

BAB 3

TINJAUAN KASUS

3.1 Pengkajian Kegawat Daruratan

3.1.1 Identitas klien

Nama : Ny. R
Umur : 73 Th
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Alamat : Gresik
Pekerjaan : -
Penanggung Jawab : Tn. A
No.Rekam Medis : 2424xx
Tanggal MRS : 31 - 05 - 2015
Diagnosa Medis : Sepsis
Suku : Jawa
Ruang : ICU Bed 2
Tanggal Pengkajian : 01 - 06 - 2015
Jam Pengkajian : 10.00 WIB

3.1.2 Riwayat penyakit

Keluhan utama : Penurunan kesadaran

3.1.3 Riwayat penyakit sekarang

Keluarga pasien mengatakan kemarin tanggal (31 Mei 2015) jam 14.00 WIB pasien mengeluh pusing, badan lemas dan tiba-tiba terjatuh setelah itu tidak sadar, oleh keluarga pasien langsung dibawa ke RSI Darus Syifa' Benowo

Surabaya sampai di rumah sakit pada pukul 14.30 WIB pasien masih dalam kondisi tidak sadar kemudian dirawat di Unit Gawat Darurat (UGD) dan di observasi sampai pukul 17.30 WIB dan pasien masih keadaan tidak sadar lalu saat itu juga pasien langsung di pindah ke ruang ICU RSI Darus Syifa' Benowo Surabaya.

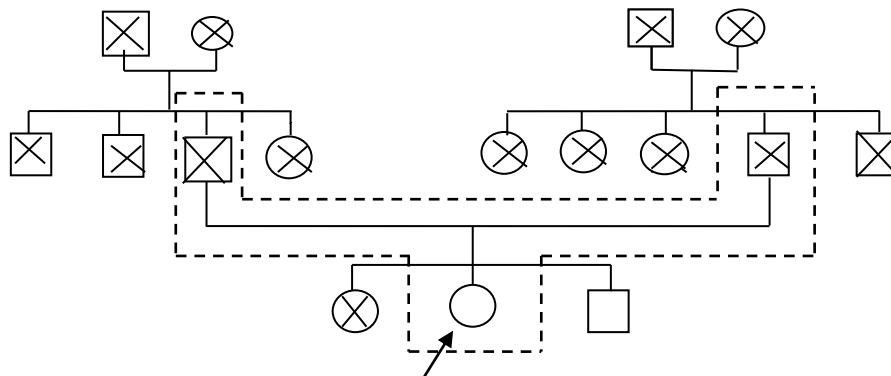
3.1.4 Riwayat penyakit dahulu

Keluarga pasien mengatakan pasien merokok saat pergi membantu di sawah dan batuk sudah sekitar 6 bulan dan tidak pernah kontrol tentang kesehatannya.

3.1.5 Riwayat penyakit keluarga

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak mempunyai penyakit turunan seperti hipertensi dan diabetes.

3.1.6 Genogram



Keterangan :

○ = perempuan

⊗ = meninggal

□ = laki-laki

↗ = pasien

— — = tinggal serumah

Refiew of syistem (pengkajian per syistem)

tanggal 01 Juni 2015 pukul 10.00 WIB

1. B1 : Sistem Pernafasan

Subyektif : Sesak napas

Obyektif : Inspeksi pasien terlihat pernapasan ireguler, retraksi intercosta (+), nafas cuping hidung (-), RR 26x/mnt, perkusi redup pada daerah rongga pleura atau konsolidasi, auskultasi terdengar ronchi paru sebelah kanan +/-, wheezing -/-, terpasang O2 masker rebreathing 10 Lpm, spo2 94 %, posisi head up 30⁰, terdapat sekret warna kuning saat di suction.

2. B2 : Sistem Kardiovaskular

Subyektif : Penurunan kesadaran (sommolen)

Obyektif : TD: 184/107 mmHg N: 109x/menit, CRT <2 detik, perkusi pekak pada area jantung sebelah kiri. bunyi S1 lebih samar daripada bunyi jantung S2. Gambaran EKG nampak atrial Contraction, anteroseptal MI, gambaran foto thorax tampak pembesaran jantung/kardiomegali.

