama reguler dan

cepat, Gambaran EKG nampak Atrial Fibrillation tanggal 4 juli 2016.

b. Masalah Keperawatan

Penurunan Curah Jantung

c. Penyebab

Perubahan kontraktilitas miokard jantung

2. Kelompok data ke dua

a. Subyektif : Klien mengatakan sesak nafas

b. Obyektif : Pernafasan klien spontan, bentuk dada normal chest, klien tampak gelisah, adanya nafas cuping hidung, pada palpasi terdapat retraksi intercosta, RR 33x/menit irama irregular dan kedalaman normal, dispnea, tidak terdapat suara tambahan seperti ronchi dan wheezing, tidak ada batuk, tidak ada secret, terpasang O2 masker 8Lpm, spO2 96 %, posisi head up 30⁰.

c. Masalah Keperawatan

Ketidakefektifan pola napas

d. Penyebab

Keletihan otot-otot pernafasan

3. Kelompok data ke tiga

a. Subyektif : Klien mengatakan nyeri pada dada

b. Obyektif : GCS 456 , kesadaran umum klien compos mentis, konjungtiva tidak anemis, tidak ada sianosis perifer, klien tampak gelisah, pupil isokor, tidak ada kejang, klien tampak menyeringai, nyeri pada dada,

seperti ditusuk-tusuk pada daerah dada, skala nyeri 8 dan waktu terjadinya hilang timbul. TD: 90/75mmHg, N:110x/menit, S:36°C, RR: 33x/menit, spO2: 96%.

c. Masalah Keperawatan

Nyeri akut

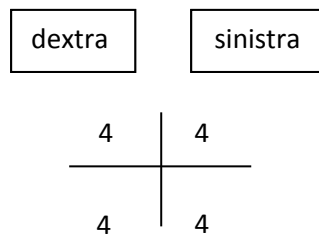
d. Penyebab

Ketidakseimbangan suplai oksigen

4. Kelompok data ke empat

a. Subyektif : klien mengatakan lemas

b. Obyektif : Tonus otot



Turgor kulit baik, S: 36°C , pucat, tidak sianosis, ADL dibantu keluarga, tidak ada odema, tidak terdapat fraktur, warna kulit kuning langsung, ekstremitas atas dan bawah masih dapat digerakkan dengan baik, tetapi masih bisa tidur, frekuensi 5-6 jam/hari.

c. Masalah Keperawatan

Intoleransi Aktivitas

d. Penyebab

Kelelahan fisik atau dyspnoe

B. Analisa Data Klien Kedua Tn.A 34 Tahun

Tanggal 27 Juli 2016

1. Kelompok data pertama

- a. Subyektif : Klien mengatakan nyeri dada seperti diremas-remas
- b. Obyektif : Bentuk normal chest, klien tampak meringis kesakitan, tidak terpasang CVP, palpitasi, terdapat cardiomegali, CRT <2dtk, akral dingin, Perfusi dingin distensi vena jugularis, perkusi pekak, terdengar suara jantung S1 dan S2 tunggal. TD: 115/75 mmhg, N: 95x/menit irama reguler dan lambat, Gambaran EKG nampak atrial fibrillation ditandai AMI
- c. Masalah Keperawatan
Penurunan Curah Jantung
- d. Penyebab
Perubahan kontraktilitas miokard jantung

2. Kelompok data ke dua

- a. Subyektif : Klien mengatakan sesak nafas
- b. Obyektif : Pernafasan klien spontan, bentuk dada normal chest, klien tampak gelisah, adanya nafas cuping hidung, pada palpasi terdapat retraksi intercosta, RR 27x/menit irama regular dan kedalaman normal, dispnea , perkusi sonor, tidak terdapat suara tambahan seperti ronchi dan wheezing, terpasang O2 nasal canul 3Lpm, spO2 98 %, posisi head up 30⁰.

c. Masalah Keperawatan

Ketidakefektifan pola napas

d. Penyebab

Keletihan otot-otot pernafasan

3. Kelompok data ke tiga

a. Subyektif : Klien mengatakan nyeri pada dada

b. Obyektif : GCS 456, kesadaran umum klien compos mentis, konjungtiva tidak anemis, tidak ada sianosis perifer, klien tampak gelisah, pupil isokor, tidak ada kejang, klien tampak menyeringai, nyeri pada dada, seperti diremas-remas pada daerah dada, skala nyeri 7 dan waktu terjadinya hilang timbul. TD: 115/70mmHg, N:95x/menit, S:37,3°C, RR:27x/menit, spO2:98%.

