

## **BAB 4**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

Dalam bab ini berisi dua klien dengan Sindrom Koroner Akut di Ruang ICU di RSUD IBNU SINA Gresik yang menggunakan 5 tahap proses keperawatan yaitu pengkajian keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

#### **4.1 HASIL**

##### **4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian**

Dalam penelitian ini, lokasi penelitian berada di Rumah Sakit Umum Daerah Ibnu Sina Gresik di Ruang Intensive Care Unit adalah ruang khusus untuk klien yang membutuhkan perawatan intensive dan observasi. Ruang ICU memiliki 10 bed masing-masing dilengkapi dengan monitor, ruangan ber AC dan memiliki pencahayaan yang baik. Di ruang ICU terdapat 12 perawat.

##### **4.1.2 PENGKAJIAN**

###### **1. Identitas Klien**

Ny.J umur 67 tahun jenis kelamin perempuan, beragama islam, alamat xxxx, suku jawa bangsa Indonesia, pendidikan terakhir SMP dan pekerjaan sekarang sebagai ibu rumah tangga. Penanggung jawab Tn.S, nomor rekam medis 222xxxx, tanggal masuk rumah sakit 02 agustus 2016 pukul dengan diagnosa medis sindrom coroner akut di ruang icu bed 3. Tanggal pengkajian 02 agustus 2016 pukul 15.00 wib dan sumber informasi dari klien dan keluarga klien.

Ny.S umur 63 tahun berjenis kelamin perempuan, beragama islam, alamat xxxx, suku jawa bangsa Indonesia, pendidikan terakhir SMP. Penanggung jawab

Tn.R , nomor rekam medis 643xxxx, tanggal masuk rumah sakit 02 agustus 2016 pukul 11.00 wib dengan diagnosa medis sindrom koroner akut di ruang icu bed 5. Tanggal pengkajian 02 agustus 2016 pukul 15.00 wib dan sumber informasi dari klien dan keluarga klien

## **2. Keluhan Utama**

Klien Ny. J : mengatakan sesak nafas

Klien Ny. S : mengatakan sesak nafas

## **3. Riwayat Penyakit Sekarang**

Klien Ny. J mengatakan sesak nafas, badan lemes, nyeri saat beraktivitas sampai bagian punggung belakang pada jam 11.00 wib tanggal 02 agustus 2016, klien mengeluh sesak nafas, badan lemes tiba-tiba jatuh dan terduduk disertai nyeri dada sampai punggung belakang, kemudian klien dibawa keluarganya ke RSUD Ibnu Sina Gresik jam 12.00, ketika di IGD klien diberi terapi isdn 2 mg, O2 nasal canul 4lpm dan infus pz 14tpm. setelah itu oleh dokter di IGD klien disarankan untuk rawat inap, lalu klien di bawa ke ruang ICU dengan diagnosa medis Sindrom Koroner Akut.

Klien Ny. S mengatakan sesak nafs, badan lemas, gelisah, pusing dan batuk, pagi hari pukul 07.00 klien berjalan – jalan didepan rumah tiba-tiba pasien merasa sesak nafas, lemes pucat, berkeringat dingin, disertai nyeri dada dan batuk pada jam 09.00 klien dibawa ke IGD RSUD Ibnu Sina Gresik dan disarankan untuk rawat inap, diberi terapi ISDN 5mg, O2 simple face mask 6lpm dan infus RL 14tpm setelah itu oleh dokter disarankan untuk rawat inap lalu klien dibawa ke ruang ICU dengan diagnosa medis Sindrom Koroner Akut.

#### **4. Riwayat Penyakit Dahulu**

Klien Ny. J mengatakan  $\pm 5$  bulan yang lalu sempat terkena penyakit jantung dan pernah dirawat di Ruang ICU Ibnu Sina tapi sekarang sudah sembuh dan klien masih kontrol ke pelayanan kesehatan setiap bulannya, klien juga menderita diabetes mellitus selama  $\pm 10^{\text{th}}$  dan melakukan terapi insulin 16 unit secara mandiri dirumah.

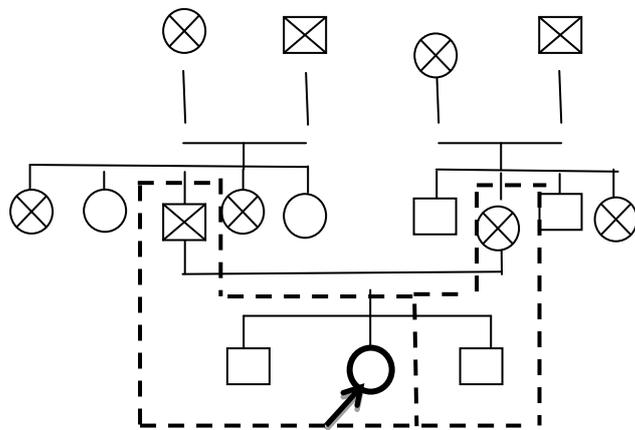
Klien Ny. S menderita hipertensi 2th, baru pertama kali rawat inap di rumah sakit di ruang ICU, biasanya hanya melakukan perawatan di puskesmas. Klien juga mempunyai riwayat penyakit hipertensi  $\pm 5^{\text{th}}$  dan mengkonsumsi obat hipertensi secara teratur.

#### **5. Riwayat Penyakit Keluarga**

Klien Ny. J mengatakan riwayat penyakit pada keluarganya, ada yang memiliki riwayat hipertensi yaitu neneknya dan meninggal akibat penyakit jantung

Klien Ny. S mengatakan riwayat penyakit pada keluarganya, ayah mempunyai riwayat penyakit diabetes dan penyakit jantung dan telah meninggal.

**6. Genogram Klien Pertama**

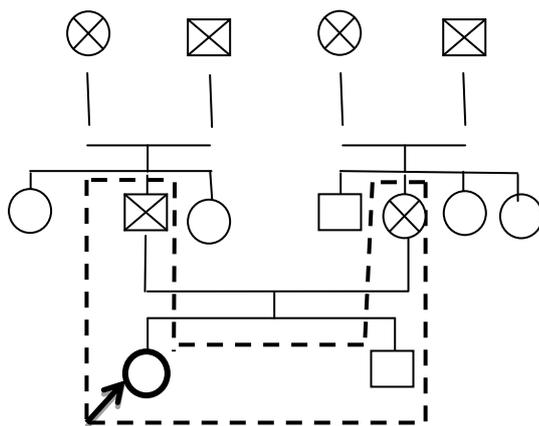


**Keterangan :**

- : laki-laki
- : perempuan
- ⊙ : klien
- - - : tinggal satu rumah
- ⊗ : meninggal dunia

Gambar 4.1 Genogram Klien Pertama

**Genogram Klien Kedua**



**Keterangan :**

- : laki-laki
- : perempuan
- ⊙ : klien
- - - : tinggal satu rumah
- ⊗ : meninggal dunia

Gambar 4.2 Genogram Klien Kedua

## 7. Pemeriksaan Fisik Refiew of syistem (pengkajian per syistem)

### 1. B1 : Sistem Pernafasan

Klien pertama Ny.J

Subyektif : Klien mengatakan sesak nafas, nyeri dada daerah thoraks

Obyektif : pernafasan klien spontan, bentuk dada normal chest, adanya nafas cuping hidung, pada palpasi terdapat retraksi intercosta, RR 24x/menit irama regular dan kedalaman normal, dispnea , perkusi sonor, tidak terdapat suara tambahan seperti ronkhi dan wheezing, terpasang O2 nasal canul 4 Lpm, spo2 98 %, posisi head up 30<sup>0</sup>.

Problem : ketidakefektifan pola nafas

Klien Kedua Ny. S

Subyektif : Klien mengatakan sesak dan batuk

Obyektif : pernafasan klien spontan, bentuk dada normal chest, klien tampak gelisah, adanya retraksi intercostal, terdapat nafas cuping hidung, RR 29x/menit irama regular kedalaman normal, dispnea, Perfusi dingin, perkusi sonor, tidak terdapat suara tambahan seperti ronkhi dan wheezing, terpasang O2 simple face mask 6 Lpm, spo2 97 %, posisi head up 30<sup>0</sup>, terdapat secret, dengan terapi pemberian nebul ventolin / 8jam

Problem : ketidakefektifan pola nafas

### 2. B2 : Sistem Kardiovaskular

Klien pertama Ny.J

Subyektif : Klien mengatakan nyeri dada

Obyektif : Bentuk normal chest, klien tampak meringis kesakitan, tidak terpasang CVP, tidak ada cardiomegali, CRT <2dtk, akral dingin, Perfusi dingin distensi vena jugularis, terdengar suara jantung s1 s2 tunggal. TD : 140/90 mmhg, N: 120x/menit irama reguler dan cepat, Gambaran EKG nampak gelombang T terbalik lead II, III, AVF, V5, V6 menunjukkan iskemik dan gelombang R tinggi pada lead V5, V6 menunjukkan LVH ( Left Ventricular Hipertrophy)