3. B3 : Sistem Persyarafan

Subyektif : Penurunan kesadaran (sommolen)

Obyektif : Pasien GCS 3-2-5 (pasien tidak dapat bicara hanya mengerang, selalu ingin tidur dan membuka mata saat diperintah), mukosa kering, pucat, kuku pucat, pupil isokor 2/2, perfusi dingin, akral dingin, tubuh bagian bawah sebelah kanan tidak bisa digerakan.

4. B4 : Sistem Perkemihan

Subyektif : Tidak ada masalah keperawatan

Obyektif : Tidak distended, terpasang dower cateter uk.16 terfiksasi, produksi urin (+), urin tampung 1500cc/24jam, intake 2100cc output 2000cc, warna kuning orange, bau khas urin.

5. B5 : Sistem Gastrointestinal

Subyektif : Tidak ada masalah keperawatan

Obyektif : Pasien terpasang nasogastrotube, bentuk simetris, flat tidak distended, terdengar tympani, peristaltik usus 12x/mnt, pasien tidak bisa beraktivitas sehingga memakai pampers. pasien dapat nutrisi sonde peptamen 600kalori/4 jam, Belum BAB \pm 2 hari.

6. B6 : Sistem Muskuloskeletal

Subyektif : Kelemahan otot

Obyektif : Tonus otot sebelah kanan tidak ada respon, turgor kulit baik,

S: 36°C. dextra sinistra

0	5
0	5

Penunjang Medik :

Tanggal : 31 – 05-2015

1. Laboratorium

Hematologi :

HGB : 9,7 (normal : Pr: 11,5 – 16,0)

WBC: 26.500 (normal : 4000 – 11.000)

RBC: 3,15 (normal : 3,5 – 6,0)
 PCV: 27 % (normal : 35 % - 50 %)
 PLT : 132.000 (normal : 150.000 – 450.000)

Kimia Klinik :

SGOT : 49 u/l (normal : pr: < 31 u/l)
 SGPT : 29 u/l (normal : pr: <31 u/l)
BUN : 39,1 mg/dl (normal : 4,7 – 23,3 mg/dl)
Kreatinin : 1,49 mg/dl (normal : 0,6 – 1,0 mg/dl)
 GDA : 150 mg/dl (normal : 70 – 200 mg/dl)

Elektrolit :

Natrium : 128,5 m Eg/l (normal : 136 – 144 m Eg/l)
 Kalium : 4,22 m Eg/l (normal : 4 – 5 m Eg/l)
Klorida : 96,8 m Mol/l (normal : 98 – 107 m Mol/l)

2. Tanggal : 02-06-2015

Kimia Klinik :

Glukosa 2 JPP : 132 (normal : < 200 mg/dl)
Kreatinin : 1,10 mg/dl (normal : 0,6 – 1,0 mg/dl)
BUN : 63,8 mg/dl (normal : 4,7 – 23,3 mg/dl)

Elektrolit :

Natrium : 134,6 m Eg/l (normal : 136 – 144 m Eg/l)
Kalium : 3,78 m Eg/l (normal : 4 – 5 m Eg/l)
 Klorida : 104,5 m Mol/l (normal : 98 – 107 m Mol/l)

3. Tanggal : 03-06-2015

Blood Gas Analisa

pH	:	7,33	(normal : 7,35 – 7,45 mmHg)
p CO ₂	:	4,6	(normal : 35 – 45 mmHg)
p O ₂	:	68	(normal : 80 – 100 mmHg)
s O ₂	:	93%	(normal : 96 – 97)
Hco ₂	:	24 mmol/L	(normal : 22-26 mMol/L)
SBE	:	-1 mmol/L	(normal -3,5 – 2.0 mMol/L)