c. Masalah keperawatan

Nyeri akut

d. Penyebab

Ketidakseimbangan suplai oksigen

4. Kelompok data ke empat

a. Subyektif : klien mengatakan lemas

b. Obyektif : Tonus otot

dextra	sinistra
5	5
5	5

Turgor kulit baik, S: 37,3 °C , pucat, tidak sianosis, ADL dibantu keluarga, tidak ada odema, tidak terdapat fraktur, warna kulit kuning langsat, ekstremitas atas dan bawah masih dapat digerakkan dengan baik.

c. Masalah keperawatan

Intoleransi Aktivitas

d. Penyebab

Kelelahan fisik atau dyspnue

4.1.4 Diagnosa Keperawatan

A. Klien pertama Ny.S / 78 tahun

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas miokard jantung
2. Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan keletihan otot-otot pernafasan
3. Nyeri akut berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai oksigen
4. Intoleransi aktifitas berhubungan kelelahan fisik atau dyspnue

B. Klien kedua Tn.A / 34 tahun

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas miokard jantung
2. Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan keletihan otot-otot pernafasan
3. Nyeri akut berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai oksigen
4. Intoleransi aktifitas berhubungan kelelahan fisik atau dyspnue

4.1.5 Intervensi Keperawatan

A. Intervensi Pada Klien Pertama : Ny.S / 78 Tahun

Diagnosa Keperawatan 1

Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas miokard jantung

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

Kriteria hasil :

1. TTV dalam batas normal

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

MAP: 70 - 105 mmhg

Suhu : 36,5°C – 37,5°C

RR : 16 – 24 x/mnt

2. Nadi teraba Kuat

3. Tidak ada distensi vena jugularis

4. Bunyi jantung S1 S2 tunggal dan tidak ada penurunan kesadaran

5. Tidak ada asites dan edema paru perifer

6. Tidak ada kelelahan, CRT <2 detik

7. Irama jantung normal dan produksi urine >30ml/jam

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

Rasional :

Perubahan frekuensi dan irama jantung dapat menunjukkan adanya komplikasi disritmia.

4. Monitor balance cairan tiap 6 jam

Rasional :

Asupan dan haluaran yang seimbang menunjukkan hemodinamika yang stabil.

5. Kolaborasi dalam pemberian therapy diuretic seperti furosemide

Rasional :

Membuang cairan yang berlebih didalam tubuh

B. Intervensi Pada Klien Kedua : Tn.A / 34 Tahun

Diagnosa Keperawatan 1

Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas miokard jantung

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

Kriteria hasil :

1. TTV dalam batas normal

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

MAP: 70 - 105 mmhg

Suhu : 36,5°C – 37,5°C

RR : 16 – 24 x/mnt

2. Nadi teraba Kuat

3. Tidak ada distensi vena jugularis

4. Bunyi jantung S1 S2 tunggal dan tidak ada penurunan kesadaran

5. Tidak ada asites dan edema paru perifer

6. Tidak ada kelelahan, CRT <2 detik

7. Irama jantung normal dan produksi urine >30ml/jam

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

Rasional :

Perubahan frekuensi dan irama jantung dapat menunjukkan adanya komplikasi disritmia.

4. Monitor balance cairan tiap 6 jam

Rasional :

Asupan dan haluaran yang seimbang menunjukkan hemodinamika yang stabil.

5. Kolaborasi dalam pemberian therapy diuretic seperti furosemide

Rasional :

Membuang cairan yang berlebih didalam tubuh

4.1.6 Implementasi Keperawatan

A. Diagnosa Keperawatan 1 Pada Klien Ny.S Umur 78 Tahun

Pelaksanaan tanggal : 04 juli 2016

1. Pukul 14.20 membina hubungan baik dan saling percaya kepada klien dan keluarga klien seperti memperkenalkan nama, memperkenalkan profesi, tujuan ke klien, anamneses, pengkajian, pemeriksaan fisik dengan menggunakan komunikasi terapeutik.

Respon: klien sangat percaya dan dapat menerima tujuan peneliti dengan baik

2. Pukul 14.20 mengkaji keadaan klien sesuai dengan literatur asuhan keperawatan.

Respon: klien menjawab semua pertanyaan dengan kooperatif dan keluarga klien juga ikut membantu menjawab apa yang sudah ditanyakan

3. Pukul 14.40 melakukan auskultasi bunyi jantung

Respon: didapati bunyi jantung S1 dan S2 tunggal

4. Pukul 15.00 melakukan observasi tanda-tanda vital

Respon: TD: 100/85 mmHg, N: 110x/menit, S: 36°C, RR: 33x/menit, MAP: 74mmHg, SPO2: 98%.