Problem : Nyeri akut

Klien Kedua Ny. S

Subyektif : Klien mengatakan nyeri dada

Obyektif : Bentuk normal chest, klien tampak menyeringai kesakitan, tidak terpasang CVP, hasil foto thorak cardiomegali, CRT <2dtk, akral dingin, perfusi dingin distensi vena jugularis , terdengar suara jantung s1 s2 tunggal. TD : 130/73 mmHg N: 77x/mnt, nadi reguler dan lambat, EKG gambaran LBBB (*Left Bundle Branch Block*) ditunjukkan dengan adanya notching atau gelombang R sekunder pada lead II, V5 dan rythm, gelombang R-S memanjang pada V1-V2-V3

Problem : nyeri akut

### 3. B3 : Sistem Persyarafan

Klien pertama Ny.J

Subyektif : Klien mengatakan tidak pusing

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

Problem : tidak ada masalah keperawatan

Klien kedua Ny. S

Subyektif : Klien mengatakan pusing

Obyektif : GCS : 456 , kesadaran umum klien compos mentis CRT <2detik, tidak ada sianosis perifer, klien tampak gelisah, pupil isokor, tidak ada kejang, klien tampak menyeringai, nyeri pada dada

Problem : nyeri akut

#### 4. B4 : Sistem Perkemihan

Klien Ny. J

Subyektif : Klien mengatakan kencing lewat selang kateter

Obyektif : Tidak distended, jumlah produksi urine 1200cc/24jam, tidak terdapat oliguria, terpasang dower kateter no.16, warna kuning , bau khas urine, tidak terdapat kemerahan di sekitar uretra

Problem : tidak ada ,masalah keperawatan

Klien Ny. S

Subyektif : klien mengatakan kencing lewat selang kateter

Obyektif : Tidak distended, terpasang dower cateter uk.16 terfiksasi, produksi urine baik, jumlah produksi urine 1750cc/24jam, tidak terdapat oliguria, warna kuning , bau khas urine, tidak terdapat kemerahan di sekitar uretra.

Problem : tidak ada masalah keperawatan

## 5. B5 : Sistem Gastrointestinal

Klien Ny. J

Subyektif : Klien mengatakan BAB lancar sebelum ke rumah sakit sudah  
BAB

Obyektif : Bentuk simetris, flat tidak distended, tidak ada bekas luka jahitan, tidak ada nyeri tekan, tidak kembung, terdengar tympani, peristaltik usus 12x/menit, klien memakai pempers. Tidak terdapat hemoroid.tidak ada hernia.

Problem : tidak ada masalah keperawatan

Klien Ny. S

Subyektif : Klien mengatakan BAB lancar

Obyektif : Bentuk simetris, flat tidak distended, tidak ada bekas luka jahitan, tidak ada nyeri tekan, tidak kembung, terdengar tympani, peristaltik usus 14x/mnt, klien memakai pempers. Tidak terdapat hemoroid. tidak ada hernia. Tidak nampak prolaps uteri.

Problem : tidak ada masalah keperawatan

## 6. B6 : Sistem Muskuloskeletal

Klien Ny. J

Subyektif : klien mengatakan badan lemas

Obyektif : Tonus otot, klien merasa lemas dan hanya berbaring ditempat tidur, aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat

dextra	sinistra
--------	----------

5		5
-----		
5		5

Turgor kulit baik, S: 37°C , pucat, tidak sianosis, ADL dibantu , tidak ada odema, warna kulit kuning langsung, ekstremitas atas dan bawah masih dapat digerakkan dengan baik, sesak dan nyeri saat merubah posisi di tempat tidur, tetapi masih bisa tidur, frekuensi 5-6 jam/hari.

Problem : Intoleransi Aktivitas

Klien Ny. S

Subyektif : klien mengatakan lemas dan merasa lelah

Obyektif : Tonus otot, klien merasa lemas, keringat dingin, aktivitas dibantu perawat dan keluarga

dextra		sinistra
5		5
5		5

Turgor kulit baik, S: 36°C , pucat, tidak sianosis, ADL dibantu, tidak ada odema, warna kulit sawo matang, ekstremitas atas dan bawah masih dapat digerakkan dengan baik, sesak dan nyeri saat bergerak ditempat tidur

Problem : Intoleransi Aktivitas

## 8. Pemeriksaan Penunjang

Pada pemeriksaan laboratorium yang muncul pada klien pertama di dapatkan hasil sebagai berikut : Tanggal :02 - 08 - 2016

### a. Laboratorium

#### *Hematologi :*

HGB : 11,4g/dl	(normal : Pr: 11,5 – 16,0 g/dl)
WBC : 13.400 /cmm	(normal : 4000 – 11.000/cmm)
RBC : 4,60 juta/cmm	(normal : 3,5 – 6,0 juta/cmm)
PCV : 37 %	(normal : 35 % - 50 %)
PLT : 314.000 /cmm	(normal : 150.000 – 450.000/cmm)

#### *Kimia Klinik :*

SGOT : 22 u/l	(normal : pr: < 31 u/l )
SGPT : 25 u/l	(normal : pr: <31 u/l )
BUN : 26,1 mg/dl	(normal : 4,7 – 23,3 mg/dl)
Kreatinin : 1,15 mg/dl	(normal : 0,6 – 1,0 mg/dl)
Cholesterol : 205,9	(normal : < 200 mg/dl)
Trigliserida : 163	(normal : < 150 mg/dl)

#### *Elektrolit :*

Natrium : 143,3 m Eg/l	(normal : 136 – 144 mEq/l)
Kalium : 3,80 m Eg/l	(normal : 4– 5 mEq/l)
Kalsium : 9,12 mg/dl	(normal : 8,0 – 10,7 mg/l)
Klorida : 105,8 m Mol/l	(normal : 98 – 107 m Mol/l)

Pada pemeriksaan laboratorium yang muncul pada klien kedua di dapatkan hasil sebagai berikut : Tanggal : 02 - 08 - 2016

**a. Laboratorium**

***Hematologi :***

HGB : 13,6 g/dl	(normal : Pr: 11,5 – 16,0 g/dl)
WBC : 9.100 /cmm	(normal : 4.000 – 11.000/cmm)
RBC : 5,76 juta/cmm	(normal : 3,5 – 6,0 juta/cmm)
PCV : 40 %	(normal : 35 % - 50 %)
PLT : 245.000 /cmm	(normal : 150.000 – 450.000/cmm)

***Kimia Klinik :***

SGOT : 26 u/l	(normal : pr: < 31 u/l )
SGPT : 29 u/l	(normal : pr: <31 u/l )
BUN : 8,7 mg/dl	(normal : 4,7 – 23,3 mg/dl)
Kreatinin : 0,87 mg/dl	(normal : 0,6 – 1,0 mg/dl)

***Elektrolit :***

Natrium : 133,5 m Eq/l	(normal : 136 – 144 m Eq/l)
Kalium : 4,19 m Eq/l	(normal : 4 – 5 m Eq/l)
Kalsium : 7,28 mg/dl	(normal : 8,0 – 10,7 mg/l)
Klorida : 110,0 m Mol/l	(normal : 98 – 107 m Mol/l)

**b. Foto thorax**

Klien Ny. J

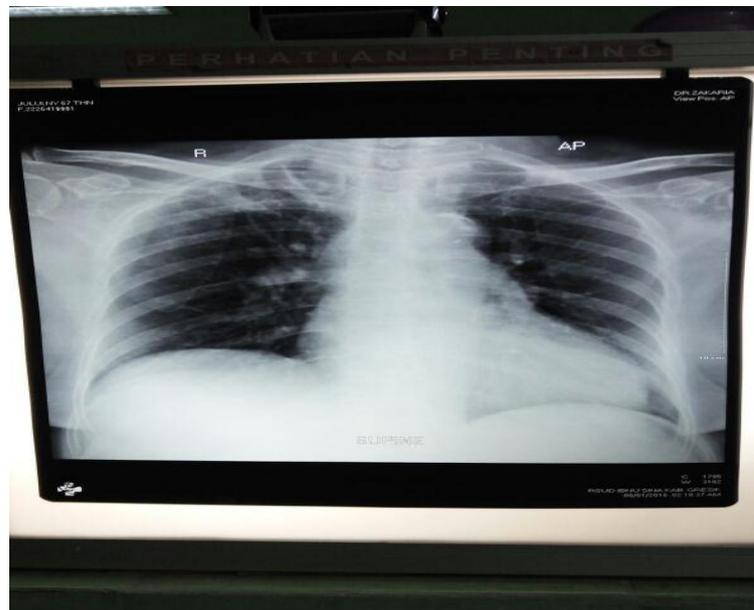
Tanggal : 02 - 08 - 2016

Hasil : tidak nampak pembesaran jantung (kardiomegali)

Klien Ny. S

Tanggal : 02 - 08- 2016

Hasil : terdapat pembesaran jantung (kardiomegali)



Gambar 4.3 foto thorax klien kedua

Penghitungan CTR ( Cardio Thoracic Ratio) untuk mengetahui ratio

kardiomegali dengan rumus :  $CTR = A+B/C$

**A** : jarak MSP dengan dinding kanan terjauh jantung.

**B** : jarak MSP dengan dinding kiri terjauh jantung.

**C** : jarak titik terluar bayangan paru kanan dan kiri.

Jika **CTR** >0.5 maka dikategorikan sebagai *Cardiomegaly*

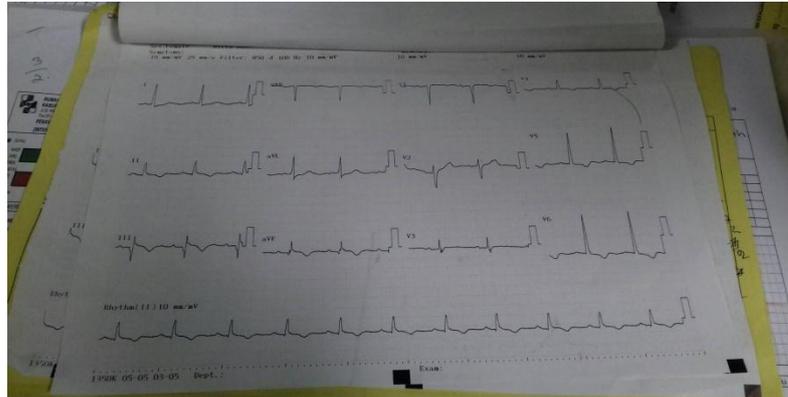
$$A+B/C = 4\text{cm} + 13\text{cm} / 30\text{cm} = 0,56$$

Pada thoraks Ny.S didapatkan hasil pembesaran kardiomegali 0,56

**c. EKG**

Tanggal :02 - 08 - 2016 Jam 15.00 WIB

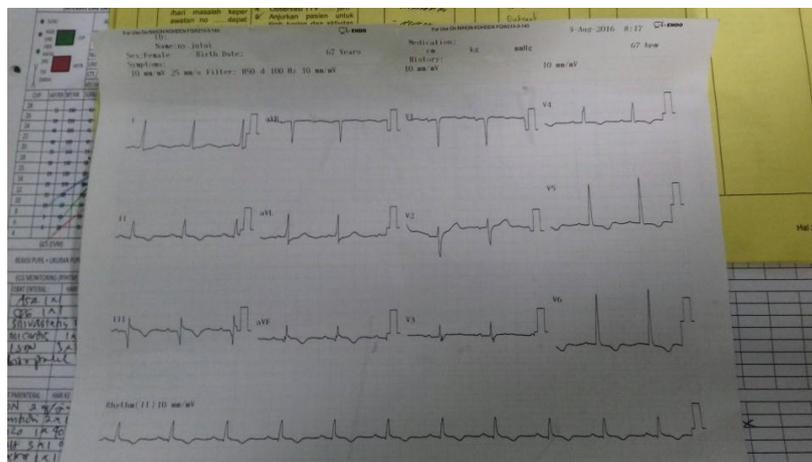
Bacaan EKG : Inferior myocardial infarction, probably recent left ventricular hypertrophy



Gambar 4.4 Hasil pemeriksaan Elektrokardiogram Ny.J

Ket : terdapat gelombang T terbalik lead II, III, AVF, V5,V6 menunjukkan iskemik dan gelombang R tinggi pada lead V5,V6 menunjukkan LVH

Tanggal :03 - 08 - 2016 Jam : 08.00 WIB

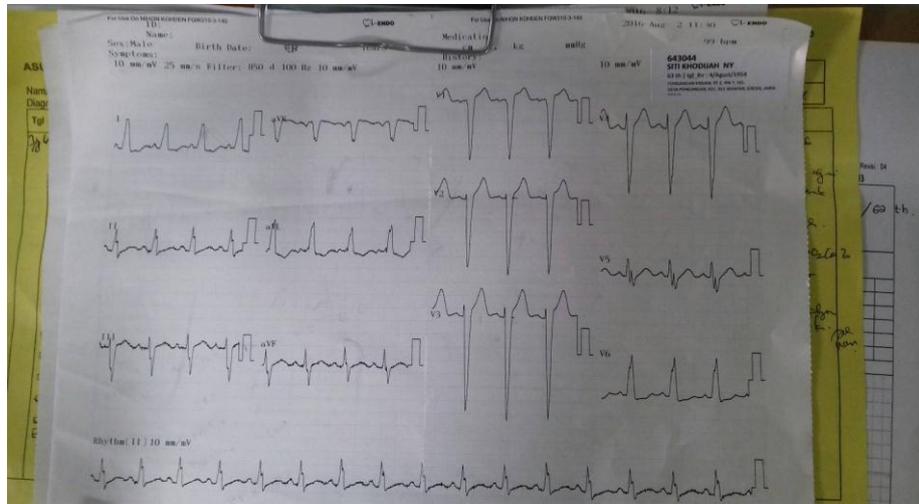


Gambar 4.4 Hasil pemeriksaan Elektrokardiogram Ny.J

Ket : terdapat gelombang T terbalik lead II, III, AVF, V5,V6 menunjukkan iskemik dan gelombang R tinggi pada lead V5,V6 menunjukkan LVH

Tanggal : 02 - 08 - 2016 Jam 11.30 WIB

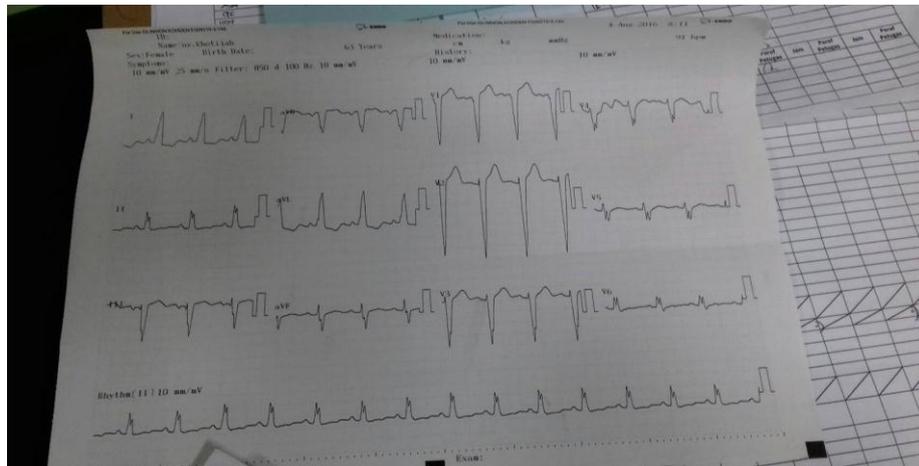
Bacaan : Left Bundle Branch Block



Gambar 4.5 Hasil pemeriksaan Elektrokardiogram Ny.S

Ket : adanya notching atau R sekunder/ R aksen pada lead II, V5, V6 menunjukkan LBBB (Left Bundle Branch Block) gelombang S dalam dan lebar pada lead V1-V3 menunjukkan LVH, ST-Elevasi pada lead III, aVF, V1-V3 menunjukkan adanya infark miokard

Tanggal : 04 - 08 - 2016 Jam 08.00 WIB



Gambar 4.5 Hasil pemeriksaan Elektrokardiogram Ny.S

Ket : adanya notching atau R sekunder/ R aksen pada lead II, V5, V6 menunjukkan LBBB (Left Bundle Branch Block) gelombang S dalam dan lebar pada lead V1-V3 menunjukkan LVH, ST-Elevasi pada lead III, aVF, V1-V3 menunjukkan adanya infark miokard

## 9. Penatalaksanaan / terapi

### Klien Ny. J

Infus PZ 14 tpm , Injeksi ranitidin 2x1amp, Arixtra 1x1/iv, tomit 3x1/iv  
k/p micardis 1x80mg, Bisoprol 1x5mg, Asam asetilsalisilat 1x1tab  
Clopidogrel 1x1mg, Simvastatin 1x20mg, Isdn 3x5mg.

### Klien Ny. S

Infus RL 14 tpm, dan injeksi antrain 1x0,6/iv, drip aminophilin 3amp,  
inj. Levo 1x500mg, Arixtra 1x1/iv dan Per oral Bisoprol 1x5mg, Asa  
1x1tab, Clopidogrel 1x1tab, , nebul ventolin tiap 8jam, dan ISDN 3x5mg

### Daftar masalah keperawatan Ny. J

1. Ketidakefektifan pola nafas
2. Nyeri akut
3. Intoleransi aktivitas

### Daftar masalah keperawatan Ny. S

1. Ketidakefektifan pola nafas
2. Nyeri akut
3. Intoleransi aktivitas

### 4.1.3 ANALISA DATA

Klien Ny. J : Tanggal 02 agustus 2016

#### 1. Kelompok data pertama Ny. J

- a. Data Subyektif : Klien mengatakan sesak nafas
- b. Data Obyektif :Pernafasan klien spontan, adanya nafas cuping hidung, pada palpasi terdapat retraksi intercosta, terdapat bunyi sonor S1 S2 tunggal, tidak ada suara nafas tambahan ronchi/wheezing, RR 24x/menit, dispnea, terpasang O2 nasal canul 4 Lpm, spo2 98 %, posisi head up 30<sup>0</sup>.
- c. Masalah Keperawatan  
Ketidakefektifan pola nafas
- d. Penyebab  
Penurunan Suplai Darah dan Oksigen