5. Pukul 15.10 Memonitoring frekuensi dan irama jantung

Respon: nadi 115x/menit, irama reguler

6. Pukul 15.10 Monitoring balance cairan setiap 6jam

Respon:

- Input : infus 1000 cc/24 jam + minum 350cc/24 jam + injeksi 20cc/24jam + extrajuce 250cc

- Output : urine tampung 1200 cc/24 jam, IWL 600 cc

Balance cairan = input – output

$$= (1000\text{cc} + 350\text{cc} + 18\text{cc} + 250\text{cc}) - (1200\text{cc} + 600\text{cc})$$

$$= 1680\text{cc} - 1800\text{cc}$$

$$= -120\text{cc}$$

7. Pukul 16.00 mengobservasi tanda-tanda vital

Respon: TD: 130/85 mmHg, N: 90x/menit, S: 36°C, RR: 30x/menit, MAP: 80mmHg, SPO2: 98%.

8. Pukul 17.00 memberikan injeksi furosemide 3x1 amp dan obat oral isdn 5mg, aspilet 1tab, cpg 300gr.

Respon: klien kooperatif dan tidak ada alergi obat

9. Pukul 17.00 memonitoring frekuensi dan irama jantung

Respon: N : 100 x/menit, irama reguler

Pelaksanaan tanggal : 05 juli 2016

1. Pukul 14.20 Menyapa klien, Mengucapkan salam dan Menyebutkan nama

Respon: klien kooperatif dan gcs 456

2. Pukul 14.20 Melakukan auskultasi bunyi jantung

Respon: didapati bunyi S1 dan S2 tunggal

3. Pukul 14.20 Memonitoring frekuensi dan irama jantung

Respon: Nadi 110x/menit, Irama reguler

4. Pukul 14.30 Memonitoring balance cairan setiap 6jam

Respon:

- Input : infus 1000 cc/24 jam + minum 350cc/24 jam + injeksi 18cc/24jam + extrajuce 250cc
- Output : urine tampung 1100 cc/24 jam, IWL 600 cc

Balance cairan = input – output

$$= (1000cc + 350cc + 18cc + 250cc) - (1100cc + 600cc)$$

$$= 1618cc - 1700cc$$

$$= -82$$

5. Pukul 15.00 mengobservasi tanda-tanda vital
Respon: TD: 115/80 mmHg, N: 100x/menit, S: 36°C, RR: 29x/menit,
MAP: 80mmHg, SPO2: 98%.
6. Pukul 17.00 Memberikan injeksi furosemide 3x1 amp dan obat oral isdn
5mg, aspilet 1tab, cpg 300gr
Respon: klien kooperatif dan tidak ada alergi obat
7. Pukul 17.00 Mengobservasi tanda tanda vital
Respon: TD : 110/60 mmhg, RR : 23 x/mnt, N : 120 x/mnt , SPO2 : 98%,
S : 37,5 °C, MAP: 76 mmhg
8. Pukul 17.00 Melakukan auskultasi bunyi jantung
Respon: terdengar bunyi S1 dan S2 tunggal
9. Pukul 17.00 Memonitoring frekuensi dan irama jantung
Respon: N : 130 x/mnt, irama irreguler

Pelaksanaan tanggal 06 juli 2016

1. Pukul 14.20 Menyapa klien, Mengucapkan salam dan Menyebutkan nama
Respon: klien kooperatif dan gcs 456
2. Pukul 14.20 Melakukan auskultasi bunyi jantung
Respon: didapati bunyi S1 dan S2 tunggal
3. Pukul 14.20 Memonitoring frekuensi dan irama jantung
Respon: Nadi 110x/menit, Irama reguler
4. Pukul 14.30 Memonitoring balance cairan setiap 6jam
Respon:
 - Input : infus 1000 cc/24 jam + minum 350cc/24 jam + injeksi
18cc/24jam + extrajuce 250cc

- Output : urine tampung 1300 cc/24 jam, IWL 600 cc

Balance cairan = input – output

$$\begin{aligned}
 &= (1000\text{cc} + 350\text{cc} + 18\text{cc} + 250\text{cc}) - (1300\text{cc} + \\
 &\quad 600\text{cc}) \\
 &= 1718\text{cc} - 1900\text{cc} \\
 &= -182\text{cc}
 \end{aligned}$$

5. Pukul 15.00 mengobservasi tanda-tanda vital

Respon: TD: 125/85 mmHg, N: 105x/menit, S: 36°C, RR: 20x/menit,
MAP: 80mmHg, SPO2: 98%.