Tanggal 02 agustus 2016

#### 1. Kelompok data pertama Ny. S

- a. Data Subyektif : Klien mengatakan sesak,batuk
- b. Data Obyektif : Pernafasan klien spontan, klien tampak gelisah, adanya retraksi intercostal, terdapat nafas cuping hidung, RR 29x/menit, dispnea, Perfusi dingin, terpasang O2 simple face mask 6 Lpm, spo2 96 %, posisi head up 30<sup>0</sup>, terdapat secret, foto thorak kardiomegali
- c. Masalah Keperawatan  
Ketidakefektifan pola nafas

d. Penyebab

Penurunan Suplai Darah dan Oksigen

**2. Kelompok data kedua Ny. J**

- a. Data Subyektif : Klien mengatakan nyeri pada dada
- b. Data Obyektif : Klien tampak gelisah, klien tampak menyeringai, nyeri sampai punggung belakang nyeri pada dada, gambaran EKG gelombang T terbalik pada lead II, III, AVF, V5 dan V6, serta adanya gelombang R yang tinggi pada lead V5 dan V6 menunjukkan adanya LVH (Left Ventrikular Hipertrofi) TD: 140/90 mmhg, N: 120x/mnt, S: 37°C, SPO2: 98%.
- c. Masalah Keperawatan
- Nyeri Akut

d. Penyebab

Iskemia miokard

**2. Kelompok data kedua Ny. S**

- a. Data Subyektif : Klien mengatakan nyeri pada dada
- b. Data Obyektif : Klien tampak gelisah, klien tampak menyeringai, nyeri setelah aktifitas, gambaran LBBB (*Left Bundle Branch Block*) ditunjukkan dengan adanya notching atau gelombang R sekunder pada lead II, V5, V6, gelombang S dalam dan lebar pada V1-V2-V3, ST-Elevasi pada lead III, AVF, V1-V3. TD: 130/73mmHg N:77 x/mnt, S: 36°C, SPO2: 96%.
- c. Masalah Keperawatan
- Nyeri akut
- e. Penyebab
- Infark miokard / nekrosis jaringan

### 3. Kelompok data ketiga Ny. J

a. Data Subyektif : klien mengatakan badan lemas, nyeri dada sampai bahu belakang

b. Data Obyektif : Tonus otot, klien merasa lemas dan hanya berbaring ditempat tidur, aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat

dextra	sinistra
5	5
— —	
5	5

Turgor kulit baik, pucat, tidak sianosis, ADL dibantu keluarga, tidak ada odema, warna kulit kuning langsung, ekstremitas atas dan bawah masih dapat digerakkan dengan baik.

c. Masalah keperawatan

Intoleransi Aktivitas

d. Penyebab

Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

### 3. Kelompok data ketiga Ny.S

a. Data Subyektif : klien mengatakan lemas klien mengatakan lemas dan merasa lelah, sesak dan nyeri

b. Data Obyektif : Tonus otot

dextra	sinistra
5	5
— —	
5	5

Turgor kulit baik, tidak sianosis, ADL dibantu keluarga, tidak ada odema, warna kulit sawo matang, ekstremitas atas dan bawah masih dapat digerakkan dengan baik

c. Masalah keperawatan

Intoleransi aktivitas

d. Penyebab

Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

#### **4.1.4 Diagnosa Keperawatan**

A. Klien pertama Ny.J / 67 tahun

1. Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan Penurunan Suplai Darah dan Oksigen
2. Nyeri Akut berhubungan dengan iskemia miokard
3. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

B. Klien pertama Ny. S / 63 tahun

1. Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan Penurunan Suplai Darah dan Oksigen
2. Nyeri Akut berhubungan dengan infark miokard
3. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

#### **4.1.5 Intervensi Keperawatan pada klien Ny. J / 67th**

Adapun dari diagnosa yang ditemukan penulis menentukan intervensi sesuai dengan masalah prioritas yang ditentukan

##### **Diagnosa Keperawatan**

Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan penurunan suplai darah dan oksigen

##### **NOC**

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pola pernafasan klien meningkat, jalan nafas tidak terganggu

Kriteria Hasil :

1. Tidak ada sianosis dan dispnea, mampu bernafas dengan mudah
2. Menunjukkan jalan nafas paten ( irama nafas, frekuensi nafas dalam rentang normal, tidak ada suara nafas tambahan)
3. Tanda-tanda vital normal (tekanan darah, nadi, suhu, RR, SPO2)
4. Sirkulasi status baik (tidak ada odema, akral hangat)

##### **NIC**

1. Posisikan pasien kepala lebih tinggi dari kaki 15°- 30° untuk memaksimalkan ventilasi

Rasional : posisi dapat membantu pengembangan paru dan mengurangi tekanan dari abdomen pada diafragma

2. Auskultasi suara nafas, catat adanya suara nafas tambahan  
Rasional : untuk mengidentifikasi adanya edema tau penumpukan cairan akibat dekomposisi jantung
3. Monitor status respirasi dan status O<sub>2</sub>  
Rasional : penurunan status oksigen mengindikasikan klien mengalami kekurangan oksigen yang dapat menyebabkan terjadinya hipoksia.
4. Ajarkan latihan pernafasan dalam pada klien minimal 3x perhari  
Rasional : latihan pernafasan dapat mencegah kegagalan pernafasan dan untuk meningkatkan ventilasi dan oksigenasi
5. Monitoring tanda-tanda vital klien ( tekanan darah, nadi, suhu, rr, spO<sub>2</sub>)  
Rasional : mengetahui adanya perkembangan klien dan perubahan kondisi fisik klien
6. Atur intake cairan untuk mengoptimalkan keseimbangan dengan batasi minum 500cc perhari  
Rasional : penurunan curah jantung mengakibatkan gangguan perfusi ginjal sehingga perlu dibatasi masukan cairan agar tidak terjadi komplikasi kerusakan ginjal
7. Kolaborasi dengan tenaga medis pemberian terapi yang tepat obat anti koagulan : asam asetilsalisilat 1x1tab, clopidogrel 1x1mg, isdn 3x5mg, analgesic : inj. Ranitidine 2x1amp dan oksigen 4lpm  
Rasional : pemberian antikoagulan menghambat adanya pembekuan darah, menurunkan intensitas nyeri menurunkan oksigen miokard, terapi oksigen dapat meningkatkan suplai oksigen ke miokardium

**Intervensi Pada Klien Kedua :Ny. S/ 63 Tahun**

Adapun dari diagnosa yang ditemukan penulis menentukan intervensi sesuai dengan masalah prioritas yang ditentukan

**Diagnosa Keperawatan**

Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan penurunan suplai darah dan oksigen

**NOC**

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pola pernafasan klien meningkat, jalan nafas tidak terganggu

Kriteria Hasil :

1. Tidak ada sianosis dan dispnea, mampu bernafas dengan mudah
2. Menunjukkan jalan nafas paten ( irama nafas, frekuensi nafas dalam rentang normal, tidak ada suara nafas tambahan)
3. Tanda-tanda vital normal (tekanan darah, nadi, suhu, RR, SPO2)
4. Sirkulasi status baik (tidak ada odema, akral hangat)

**NIC**

1. Posisikan pasien kepala lebih tinggi dari kaki 15°- 30° untuk memaksimalkan ventilasi

Rasional : posisi dapat membantu pengembangan paru dan mengurangi tekanan dari abdomen pada diafragma

2. Auskultasi suara nafas, catat adanya suara nafas tambahan  
Rasional : untuk mengidentifikasi adanya edema tau penumpukan cairan akibat dekomposisi jantung
3. Monitor status respirasi dan status O<sub>2</sub>  
Rasional : penurunan status oksigen mengindikasikan klien mengalami kekurangan oksigen yang dapat menyebabkan terjadinya hipoksia.
4. Ajarkan latihan pernafasan nafas dalam pada klien minimal 3x perhari  
Rasional : latihan pernafasan dapat mencegah kegagalan pernafasan dan untuk meningkatkan ventilasi dan oksigenasi
5. Monitoring tanda vital klien ( tekanan darah, nadi, suhu, rr, spO<sub>2</sub>)  
Rasional : mengetahui adanya perkembangan klien dan perubahan kondisi fisik klien
6. Atur intake cairan untuk mengoptimalkan keseimbangan batasi minuman 750cc perhari  
Rasional : penurunan curah jantung mengakibatkan gangguan perfusi ginjal sehingga perlu dibatasi masukan cairan agar tidak terjadi komplikasi kerusakan ginjal
7. Kolaborasi dengan tenaga medis pemberian terapi yang tepat obat anti koagulan : asam asetilsalisilat 1x1tab, clopidogrel 1x1tab, ISDN 3X5mg, analgesik : inj. Antrain 1x0,6 dan oksigen 6 lpm, dan nebul ventolin tiap 8 jam  
Rasional : pemberian antikoagulan menghambat adanya pembekuan darah, menurunkan intensitas nyeri menurunkan oksigen miokard, terapi oksigen dapat meningkatkan suplai oksigen ke miokardium

#### **4.1.6 Implementasi Keperawatan Pada Klien Ny.J Umur 67 Tahun**

##### **Pelaksanaan tanggal : 02 agustus 2016**

1. Pukul 15.00 mengucapkan salam, memperkenalkan diri, menjelaskan maksud dan tujuan untuk membina hubungan saling percaya kepada klien dan keluarga

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

2. Pukul 15.10 menanyakan keadaan klien dan keluhan yang dirasakan

Respon: klien menjawab semua pertanyaan dengan kooperatif dan keluarga, klien mengatakan sesak , lemes dan nyeri saat bergerak klien juga ikut membantu menjawab apa yang sudah ditanyakan, tekanan darah 140/90mmHg, nadi 120x/menit, Spo2 98%, suhu 37°C, RR 24x/menit