6. Pukul 15.10 Memberikan oksigen tambahan dengan O2 nasal canul 3lpm

Respon: RR = 24x/mnt Spo2 = 98 %

7. Pukul 17.00 Memberikan injeksi furosemide 3x1 amp dan obat oral isdn

5mg, aspilet 1tab, cpg 300gr

Respon: klien kooperatif dan tidak ada alergi obat

8. Pukul 17.00 Mengobservasi tanda tanda vital

Respon: TD : 115/65 mmhg, RR : 20 x/mnt, N : 130 x/mnt , spo2 : 98%,
S : 37,2 °C, MAP: 80mmhg

9. Pukul 17.00 Melakukan auskultasi bunyi jantung

Respon: terdengar bunyi S1 dan S2 tunggal

10. Pukul 17.00 Memonitoring frekuensi dan irama jantung

Respon: N : 120 x/mnt, irama reguler

B. Diagnosa Keperawatan 1 Pada Klien Tn.A Umur 34 Tahun

Pelaksanaan tanggal : 27 juli 2016

1. Pukul 14.00 membina hubungan baik dan saling percaya kepada klien dan keluarga klien seperti memperkenalkan nama, memperkenalkan profesi, tujuan ke klien, anamneses, pengkajian, pemeriksaan fisik dengan menggunakan komunikasi terapeutik.

Respon: klien sangat percaya dan dapat menerima tujuan peneliti dengan baik

2. Pukul 14.00 mengkaji keadaan klien sesuai dengan literatur asuhan keperawatan.

Respon: klien menjawab semua pertanyaan dengan kooperatif dan keluarga klien juga ikut membantu menjawab apa yang sudah ditanyakan

3. Pukul 14.20 melakukan auskultasi bunyi jantung

Respon: didapati bunyi jantung S1 dan S2 tunggal

4. Pukul 15.00 melakukan observasi tanda-tanda vital

Respon: TD: 121/85 mmHg, N: 90x/menit, S: 36°C, RR: 27x/menit, MAP: 84mmHg, SpO²: 96%.

5. Pukul 15.10 Memonitoring frekuensi dan irama jantung

Respon: nadi 95x/menit, irama reguler

6. Pukul 15.10 Monitoring balance cairan setiap 6jam

Respon:

- Input : infus 1000 cc/24 jam + minum 350cc/24 jam + injeksi 20cc/24jam + extrajuice 250cc
- Output : urine tampung 1400 cc/24 jam, IWL 975 cc

Balance cairan = input – output

$$\begin{aligned}
 &= (1000\text{cc} + 350\text{cc} + 20\text{cc} + 250\text{cc}) - (1400\text{cc} + \\
 &\quad 975\text{cc}) \\
 &= 1620\text{cc} - 2375\text{cc} \\
 &= -755
 \end{aligned}$$

7. Pukul 16.00 mengobservasi tanda-tanda vital

Respon: TD: 130/85 mmHg, N: 90x/menit, S: 36°C, RR: 25x/menit, MAP: 80mmHg, SPO2: 98%.

8. Pukul 17.00 memberikan injeksi furosemide 3x1 amp dan obat oral isdn 5mg, aspilet 1tab, cpg 300gr.

Respon: klien kooperatif dan tidak ada alergi obat

9. Pukul 17.00 memonitoring frekuensi dan irama jantung

Respon: N : 100 x/menit, irama reguler

Pelaksanaan tanggal : 28 juli 2016

1. Pukul 14.00 Menyapa klien, Mengucapkan salam dan Menyebutkan nama

Respon: klien kooperatif dan gcs 456

2. Pukul 14.00 Melakukan auskultasi bunyi jantung

Respon: didapati bunyi S1 dan S2 tunggal

3. Pukul 14.05 Memonitoring frekuensi dan irama jantung

Respon: Nadi 110x/menit, Irama reguler

4. Pukul 14.30 Memonitoring balance cairan setiap 6jam

Respon:

- Input : infus 1000 cc/24 jam + minum 500cc/24 jam + injeksi 20cc/24jam + extrajuice 250cc

- Output : urine tampung 1200 cc/24 jam, IWL 600 cc

Balance cairan = input – output

$$= (1000\text{cc} + 500\text{cc} + 20\text{cc} + 250\text{cc}) - (1200\text{cc} + 600\text{cc})$$

$$= 1770\text{cc} - 1800\text{cc}$$

$$= -30\text{cc}$$

5. Pukul 15.00 mengobservasi tanda-tanda vital

Respon: TD: 115/80 mmHg, N: 115x/menit, S: 36°C, RR: 22x/menit,

MAP: 80mmHg, SPO2: 98%.

6. Pukul 17.00 Memberikan injeksi furosemide 3x1 amp dan obat oral isdn 5mg, aspilet 1tab, cpg 300gr

Respon: klien kooperatif dan tidak ada alergi obat

7. Pukul 17.00 Mengobservasi tanda tanda vital

Respon: TD : 110/60 mmhg, RR : 20 x/mnt, N : 120 x/mnt , SPO2 : 98%,

S : 37,5 °C, MAP: 76 mmhg

8. Pukul 17.00 Melakukan auskultasi bunyi jantung

Respon: terdengar bunyi S1 dan S2 tunggal

9. Pukul 17.00 Memonitoring frekuensi dan irama jantung

Respon: N : 130 x/mnt, irama irreguler

Pelaksanaan tanggal 29 juli 2016

11. Pukul 14.00 Menyapa klien, Mengucapkan salam dan Menyebutkan nama

Respon: klien kooperatif dan gcs 456

12. Pukul 14.00 Melakukan auskultasi bunyi jantung

Respon: didapati bunyi S1 dan S2 tunggal

13. Pukul 14.05 Memonitoring frekuensi dan irama jantung

Respon: Nadi 120x/menit, Irama reguler

14. Pukul 14.30 Memonitoring balance cairan setiap 6jam

Respon:

- Input : infus 1000 cc/24 jam + minum 500cc/24 jam + injeksi
20cc/24jam + extrajuce 250cc

- Output : urine tampung 1200 cc/24 jam, IWL 600 cc

Balance cairan = input – output

$$= (1000\text{cc} + 500\text{cc} + 20\text{cc} + 250\text{cc}) - (1200\text{cc} + 600\text{cc})$$

$$= 1770\text{cc} - 1800\text{cc}$$

$$= -30\text{cc}$$

15. Pukul 15.00 mengobservasi tanda-tanda vital

Respon: TD: 125/85 mmHg, N: 105x/menit, S: 36°C, RR: 19x/menit,
MAP: 75mmHg, SPO2: 98%.

16. Pukul 17.00 Memberikan injeksi furosemide 3x1 amp dan obat oral isdn

5mg, aspilet 1tab, cpg 300gr

Respon: klien kooperatif dan tidak ada alergi obat

17. Pukul 17.00 Mengobservasi tanda tanda vital

Respon: TD : 110/60 mmhg, RR : 19x/mnt, N : 130 x/mnt , spo2 : 98%,
S : 37,5 °C, MAP: 84mmhg

18. Pukul 17.00 Melakukan auskultasi bunyi jantung

Respon: terdengar bunyi S1 dan S2 tunggal

19. Pukul 17.00 Memonitoring frekuensi dan irama jantung

Respon: N : 120 x/mnt, irama reguler

4.1.7 Evaluasi Keperawatan

A. Pada Klien Pertama Ny.S 78 tahun

Evaluasi tanggal 04 juli 2016

Evaluasi jam 19.00 WIB

S : klien mengatakan nyeri dada sebelah kiri

O : klien tampak gelisah dan menyeringai dengan GCS 456, akral dingin, CRT <2detik

TD : 90/50 mmhg N : 130x/mnt MAP: 60 mmhg

S : 37°C RR : 30x/mnt Spo2 98 %

Didapati bunyi S1 dan S2 tunggal

Pada pemeriksaan EKG terdapat atrial fibrillation, left axis deviation

Input : infus 1000 cc/24 jam + minum 350cc/24 jam + injeksi 20cc/24jam + extrajuice 250cc

Output : urine tampung 1200 cc/24 jam, IWL 600 cc

Balance cairan = input – output

$$= (1000\text{cc} + 350\text{cc} + 18\text{cc} + 250\text{cc}) - (1200\text{cc} + 600\text{cc})$$

$$= 1680\text{cc} - 1800\text{cc}$$

$$= -120\text{cc}$$

A : Masalah belum teratasi

P : Rencana tindakan no 1 – 5 dilanjutkan

Evaluasi tanggal 05 juli 2016

Evaluasi jam 19.00 WIB

S : klien mengatakan masih nyeri dada sebelah kiri

O : Pasien didapati GCS 456, klien tampak menyeringai, CRT <2detik

TD : 110/60 mmhg N : 135x/mnt

Irama nadi reguler

S : 36°C RR : 23x/mnt

Spo2 : 98 % MAP : 76 mmhg

Didapati bunyi jantung S1 dan S2 tunggal

Pada pemeriksaan EKG terdapat atrial fibrillation, left axis deviation

Input : infus 1000 cc/24 jam + minum 350cc/24 jam + injeksi 18cc/24jam + extrajuce 250cc