3. Pukul 15.30 mengatur posisi klien dengan ketinggian kepala 15° - 30°

Respon klien : klien nampak lebih rileks dan merasa nyaman

4. Pukul 15.35 mendengarkan suara nafas dan catat apabila adanya suara nafas tambahan

Respon: klien mengikuti dan menyetujui tindakan yang dilakukan, tidak ada suara nafas tambahan

5. Pukul 15.45 melakukan monitoring status respirasi dan status O<sub>2</sub>

Respon: klien nampak sesak terpasang O<sub>2</sub> nasal kanule tekanan darah didapatkan dengan hasil 135/90mmHg, nadi 98x/menit, respirasi rate 26 x/menit , suhu 36,8°C, spO<sub>2</sub>98%

6. Pukul 16.00 melakukan latihan pernafasan nafas dalam dengan cara mengambil nafas dalam dari hidung dan kemudian mengeluarkannya

dengan perlahan melalui bibir dengan kontrol fase ekshalasi lebih lama daripada inhalasi

Respon : klien nampak mengikuti latihan yang diajarkan, klien melakukan pengulangan selama 3kali, klien menyetujui latihan akan dilakukan lagi keesokan hari

7. Pukul 16.40 Monitoring tanda-tanda vital klien ( tekanan darah, nadi, suhu, rr, spO<sub>2</sub>)

Respon : tekanan darah 138/88 nadi 92x/menit, RR 24x menit, spo<sub>2</sub> : 96%

8. Pukul 17.00 memberikan diit makanan lunak rendah serat rendah garam

Respon: klien mengucapkan terimakasih dan dapat menghabiskan makanannya meskipun lama

9. Pukul 17.20 atur intake output cairan klien, klien dibatasi dengan minum 500cc/hari

Respon : klien nampak minum 300 dan motivasi minum sedikit tapi sering 200cc , terpasang kateter, output urin 1750cc

10. Pukul 17.30 kolaborasi pemberian terapi obat ASA ( asam asetilsalisilat), clopidogrel, terpasang oksigen nasal 4lpm

Respon: klien nampak meminum obat yang diberikan dengan bantuan, klien nampak lebih rileks dengan diberikan oksigenasi

11. Pukul 18.00 melakukan observasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 130/78mmHg, nadi 70 x/menit, respirasi rate 24 x/menit, suhu 36°C, spO<sub>2</sub> 98%

12. Pukul 19.00 melakukan observasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah 130/90 didapatkan dengan hasil, nadi 94 x/menit, respirasi rate 22 x/menit, suhu 36,5°C, spO<sub>2</sub> 98%

**Pelaksanaan tanggal : 03 agustus 2016**

1. Pukul 15.00 mengucapkan salam, memperkenalkan diri, menjelaskan maksud dan tujuan untuk membina hubungan saling percaya kepada klien dan keluarga

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

2. Pukul 15.10 menanyakan keadaan klien dan keluhan yang dirasakan

Respon: klien menjawab semua pertanyaan dengan kooperatif dan keluarga, klien mengatakan sesak berkurang, badan lemes dan nyeri saat bergerak klien juga ikut membantu menjawab apa yang sudah ditanyakan, tekanan darah 132/78mmHg, nadi 96x/menit, SpO<sub>2</sub> 99%, suhu 36°C, RR 21x/menit

3. Pukul 15.30 mengatur posisi klien dengan ketinggian kepala 15° - 30°

Respon klien : klien nampak lebih rileks dan merasa nyaman

4. Pukul 15.35 mendengarkan suara nafas dan catat apabila adanya suara nafas tambahan

Respon: klien mengikuti dan menyetujui tindakan yang dilakukan, tidak ada suara nafas tambahan

5. Pukul 15.45 melakukan monitoring status respirasi dan status O<sub>2</sub>

Respon: klien nampak sesak terpasang O<sub>2</sub> nasal kanule tekanan darah didapatkan dengan hasil 135/78mmHg, nadi 88x/menit, respirasi rate 22 x/menit , suhu 36,5°C, spO<sub>2</sub>98%

6. Pukul 16.00 melakukan latihan pernafasan nafas dalam dengan cara mengambil nafas dalam dari hidung dan kemudian mengeluarkannya dengan perlahan melalui bibir dengan kontrol fase ekshalasi lebih lama daripada inhalasi  
Respon : klien nampak mengikuti latihan yang diajarkan, klien melakukan pengulangan selama 5 menit, klien menyetujui latihan akan dilakukan lagi keesokan hari
7. Pukul 16.40 Monitoring tanda-tanda vital klien ( tekanan darah, nadi, suhu, rr, spO2)  
Respon : tekanan darah 132/82 nadi 90x/menit, RR 21x menit, suhu 36,3°C spo2 : 100%
8. Pukul 17.00 memberikan diit makanan lunak rendah serat rendah garam  
Respon: klien mengucapkan terimakasih dan dapat menghabiskan makanannya meskipun lama
9. Pukul 17.20 atur intake output cairan klien, klien dibatasi dengan minum 500cc/hari  
Respon : klien nampak minum 250cc anjurkan minum tapi sering 250cc, terpasang kateter, output urin 1500cc
10. Pukul 17.30 kolaborasi pemberian terapi obat ASA ( asam asetilsalisilat), clopidogrel, terpasang oksigen nasal 2lpm  
Respon: klien nampak meminum obat yang diberikan dengan bantuan, klien nampak bernafas dengan mudah
11. Pukul 18.00 melakukan observasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 128/28mmHg, nadi 78 x/menit, respirasi rate 22 x/menit, suhu 36°C, spO<sub>2</sub> 98%

12. Pukul 19.00 melakukan observasi tanda-tanda vital

Respon: didapatkan dengan hasil Tekanan darah 136/80, nadi 88x/menit, respirasi rate 21x/menit, suhu 36,5°C, spO<sub>2</sub> 98%

**Pelaksanaan tanggal : 04 agustus 2016**

1. Pukul 15.00 mengucapkan salam, memperkenalkan diri, menjelaskan maksud dan tujuan untuk membina hubungan saling percaya kepada klien dan keluarga

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

2. Pukul 15.10 menanyakan keadaan klien dan keluhan yang dirasakan

Respon: klien menjawab semua pertanyaan dengan kooperatif dan keluarga, klien mengatakan sesak tidak ada, klien juga ikut membantu menjawab apa yang sudah ditanyakan, tekanan darah 128/80 mmHg, nadi 84x/menit, SpO<sub>2</sub> 98%, suhu 36°C, RR 20x/menit

3. Pukul 15.30 mengatur posisi klien dengan ketinggian kepala 15° - 30°

Respon klien : klien nampak lebih rileks dan merasa nyaman tidak lemas

4. Pukul 15.35 mendengarkan suara nafas dan catat apabila adanya suara nafas tambahan

Respon: klien mengikuti dan menyetujui tindakan yang dilakukan, tidak ada suara nafas tambahan

5. Pukul 15.45 melakukan monitoring status respirasi dan status O<sub>2</sub>

Respon: klien nampak sesak terpasang O<sub>2</sub> nasal kanule tekanan darah didapatkan dengan hasil 135/78mmHg, nadi 88x/menit, respirasi rate 20 x/menit , suhu 36°C, spO<sub>2</sub> 98%

6. Pukul 16.00 melakukan latihan pernafasan nafas dalam dengan cara mengambil nafas dalam dari hidung dan kemudian mengeluarkannya dengan perlahan melalui bibir dengan kontrol fase ekshalasi lebih lama daripada inhalasi

Respon : klien nampak mengikuti latihan yang diajarkan, klien melakukan pengulangan selama 10 menit, klien tidak sesak

7. Pukul 16.40 Monitoring tanda-tanda vital klien ( tekanan darah, nadi, suhu, rr, spO<sub>2</sub>)

Respon : tekanan darah 132/82 nadi 90x/menit, RR 21x menit, suhu 36,3°C spo<sub>2</sub> : 100%

8. Pukul 17.00 memberikan diit makanan lunak rendah serat rendah garam

Respon: klien mengucapkan terimakasih dan dapat menghabiskan makanannya meskipun lama

9. Pukul 17.20 atur intake output cairan klien, klien dibatasi dengan minum 500cc/hari

Respon : klien nampak minum 350cc anjurkan minum sedikit tapi sering 150cc, terpasang kateter, output urin 1700cc

10. Pukul 17.30 kolaborasi pemberian terapi obat ASA ( asam asetilsalisilat), clopidogrel, klien tidak terpasang oksigen nasal

Respon: klien nampak meminum obat yang diberikan dengan bantuan, klien dapat bernafas tanpa alat bantu nafas

11. Pukul 18.00 melakukan observasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 128/78mmHg, nadi 78 x/menit, respirasi rate 20x/menit, suhu 36°C, spO<sub>2</sub> 98%

12. Pukul 19.00 melakukan observasi tanda-tanda vital

Respon: didapatkan dengan hasil Tekanan darah 120/80, nadi 88x/menit, respirasi rate 19x/menit, suhu 36°C, spO<sub>2</sub> 100%

klien dipindahkan keruang perawatan cempaka kamar 10

### **Implementasi Keperawatan Pada Klien Ny.S Umur 63 Tahun**

#### **Pelaksanaan tanggal : 02 agustus 2016**

1. Pukul 15.00 mengucapkan salam, memperkenalkan diri, menjelaskan maksud dan tujuan untuk membina hubungan saling percaya kepada klien dan keluarga