Output : urine tampung 1100 cc/24 jam, IWL 600 cc

Balance cairan = input – output

$$= (1000cc + 350cc + 18cc + 250cc) - (1100cc + 600cc)$$

$$= 1618cc - 1700cc$$

$$= -82$$

A : Masalah teratasi sebagian

P : Rencana tindakan 1 – 5 dilanjutkan

Evaluasi tanggal 06 juli 2016

Evaluasi jam 19.00 WIB

S : klien mengatakan nyeri sedikit berkurang

O : Pasien didapati GCS 456, akral dingin,

TD : 100/70 mmhg N : 135x/mnt

Irama nadi reguler MAP : 80 mmhg

S : 37°c RR : 18x/mnt

Spo2 98 %

Input : infus 1000 cc/24 jam + minum 350cc/24 jam + injeksi
18cc/24jam + extrajuice 250cc

Output : urine tampung 1300 cc/24 jam, IWL 600 cc

Balance cairan = input – output

$$= (1000\text{cc} + 350\text{cc} + 18\text{cc} + 250\text{cc}) - (1300\text{cc} + 600\text{cc})$$

$$= 1718\text{cc} - 1900\text{cc}$$

$$= -182\text{cc}$$

A : Masalah teratasi sebagian

P : Rencana tindakan 1 – 5 dilanjutkan

B. Pada Klien Pertama Tn.A 34 tahun**Evaluasi tanggal 27 juli 2016**

Evaluasi jam 19.00 WIB

S : klien mengatakan nyeri dada sebelah kiri

O : klien tampak gelisah dan menyeringai dengan GCS 456, akral
dingin

TD : 110/70 mmhg N : 120x/mnt MAP: 80 mmhg

S : 37°C RR : 24x/mnt Spo2: 98 %

Didapati bunyi S1 dan S2 tunggal

Pada pemeriksaan EKG terdapat sinus rhythm, anterior myocardial infarction (V2,V3,V4), abnormal Q Wave (I,V5).

Input : infus 1000 cc/24 jam + minum 350cc/24 jam + injeksi 20cc/24jam + extrajuce 250cc

Output : urine tampung 1400 cc/24 jam, IWL 975 cc

Balance cairan = input – output

$$= (1000\text{cc} + 350\text{cc} + 20\text{cc} + 250\text{cc}) - (1400\text{cc} + 975\text{cc})$$

$$= 1620\text{cc} - 2375\text{cc}$$

$$= -755$$

A : Masalah belum teratasi

P : Rencana tindakan no 1 – 5 dilanjutkan

Evaluasi tanggal 28 juli 2016

Evaluasi jam 19.00 WIB

S : klien mengatakan masih nyeri dada sebelah kiri

O : Pasien didapati GCS 456, klien tampak menyeringai

TD : 110/75 mmhg N : 125x/mnt

Irama nadi reguler

S : 36°C RR : 20x/mnt

Spo2 : 98 % MAP : 86 mmhg

Didapati bunyi jantung S1 dan S2 tunggal

Pada pemeriksaan EKG terdapat sinus rhythm, anterior myocardial infarction (V2,V3,V4), abnormal Q Wave (I,V5).

Input : infus 1000 cc/24 jam + minum 500cc/24 jam injeksi 20cc/24jam + extrajuce 250cc

Output : urine tampung 1200 cc/24 jam, IWL 600 cc

Balance cairan = input – output

$$\begin{aligned}
 &= (1000\text{cc} + 500\text{cc} + 20\text{cc} + 250\text{cc}) - (1200\text{cc} + \\
 &\quad 600\text{cc}) \\
 &= 1770\text{cc} - 1800\text{cc} \\
 &= -30\text{cc}
 \end{aligned}$$

A : Masalah teratasi sebagian

P : Rencana tindakan 1 – 5 dilanjutkan

Evaluasi tanggal 29 juli 2016

Evaluasi jam 19.00 WIB

S : klien mengatakan nyeri sedikit berkurang

O : Pasien didapati GCS 456, akral dingin,

TD : 100/70 mmhg N : 120x/mnt

Irama nadi reguler MAP : 82 mmhg

S : 36°c RR : 17x/mnt

Spo2 : 98 %

Didapati bunyi jantung S1 dan S2 tunggal

Pada pemeriksaan EKG terdapat sinus rhythm, anterior myocardial infarction (V2,V3,V4), abnormal Q Wave (I,V5).