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

2. Pukul 15.10 menanyakan keadaan klien dan keluhan yang dirasakan

Respon: klien menjawab semua pertanyaan dengan kooperatif dan keluarga, klien mengatakan sesak, batuk, badan lemes dan nyeri saat bergerak klien juga ikut membantu menjawab apa yang sudah ditanyakan, tekanan darah 130/73mmHg, nadi 77x/menit, Spo<sub>2</sub> 97%, suhu 36°C, RR 29x/menit

3. Pukul 15.30 mengatur posisi klien dengan ketinggian kepala 15° - 30°

Respon klien : klien nampak lebih rileks dan merasa nyaman

4. Pukul 15.35 mendengarkan suara nafas dan catat apabila adanya suara nafas tambahan

Respon: klien mengikuti dan menyetujui tindakan yang dilakukan, tidak ada suara nafas tambahan

5. Pukul 15.45 melakukan monitoring status respirasi dan status O<sub>2</sub>

Respon: klien nampak sesak terpasang O<sub>2</sub> masker tekanan darah didapatkan dengan hasil 130/78mmHg, nadi 88x/menit, respirasi rate 26 x/menit, suhu 36,5°C, spO<sub>2</sub>98%

6. Pukul 16.00 melakukan latihan pernafasan nafas dalam dengan cara mengambil nafas dalam dari hidung dan kemudian mengeluarkannya dengan perlahan melalui bibir dengan kontrol fase ekshalasi lebih lama daripada inhalasi

Respon : klien nampak mengikuti latihan yang diajarkan, klien melakukan pengulangan selama 3kali dan merasakan kelalahan, klien menyetujui latihan akan dilakukan lagi keesokan hari

7. Pukul 16.40 Monitoring tanda-tanda vital klien ( tekanan darah, nadi, suhu, rr, spO<sub>2</sub>), memberikan terapi nebule ventolin setiap 8jam

Respon : tekanan darah 132/82 nadi 90x/menit, RR 26x menit, suhu 36,3°C spo<sub>2</sub> : 97%

8. Pukul 17.00 memberikan diit makanan lunak rendah serat rendah garam

Respon: klien mengucapkan terimakasih dan dapat menghabiskan makanannya meskipun lama

9. Pukul 17.20 atur intake output cairan klien, klien dibatasi dengan minum 750cc/hari

Respon : klien nampak minum 450cc motivasi minum tapi sering 300cc, terpasang kateter urin 1250cc

10. Pukul 17.30 kolaborasi pemberian terapi inj. Levo 500mg, bisoprol oral 5mg, terpasang terapi oksigen masker 6lpm  
Respon: klien nampak meminum obat yang diberikan dengan bantuan, klien nampak lemah
11. Pukul 18.00 melakukan observasi tanda-tanda vital  
Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 130/80mmHg, nadi 80 x/menit, respirasi rate 26 x/menit, suhu 36°C, spO<sub>2</sub> 98%
12. Pukul 19.00 melakukan observasi tanda-tanda vital  
Respon: didapatkan dengan hasil Tekanan darah 136/80, nadi 88x/menit, respirasi rate 28x/menit, suhu 36,5°C, spO<sub>2</sub> 97%

**Pelaksanaan tanggal : 03 Juni 2016**

1. Pukul 15.00 mengucapkan salam, memperkenalkan diri, menjelaskan maksud dan tujuan untuk membina hubungan saling percaya kepada klien dan keluarga  
Respon: klien sangat percaya dan dapat menerima tujuan saya dengan baik
2. Pukul 15.10 menanyakan keadaan klien dan keluhan yang dirasakan  
Respon: klien menjawab semua pertanyaan dengan kooperatif dan keluarga, klien mengatakan sesak, batuk berkurang, badan lemes dan nyeri, klien juga ikut membantu menjawab apa yang sudah ditanyakan, tekanan darah 120/73mmHg, nadi 80x/menit, Spo<sub>2</sub> 98%, suhu 36°C, RR 24x/menit
3. Pukul 15.30 mengatur posisi klien dengan ketinggian kepala 15° - 30°  
Respon klien : klien nampak lebih rileks dan merasa nyaman

4. Pukul 15.35 mendengarkan suara nafas dan catat apabila adanya suara nafas tambahan

Respon: klien mengikuti dan menyetujui tindakan yang dilakukan, tidak ada suara nafas tambahan

5. Pukul 15.45 melakukan monitoring status respirasi dan status O<sub>2</sub>

Respon: klien nampak sesak terpasang O<sub>2</sub> nasal kanule tekanan darah didapatkan dengan hasil 130/78mmHg, nadi 88x/menit, respirasi rate 26 x/menit , suhu 36,5°C, spO<sub>2</sub>98%

6. Pukul 16.00 melakukan latihan pernafasan nafas dalam dengan cara mengambil nafas dalam dari hidung dan kemudian mengeluarkannya dengan perlahan melalui bibir dengan kontrol fase ekshalasi lebih lama daripada inhalasi

Respon : klien nampak mengikuti latihan yang diajarkan, klien mampu melakukan pengulangan selama 3menit , klien menyetujui latihan akan dilakukan lagi keesokan hari

7. Pukul 16.40 Monitoring tanda-tanda vital klien ( tekanan darah, nadi, suhu, rr, spO<sub>2</sub>), memberikan terapi nebule ventolin setiap 8jam

Respon : tekanan darah 126/78 nadi 77x/menit, RR 22x menit, suhu 36°C spo<sub>2</sub> : 97%

8. Pukul 17.00 memberikan diit makanan lunak rendah serat rendah garam

Respon: klien mengucapkan terimakasih dan dapat menghabiskan makanannya meskipun lama

9. Pukul 17.20 atur intake output cairan klien, klien dibatasi dengan minum 750cc/hari

Respon : klien nampak minum 500cc motivasi minum sedikit tapi sering 250cc, terpasang kateter, output urin 1250cc

10. Pukul 17.30 kolaborasi pemberian terapi obat inj. Levo 500mg, bisoprol oral 5mg, terpasang terapi oksigen nasal 4lpm

Respon: klien nampak meminum obat yang diberikan dengan bantuan, klien nampak lemah

11. Pukul 18.00 melakukan observasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 120/78mmHg, nadi 82 x/menit, respirasi rate 22x/menit, suhu 36°C, spO<sub>2</sub> 98%

12. Pukul 19.00 melakukan observasi tanda-tanda vital

Respon: didapatkan dengan hasil Tekanan darah 128/77, nadi 77x/menit, respirasi rate 23x/menit, suhu 36,3°C, spO<sub>2</sub> 99%

#### **Pelaksanaan tanggal : 04 agustus 2016**

1. Pukul 15.00 mengucapkan salam, memperkenalkan diri, menjelaskan maksud dan tujuan untuk membina hubungan saling percaya kepada klien dan keluarga

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

2. Pukul 15.10 menanyakan keadaan klien dan keluhan yang dirasakan

Respon: klien menjawab semua pertanyaan dengan kooperatif dan keluarga, klien mengatakan sesak berkurang dan batuk tidak ada, dan klien juga ikut membantu menjawab apa yang sudah ditanyakan, tekanan darah 130/73mmHg, nadi 77x/menit, SpO<sub>2</sub> 98%, suhu 36°C, RR 21x/menit

3. Pukul 15.30 mengatur posisi klien dengan ketinggian kepala 15° - 30°

Respon klien : klien nampak lebih rileks dan merasa nyaman

4. Pukul 15.35 mendengarkan suara nafas dan catat apabila adanya suara nafas tambahan

Respon: klien mengikuti dan menyetujui tindakan yang dilakukan, tidak ada suara nafas tambahan

5. Pukul 15.45 melakukan monitoring status respirasi dan status O<sub>2</sub>

Respon: klien terpasang O<sub>2</sub> nasal kanule tekanan darah didapatkan dengan hasil 120/78mmHg, nadi 88x/menit, respirasi rate 20 x/menit, suhu 36,2°C, spO<sub>2</sub> 98%

6. Pukul 16.00 melakukan latihan pernafasan nafas dalam dengan cara mengambil nafas dalam dari hidung dan kemudian mengeluarkannya dengan perlahan melalui bibir dengan kontrol fase ekshalasi lebih lama daripada inhalasi

Respon : klien nampak mengikuti latihan yang diajarkan, klien melakukan pengulangan selama 5-7menit, klien menyetujui latihan akan dilakukan lagi keesokan hari

7. Pukul 16.40 Monitoring tanda-tanda vital klien ( tekanan darah, nadi, suhu, rr, spO<sub>2</sub>)

Respon : tekanan darah 132/82 nadi 90x/menit, RR 26x menit, suhu 36,3°C spo<sub>2</sub> : 97%

8. Pukul 17.00 memberikan diit makanan lunak rendah serat rendah garam

Respon: klien mengucapkan terimakasih dan dapat menghabiskan makanannya meskipun lama

9. Pukul 17.20 atur intake output cairan klien, klien dibatasi dengan minum 750cc/hari

Respon : klien nampak minum 500cc motivasi minum sedikit tapi sering 250cc, terpasang kateter urin 1500cc

10. Pukul 17.30 kolaborasi pemberian terapi obat inj. Levo 500mg, bisoprol oral 5mg, terpasang terapi oksigen nasal 2lpm

Respon: klien nampak meminum obat yang diberikan dengan bantuan, klien nampak lemah

11. Pukul 18.00 melakukan observasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 130/80mmHg, nadi 80 x/menit, respirasi rate 19 x/menit, suhu 36°C, spO<sub>2</sub> 98%

12. Pukul 19.00 melakukan observasi tanda-tanda vital

Respon: didapatkan dengan hasil Tekanan darah 136/80, nadi 88x/menit, respirasi rate 19x/menit, suhu 36,5°C, spO<sub>2</sub> 98%

pasien dipindahkan ke ruang perawatan gardena kamar 04

#### **4.1.7 Evaluasi Keperawatan**

**Evaluasi tanggal 02 agustus 2016 pada klien pertama Ny.J 67 tahun**

Diagnosa keperawatan 1

Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan penurunan suplai darah dan oksigen

Evaluasi jam 19.00 WIB

S : Klien mengatakan sesak, lemas, nyeri saat bergerak

O : Keadaan umum klien lemah, kesadaran kompos mentis dengan GCS 456, tidak ada bunyi nafas tambahan seperti ronchi dan wheezing, klien dapat melakukan latihan pernafasan dengan 3x pengulangan, dengan O2 nasal 4lpm, wajah klien tampak menyeringai. Tekanan darah 130/90, nadi 94 x/menit, respirasi rate 22 x/menit, suhu 36,5°C, spO<sub>2</sub> 98%

A : ketidakefektifan pola nafas belum teratasi

P : Rencana tindakan no 1 – 7 dilanjutkan

### **Evaluasi tanggal 03 agustus 2016**

Evaluasi jam 19.00 WIB

S : klien mengatakan sesak berkurang, badan lemas

O : keadaan umum klien baik, kesadaran kompos mentis dengan GCS 456, tidak ada bunyi nafas tambahan seperti ronchi dan wheezing, klien mampu melakukan latihan pernafasan secara mandiri dengan frekusensi 5 menit dan akral dingin, nafas dengan O2 nasal 2lpm, wajah klien nampak lebih rileks. Tekanan darah 136/80, nadi 88x/menit, respirasi rate 21x/menit, suhu 36,5°C, spO<sub>2</sub> 98%

A : ketidakefektifan pola nafas teratasi sebagian

P : Rencana tindakan no 1,3,4,5,6,7 dilanjutkan

**Evaluasi tanggal 04 agustus 2016**

Evaluasi jam 19.00 WIB

S : Klien mengatakan sesak tidak ada

O : Keadaan umum klien baik, kesadaran kompos mentis dengan GCS 456, tidak ada bunyi nafas tambahan seperti ronchi dan wheezing, klien dapat melakuakn latihan pernafasan secara mandiri dengan durasi 10menit, akral hangat, tidak terpasang oksigen wajah klien sudah tampak relax, hasil Tekanan darah 120/80, nadi 88x/menit, respirasi rate 19x/menit, suhu 36°C, spO<sub>2</sub> 100%

A : ketidakefektifan pola nafas teratasi

P : Rencana tindakan dihentikan klien dipindahkan ke ruang cempaka 10

**Evaluasi tanggal 02 agustus 2016 pada klien kedua Ny. S 47 tahun**

Diagnosa keperawatan 1

Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan penurunan suplai darah dan oksigen

Evaluasi jam 19.00 WIB

S : Klien mengatakan sesak, lemas hanya tidur di tempat tidur

O : Keadaan umum klien cukup, kesadaran kompos mentis dengan GCS 456, tidak ada bunyi nafas tambahan seperti ronchi dan wheezing, klien mampu melakukan latihan pernafasan dengan 3x pengulangan, klien batuk wajah klien tampak menyeringai, akral dingin, nafas dengan simple face mask 6lpm, Tekanan darah 136/80, nadi 88x/menit, respirasi rate 28x/menit, suhu 36,5°C, spO<sub>2</sub> 97%

A : ketidakefektifan pola nafas belum teratasi

P : Rencana tindakan no 1 – 7 dilanjutkan

### **Evaluasi tanggal 03 agustus 2016**

Evaluasi jam 19.00 WIB

S : Klien mengatakan sesak berkurang, batuk berkurang

O : Keadaan umum klien cukup, kesadaran kompos mentis dengan GCS 456, tidak ada bunyi nafas tambahan seperti ronchi dan wheezing, klien mampu melakukan latihan pernafasan dengan durasi 3menit secara mandiri, akral dingin, wajah klien nampak sedikit rileks, nafas dengan O2 nasal 4lpm, Tekanan darah 128/77, nadi 77x/menit, respirasi rate 23x/menit, suhu 36,3°C, spO<sub>2</sub> 99%

A : ketidakefektifan pola nafas teratasi sebagian

P : Rencana tindakan no 1,3,4,5,6,7 dilanjutkan

### **Evaluasi tanggal 04 agustus 2016**

Evaluasi jam 19.00 WIB

S : Klien mengatakan sesak berkurang, batuk tidak ada

O : Keadaan umum klien baik, kesadaran kompos mentis dengan GCS 456, tidak ada bunyi nafas tambahan seperti ronchi dan wheezing, dan klien mampu melakukan latihan pernafasan dengan durasi 5-7menit, wajah klien tampak relax, akral dingin, nafas dengan O2 nasal 2lpm, Tekanan darah 136/80, nadi 88x/menit, respirasi rate 19x/menit, suhu 36,5°C, spO<sub>2</sub> 98%

A : ketidakefektifan pola nafas teratasi sebagian

P : Rencana tindakan dihentikan klien dipindahkan ke ruang gardena kamar 04

## **4.2 PEMBAHASAN**

Dalam bab ini penulis akan menguraikan kesenjangan-kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus selama melaksanakan asuhan keperawatan klien pada Sindrom Koroner Akut di Ruang ICU RSUD Ibnu Sina Gresik 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 klien sehingga dengan terjalinnya hubungan yang kooperatif antara penulis dengan klien maupun pihak keluarga yang mengantar klien sampai ke Ruang ICU RSUD Ibnu Sina Gresik

Berdasarkan hasil pengkajian sistem pernafasan, kedua klien antara klien pertama dan klien kedua, kedua klien sama-sama mengeluh sesak nafas dan nyeri saat bergerak, badan lemes, klien pertama dengan RR 24x/menit terpasang nasal kanul, klien kedua dengan RR 29x/menit terpasang oksigen masker 6lpm

Berdasarkan pada tinjauan kasus pertama dan kedua didapatkan hasil hari pertama keduanya sama-sama mengeluh sesak, hari kedua klien pertama mengatakan sesak berkurang begitu juga dengan klien kedua pada

hari terakhir klien pertama mengatakan sesak hilang atau tidak ada sedangkan pada klien kedua juga mengatakan sesak berkurang, batuk hilang

Berdasarkan pada tinjauan kasus pertama dan kedua apabila dikaitkan dengan penyebab ketidakefektifan pola nafas jika dilihat dari hasil gambaran EKG maka didapatkan hasil yang berbeda yaitu pada klien pertama didapatkan gambaran EKG gelombang T terbalik pada lead II, III, AVF, V5 dan V6 menunjukkan adanya iskemik atau injuri jaringan serta adanya gelombang R yang tinggi pada lead V5 dan V6 menunjukkan adanya LVH (Left Ventrikular Hipertrofi) sedangkan pada klien kedua gambaran LBBB (*Left Bundle Branch Block*) ditunjukkan dengan adanya notching atau gelombang R sekunder pada lead II, V5, V6, gelombang S dalam dan lebar pada V1-V2-V3 menunjukkan adanya hambatan blok ventrikel kiri, ST- Elevasi pada lead III, AVF, V1-V3 menunjukkan adanya infark miokard dari gambaran EKG dapat ditemukan adanya perubahan pola pernafasan akibat sekunder dari penurunan curah jantung sehingga terjadinya kegagalan jantung untuk memompa darah sehingga suplai darah dan oksigen mengalami penurunan

Menurut teori faktor-faktor yang dapat berhubungan dengan ketidakefektifan pola nafas yaitu penurunan suplai darah dan oksigen, kelelahan, nyeri, hiperventilasi, dan kerusakan neurologis, dan dengan gambaran ekg abnormal dapat menunjukkan adanya perubahan pola pernafasan. Perubahan EKG dapat menunjukkan adanya iskemik miokard maupun infark miokard, iskemik miokard terjadi karena ketidakseimbangan

antara permintaan dan suplai oksigen ke miokardium karena penyempitan arteri koroner sehingga terjadi penurunan suplai oksigen dan menyebabkan gejala sesak nafas/dispnea. infark miokard terjadi karena adanya nekrosis miokardium yang disebabkan oleh tidak adekuatnya pasokan darah akibat sumbatan arteri koroner, infark juga merupakan kelanjutan dari iskemik yang lama terjadinya nekrosis jaringan dapat mempengaruhi penurunan curah jantung, kegagalan ventrikel untuk memompa darah sehingga dapat mempengaruhi suplai darah ke tubuh dan terjadi penurunan oksigen dalam tubuh ( Muttaqin, 2013).