Input : infus 1000 cc/24 jam + minum 500cc/24 jam + injeksi
20cc/24jam + extrajuce 250cc

Output : urine tampung 1200 cc/24 jam, IWL 600 cc

Balance cairan = input – output

$$= (1000\text{cc} + 500\text{cc} + 20\text{cc} + 250\text{cc}) - (1200\text{cc} + 600\text{cc})$$

$$= 1770\text{cc} - 1800\text{cc}$$

$$= -30\text{cc}$$

A : Masalah teratasi sebagian

P : Rencana tindakan 1 – 5 dilanjutkan

4.2 Pembahasan

Dalam bab ini penulis akan menguraikan kesenjangan-kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus selama melaksanakan asuhan keperawatan klien pada *Decompensasi Cordis Kiri* di Ruang ICU RSI Darus Syifa' Benowo Surabaya yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

4.2.1 Pengkajian Keperawatan

Pada tahap pengumpulan data, penulis tidak mengalami kesulitan karena klien dan pihak keluarga klien sangat menerima penulis dengan baik, penulis juga memperkenalkan diri sebelumnya serta menjelaskan maksud dan tujuan penulis yaitu memberikan asuhan keperawatan pada kedua klien sehingga dengan terjalinnya hubungan yang kooperatif antara penulis dengan klien maupun pihak keluarga yang mengantar klien sampai ke Ruang ICU RSI Darus Syifa' Benowo Surabaya.

Berdasarkan pengkajian yang didapatkan pada klien pertama Ny.S dengan usia 78 tahun dan klien kedua Tn.A dengan usia 34 tahun. Perbandingan usia antara kedua klien yang sangat jauh dikarenakan klien pertama Ny.S usianya sudah lanjut dan kekuatannya untuk beraktivitas juga sudah mulai menurun sedangkan klien kedua Tn.A memiliki riwayat merokok dan mudah lelah. Pada tinjauan kedua kasus didapatkan data klien mengeluh sesak nafas, nyeri dada sebelah kiri, odem pada ekstremitas dan belum BAB. Pada tinjauan pustaka didapatkan data klien sesak nafas terasa berat, nyeri dada, kelemahan fisik, ditemukan sianosis perifer, penurunan pengeluaran urine, penurunan nafsu makan, mual muntah, penurunan turgor kulit, berkeringat, cepat lelah, gangguan aktivitas karena odem pada ekstremitas (Muttaqin, 2012). Maka terjadi kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan teori karna pada tinjauan kasus pada klien pertama dan kedua tidak mengalami gangguan pada eliminasi uri dan tidak terdapat oliguria.

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Perumusan diagnosa keperawatan disesuaikan dengan kondisi dan keluhan yang terjadi pada klien. Diagnosa keperawatan yang sama antara klien pertama dan klien kedua , yaitu penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas miokard jantung.

Pada tinjauan pustaka ditemukan 3 diagnosa keperawatan yaitu penurunan curah jantung berhubungan dengan kontraktilitas miokard jantung, ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan keletihan otot-otot pernapasan dan gangguan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan nafsu makan menurun. Berdasarkan dalam tinjauan

pustaka diagnosa keperawatan yang muncul pada klien yang mengalami *decompensasi cordis* kiri menurut (NANDA, 2015) yaitu penurunan curah jantung berhubungan dengan kontraktilitas miokard jantung, perubahan frekuensi irama jantung, perubahan preload, dan perubahan afterload.

Pada kedua klien didapatkan etiologi dan masalah yang sama yaitu penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas mikard jantung. Sehingga antara diagnosa pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terdapat kesenjangan karna dalam menentukan diagnose keperawatan menyesuaikan dengan kondisi klien dan karna data subyektif dan obyektif klien tidak menunjukkan data untuk diagnosa-diagnosa sesuai dengan tinjauan pustaka.

4.2.3 Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan yang dibuat untuk mengatasi masalah penurunan curah jantung pada kedua klien sama. Perencanaan keperawatan bertujuan untuk mengatasi curah jantung dapat kembali normal selama 3x24 jam dengan kriteria hasil : TTV dalam batas normal Tekanan darah : (sistole : 100 – 140 mmhg) (diastole 90 – 60 mmhg), MAP: 70 - 105 mmhg, Suhu : 36,5°C – 37,5°C, RR : 16 – 24 x/mnt, Nadi teraba Kuat, Tidak ada distensi vena jugularis, Bunyi jantung S1 S2 tunggal dan tidak ada penurunan kesadaran, tidak ada asites dan edema paru perifer, tidak ada kelelahan, CRT <2 detik, irama jantung normal dan produksi urine >30ml/jam.

Pada perencanaan keperawatan ini penulis akan berfokus kepada kedua klien dengan masalah keperawatan penurunan curah jantung yang menjadi masalah utama baik dalam tinjauan pustaka maupun tinjauan kasus

pertama maupun kedua. Perencanaan untuk penurunan curah jantung berhubungan dengan frekuensi irama jantung yaitu Observasi tanda tanda vital (Tensi darah, nadi, suhu, perfusi) tiap 1 jam sekali, Monitor Auskultasi bunyi jantung tiap 4 jam, Pantau frekuensi jantung dan irama jantung tiap 1 jam, Monitor balance cairan tiap 6 jam dan Kolaborasi dalam pemberian therapy diuretic seperti furosemide.

Penulis dalam menyusun rencana tindakan keperawatan tidak mengalami hambatan dikarenakan penulis berdiskusi terlebih dahulu kepada klien, keluarga klien dan perawat yang ada di ruangan agar tidak ada kesalah fahaman dalam penentuan perencanaan tindakan keperawatan. Maka didapatkan hasil tidak terjadi kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus pertama maupun kedua yang mana tujuan dari mengukur balance cairan, memantau irama jantung dan kolaborasi dengan dokter dapat mengeluarkan cairan yang ada didalam tubuh pada klien.

4.2.4 Pelaksanaan Keperawatan

Pada tahap ini tindakan keperawatan harus disesuaikan dengan rencana yang telah dirumuskan dan tidak menyimpang dengan program medis. Pada tinjauan pustaka tidak dilakukan tindakan pelaksanaan karena tidak ada klien. Karena tidak semua tindakan dalam perencanaan teori bisa dilakukan dalam pelaksanaan di lahan praktek, maka pelaksanaan harus disesuaikan dengan standart oprasional prosedur (SOP) Rumah Sakit Islam Darus Syifa' Benowo dan dengan bantuan keluarga klien. Pelaksanaan tindakan keperawatan pada kasus merupakan pengembangan dari teoritis yang dimodifikasi sesuai dengan kebiasaan tempat pelayanan. Dalam hal ini

pelaksanaan tindakan pada kasus pertama maupun kedua pada sindrom koroner akut mengikuti standart oprasional prosedur (SOP) di Rumah Sakit Islam Darus Syifa' Benowo.

Pelaksanaan yang terlaksana pada klien pertama dan kedua adalah melaksanakan Observasi tanda tanda vital (Tensi darah, nadi, suhu, perfusi) tiap 1 jam sekali, Monitor Auskultasi bunyi jantung tiap 4 jam, Pantau frekuensi jantung dan irama jantung tiap 1 jam, Monitor balance cairan tiap 6 jam dan Kolaborasi dalam pemberian therapy diuretic seperti furosemide seperti furosemide dsb. Pelaksanaan yang tidak terlaksana pada tinjauan kasus pertama dan tinjauan kasus kedua tidak ada karena penulis melaksanakan sesuai perencanaan tindakan.

Pelaksanaan keperawatan dilakukan sebaik mungkin menyesuaikan dengan keadaan dari kondisi klien saat ini. Dalam pelaksanaan pada kedua klien ini penulis tidak mengalami hambatan dikarenakan kedua klien dan keluarga klien kooperatif dengan tindakan medis yang dilakukan oleh penulis yang sesuai dengan standart operasional prosedur yang ada dirumah sakit tersebut. Pelaksanaan kepada kedua kasus terlaksanakan semua sesuai dengan rencana tindakan.

4.2.5 Evaluasi Keperawatan

Pada tinjauan kasus dilakukan dengan pengamatan dan menanyakan langsung pada klien dan keluarga klien yang di dokumentasikan dalam catatan perkembangan sedangkan pada tinjauan pustaka tidak menggunakan catatan perkembangan karena klien tidak ada sehingga tidak dilakukan evaluasi. Evaluasi untuk setiap diagnosa keperawatan pada tinjauan

kasus dapat tercapai sesuai dengan tujuan dan kriteria yang diharapkan dan dituliskan berdasarkan respon klien terhadap asuhan keperawatan yang telah diberikan dan dilanjutkan dalam catatan perkembangan.

Adapun uraian evaluasi pada tinjauan kasus pertama dan kedua setelah dilakukan tindakan selama 3x24 pada tinjauan kasus pertama didapatkan data klien mengatakan nyeri sedikit berkurang, dan data obyektif klien didapati GCS 456, akral dingin, TD : 100/70 mmhg, N : 135x/mnt , Irama nadi reguler, MAP : 80 mmhg, S : 37°C, RR : 18x/mnt, Spo2 98 %, masalah teratasi sebagian dan rencana tindakan 1 – 5 masih dilanjutkan. Sedangkan pada tinjauan kasus kedua didapatkan data subyektif klien mengatakan nyeri sedikit berkurang dan data obyektifnya klien didapati GCS 456, akral dingin, TD : 100/70 mmhg, N : 120x/mnt, Irama nadi reguler MAP : 82 mmhg, S : 36°C, RR : 17x/mnt, Spo2 : 98 %, didapati bunyi jantung S1 dan S2 tunggal, pada pemeriksaan EKG terdapat sinus rhythm, anterior myocardial infarction (V2,V3,V4), abnormal Q Wave (I,V5), masalah teratasi sebagian, dan rencana tindakan 1 – 5 dilanjutkan.