Berdasarkan data diatas terjadinya ketidakefektifan pola nafas yang dipengaruhi oleh berbagai faktor salah satunya dari adanya penurunan curah jantung dengan adanya hasil gambaran ekg yang berbeda. Karena klien pertama dengan gambaran ekg dengan gelombang T terbalik menunjukkan adanya iskemik miokard sedangkan klien kedua dengan gambaran ekg LBBB dengan ST elevasi menunjukkan adanya infark miokard. Jadi jika dibandingkan gambaran ekg dapat berpengaruh untuk mengetahui adanya kerusakan jantung sehingga terjadi ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen yang dihasilkan dan berpengaruh pada pola nafas akibat penurunan suplai darah dan oksigen ke jaringan. Sehingga gambaran ekg iskemik pada hasil akhir klien tidak mengeluh sesak nafas atau sesak nafas hilang sedangkan pada klien kedua gambaran ekg infark miokard yang menunjukkan adanya nekrosis jaringan klien mengatakan tidak adanya sesak nafas maupun batuk tapi masih terpasang O2 nasal 2lpm..

#### 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 ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan penurunan suplai darah dan oksigen dengan adanya data penunjang hasil elektrokardiogram

Berdasarkan dalam tinjauan pustaka diagnosa keperawatan yang muncul pada klien yang mengalami sindrom koroner akut yaitu ketidakseimbangan pola nafas berhubungan dengan penurunan suplai darah dan oksigen. Kesamaan antara klien pertama dan kedua juga ditemukan diagnosa ketidakefektifan pola nafas dengan ditemukannya batasan karakteristik yang sesuai yaitu adanya perubahan status pernafasan dan dispnea, sehingga inspirasi dan ekspirasi tidak adekuat, Maka dari itu tidak ada kesenjangan diagnosa antara klien pertama dan kedua dan sesuai dengan tinjauan pustaka (NANDA, 2016).

Berdasarkan data diatas dapat disebabkan karena kedua klien sama-sama mengalami penyempitan atau penyumbatan pembuluh darah sehingga suplai darah dan oksigen ke jaringan tubuh bisa berkurang. namun tetapi tidak semua diagnosa pada tinjauan pustaka muncul dalam tinjauan kasus. karena sudah mendapatkan pengobatan dan kondisi masing-masing klien juga berbeda-beda, oleh karena itu tidak semua diagnosa yang ada pada tinjauan pustaka muncul semua pada tinjauan kasus klien. Dan dalam menentukan diagnosa keperawatan tidak ada hambatan, dan klien sangat memberikan respon baik.

### 4.2.3 PERENCANAAN KEPERAWATAN

Perencanaan keperawatan yang dibuat untuk mengatasi masalah ketidakefektifan pola nafas pada kedua klien sama. Perencanaan keperawatan bertujuan untuk meningkatkan pola nafas, dengan jalan nafas yang paten selama 3 kali 24 jam setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan kriteria hasil tidak ada sianosis dan dispnea, mampu bernafas dengan mudah, menunjukkan jalan nafas paten ( irama nafas, frekuensi nafas dalam rentang normal, tidak ada suara nafas tambahan, saturasi oksigen (SPO<sub>2</sub>) dalam batas normal, tanda-tanda vital normal, sirkulasi status baik

Pada perencanaan keperawatan ini penulis akan berfokus kepada kedua klien dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pola nafas yang menjadi masalah baik dalam tinjauan pustaka maupun tinjauan kasus pertama maupun kedua. Perencanaan untuk ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan penurunan suplai darah dan oksigen yaitu posisikan pasien kepala lebih tinggi dari kaki 15°-30° untuk memaksimalkan ventilasi, auskultasi suara nafas, catat adanya suara nafas tambahan, monitor status respirasi dan status O<sub>2</sub>, ajarkan latihan pernafasan nafas dalam, monitoring tanda-tanda vital klien ( tekanan darah, nadi, suhu, rr, spO<sub>2</sub>), atur intake cairan untuk mengoptimalkan keseimbangan, kolaborasi dengan tenaga medis pemberian terapi yang tepat obat anti koagulan, analgesik dan oksigen

Latihan pernafasan bertujuan untuk meningkatkan ventilasi dan oksigenasi, juga dapat bermanfaat untuk mencegah kegagalan pernafasan dan meningkatkan kekuatan otot pernafasan sehingga pernafasan dapat efisien dan adekuat (Potter&Perry, 2009).

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 kesalahpahaman dalam penentuan perencanaan tindakan keperawatan. Maka didapatkan hasil tidak terjadi kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus pertama maupun kedua yang mana tujuan dari latihan pernafasan dan kolaborasi dengan dokter dapat meningkatkan efektifitas pola nafas pada kedua 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) RSUD Ibnu Sina Gresik 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 RSUD Ibnu Sina Gresik.

Pelaksanaan yang terlaksana pada klien pertama dan kedua adalah posisikan pasien kepala lebih tinggi dari kaki  $15^{\circ}$ - $30^{\circ}$  untuk memaksimalkan ventilasi, auskultasi suara nafas, catat adanya suara nafas tambahan, monitor status respirasi dan status O<sub>2</sub>, monitoring tanda-tanda vital klien (tekanan darah, nadi, suhu, rr, spO<sub>2</sub>), atur intake cairan untuk mengoptimalkan keseimbangan, kolaborasi dengan tenaga medis pemberian terapi yang tepat obat anti koagulan, analgesic dan oksigen, Pelaksanaan yang tidak terlaksana pada tinjauan kasus pertama dan tinjauan kasus kedua tidak ada karena penulis melaksanakan sesuai perencanaan tindakan.

Tindakan yang dilakukan secara mandiri adalah mengajarkan latihan pernafasan nafas dalam saat klien merasa tenang dan nyaman. Tindakan latihan pernafasan merupakan tindakan yang cukup efektif dalam meningkatkan efektifas pola nafas klien. Di ICU penderita berada di tempat tidur dengan awal posisi tidur ataupun dengan posisi setengah duduk, dilakukan latihan pernafasan nafas dalam dengan menghirup udara melalui hidung dan mengeluarkan udara lewat bibir dengan waktu ekshalasi lebih di perpanjang daripada inhalasi dilakukan dengan awalan melakukan pengulangan minimal 3kali dan selanjutnya klien mampu melakukan dalam waktu 5-10 menit

Menurut (Smeltzer & Bare, 2013) Terapi nonfarmakologi yang dapat digunakan adalah latihan pernapasan nafas dalam adalah tehnik pernapasan dengan menghirup udara melalui hidung dan mengeluarkan udara melalui bibir yang dapat memperbaiki transport oksigen, membantu menginduksi pola napas lambat dan dalam, dan membantu pasien untuk mengontrol pernapasan, tujuannya untuk melatih otot-otot ekspirasi untuk memperpanjang ekshalasi dan meningkatkan tekanan jalan napas selama ekspirasi, latihan dilakukan selama 5-10 menit setiap latihan diruang rawat pasien. Latihan pernapasan dapat memperbaiki transport oksigen untuk meningkatkan kebutuhan oksigen dengan meningkatkan pernapasan klien mengalami sesak napas atau pola pernapasan tidak efektif. Perbaikan keluhan subyektif. Penderita jantung koroner, mengeluh sesak nafas dan menunjukkan perbaikan yang sangat bermakna setelah mengikuti latihan pernafasan.

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.

#### 4.2.4 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. Pada sindrom koroner akut disusun intervensi guna mengatasi diagnosa yang muncul, terutama pengaruh latihan pernafasan nafas dalam yang terbukti dapat meningkatkan efektifitas pola nafas dan mengurangi keluhan subjektif sesuai dengan yang penelitian yang dilaksanakan Latihan pernapasan tidak hanya membantu memperbaiki keadaan sesak napas, namun juga dapat membantu seseorang meningkatkan arus puncak ekspirasi, menurunkan tingkat nyeri, menurunkan tekanan darah dan juga memberikan perasaan yang lebih nyaman dan tenang (Smeltzer & Bare, 2013).

Evaluasi akhir dari klien pertama dan klien kedua, peningkatan pola nafas yaitu klien tidak mengeluh sesak nafas atau sesak nafas hilang atau berkurang didapatkan selisih peningkatan pola nafas klien seperti pada tinjauan kasus pertama didapatkan evaluasi akhir klien tidak merasa sesak, RR dalam rentang normal tidak terpasang alat bantu nafas atau oksigenasi sedangkan pada tinjauan kasus kedua didapatkan klien sesak nafas

berkurang tidak hilang, terpasang O2 nasal kanul 2lpm, dengan RR dalam rentang normal. Evaluasi akhir kedua klien tersebut terjadi perbedaan klien pertama teratasi dalam waktu 3 kali 24 jam sesuai dengan tinjauan pustaka yang berdasarkan dari tujuan dan kriteria hasil sedangkan klien kedua masalah teratasi sebagian. Perbedaan tersebut ada karna setiap klien mempunyai tingkat kemampuan dan kondisi fisik dan tingkat keparahan penyakit yang berbeda sesuai dengan kondisi klinis, sehingga walaupun dalam kasus yang sama dan hari yang sama hasil evaluasi yang berbeda yaitu klien dapat meningkatkan pola nafas, tetapi dalam menentukan evaluasi keperawatan tidak ada hambatan karna sesuai dengan kriteria hasil dan respon kedua klien juga sangat kooperatif.