4. Pemeriksaan Radiologi

Foto Thorax 31-05-2015

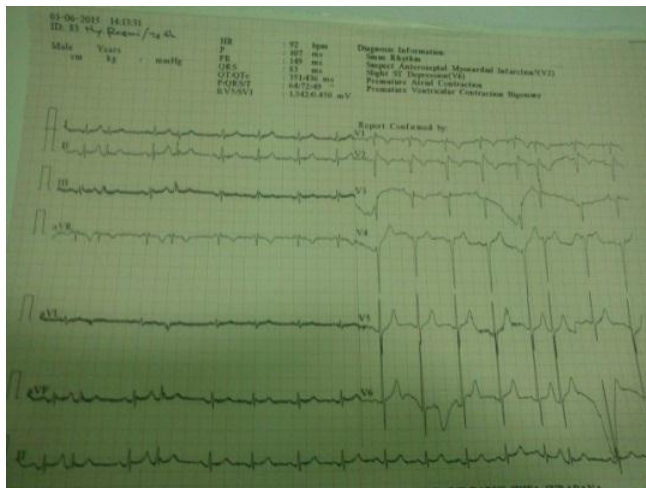


Simetris, Inspirasi cukup, diafragma normal,

Kesan : Kardiomegali

5. EKG

Tanggal : 01-06-2015 Jam : 14.00 WIB



Ket: sinus rhythm, suspect anteroseptal myocardial infarction, premature atrial contraction

Penatalaksanaan / terapi

Tanggal : 01-06-2015

Infus : PZ 14 TPM

Injeksi :

Citicoline 2 x 500 mg/iv

Ceftriaxone 2 x 1gram /iv

Ranitidine 2 x 1 amp /iv

Per oral :

Digoxin 1 x 0,125 mg

Sukralfat 3 x 500 mg

Sonde peptamen 4 x 150 cc

Ventolin 3 x 1 amp

3.2 Daftar Masalah Keperawatan

- a. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas
- b. Penurunan curah jantung
- c. Gangguan pertukaran gas

Tabel 3.3 Analisa / Sintesa Data

Tanggal	Data	Masalah	Kemungkinan penyebab
01-06-15	DS : Sesak nafas DO : <ul style="list-style-type: none"> • Pernapasan ireguler • RR : 26x/mnt • Spo2 94% • O2 masker rebreathing 10 LPM • Kesulitan berbicara atau mengeluarkan suara • Posisi head up 30° 	Bersihan jalan nafas	Aspirasi ↓ Bakteri/virus ↓ Peradangan alveolus ↓ Terbentuknya eksudat dalam alveoli ↓ produksi sputum meningkat ↓ ketidakefektifan bersihan jalan nafas
01-06-15	DS : Penurunan kesadaran (somnia)	Penurunan curah jantung	Respon Infeksi sistemik



	<p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • GCS 325 • Terpasang Infus pz 14 tpm • TD: 184/107 mmhg , N: 109x/mnt. • SGOT 49 u/l, • SGPT 29 u/l • Natrium : 134,6 m Eg/l • Kalium : 3,78 m Eg/l • Gambaran EKG nampak atrial Contraction, MI. 		<p>Kardiovaskuler</p> <p>Kolaps</p> <p>↓</p> <p>Vasodilatasi kapiler</p> <p>↓</p> <p>Penurunan curah jantung</p>
01-06-15	<p>DS : Sesak napas</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terdengar suara nafas tambahan ronchi +/- • RR 26 x/mnt • pH 7,33 mmHg • Spo2 94% • pCO2 4,6 mmHg • pO2 68 mmHg • O2 masker rebreathing 	<p>Gangguan pertukaran gas</p>	<p>Peradangan alveolus</p> <p>↓</p> <p>Eksudat dalam alveoli</p> <p>↓</p> <p>Perubahan membran alveolar kapiler</p> <p>↓</p>

	10 lpm <ul style="list-style-type: none"> • Posisi head up 30° • Retraksi intercosta • Turgor kulit baik • pucat, tidak sianosis 		Gangguan pertukaran gas
--	--	--	-------------------------

3.3 Diagnosa keperawatan

1. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan obstruksi jalan napas/ peningkatan sekresi atau produksi mukus berlebihan
2. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas, perubahan afterload.
3. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membrane alveolar – kapiler (efek inflamasi)

Rencana tindakan keperawatan

1. Diagnosa keperawatan 1

Tanggal 01 Juni 2015

Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan obstruksi jalan napas/ peningkatan sekresi atau produksi mukus berlebihan.

Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 60 menit. Pasien akan:

Kriteria Hasil

- menunjukkan jalan nafas paten dengan bunyi nafas bersih,
- tidak ada dispnea
- tidak ada sianosis dan dapat mengeluarkan sekret

NIC / Intervensi

1. Posisikan pasien semi fowler untuk memaksimalkan ventilasi

Rasional :

peninggian kepala tempat tidur mempermudah fungsi pernafasan dengan menggunakan grafitasi

2. Monitor status oksigen pasien

Rasional :

Takipnea biasanya ada pada beberapa derajat dan dapat ditemukan saat stress dan adanya proses infeksi akut.

3. Keluarkan sekret dengan batuk atau suction.

Rasional :

memberikan pasien beberapa cara untuk mengatasi dan mengontrol dispnea dan menurunkan jebakan udara

4. Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan

Rasional :

Memberikan informasi tentang adanya obstruksi jalan nafas.

5. kolaborasi dengan tim dokter dalam pemberian obat sesuai indikasi :
bronkodilator, nebulizer ventolin

Rasional :

merilekskan otot halus dan menurunkan spasme jalan nafas, mengi, dan produksi mukosa.

6. Kolaborasi dengan tim dokter dalam pemberian obat antibiotik sesuai dengan advice dokter

Rasional :

Untuk membunuh kebanyakan microbial

2. Diagnosa keperawatan 2

Tanggal 01 Juni 2015

Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas, perubahan afterload.

NOC Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam tekanan darah, nadi kembali normal

Kriteria hasil

- Tanda-tanda vital dalam rentang normal tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 60x/menit, respirasi 20x/menit.
- Dapat mentoleransi aktivitas, tidak ada kelelahan.
- tidak ada penurunan kesadaran.
- EKG normal

NIC / Intervensi

1. Pantau tanda-tanda vital, contoh frekuensi jantung, tekanan darah.

Rasional :

Takikardi dapat terjadi karena nyeri, cemas, hipoksemia, dan menurunnya curah jantung. Perubahan juga terjadi pada tekanan darah (hipertensi atau hipotensi) karena respon jantung.

2. Evaluasi status mental, catat terjadinya bingung, disorientasi.

Rasional :

Menurunkan perfusi otak dapat menghasilkan perubahan sensorium

3. Berikan periode istirahat adekuat. Bantu dalam atau melakukan aktivitas perawatan diri, sesuai indikasi.

Rasional :

Penghematan energi, menurunkan kerja jantung.

4. Monitor balance cairan

Rasional :

Agar kebutuhan cairan tubuh klien dapat terpenuhi dengan baik.

5. Pantau dan catat efek atau kerugian respon obat, catat tekanan darah, frekuensi jantung dan irama

Rasional :

Efek yang diinginkan untuk menurunkan kebutuhan oksigen miokard dengan menurunkan stress ventricular.

3. Diagnosa keperawatan 3

Tanggal 01 juni 2015

Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membrane alveolar – kapiler (efek inflamasi).

NOC / Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 60 menit pola napas kembali efektif

Kriteria hasil

- Mendemonstrasikan peningkatan ventilasi dan oksigenasi yang adekuat
- Memelihara kebersihan paru paru dan bebas dari tanda tanda distress pernafasan

- Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah)
- Tanda-tanda vital dalam rentang normal.

NIC / Intervensi

1. Observasi warna kulit, membrane mukosa, dan kuku, catat adanya sianosis perifer (kuku) atau sianosis sentral (sirkumoral).

Rasional :

Sianosis menunjukkan vasokonstriksi atau respon tubuh terhadap demam/ menggigil dan terjadi hipoksemia.

2. Kaji frekuensi, kedalaman, dan kemudahan bernafas.

Rasional :

Kecepatan biasanya meningkat, dyspnea, dan terjadi peningkatan kerja nafas, kedalaman bervariasi, ekspansi dada terbatas.

3. Catat pergerakan dada, amati kesimetrisan, retraksi otot supraclavicular dan intercostal

Rasional :

Pergerakan dada retraksi intercostal menandakan pasien mengalami kesulitan bernafas.

4. Awasi suhu tubuh, sesuai indikasi. Bantu tindakan kenyamanan untuk menurunkan demam dan menggigil, mis, selimut tambahan/ menghilangkannya, suhu ruangan nyaman, kompres hangat atau dingin.

Rasional :

Suhu tubuh yang meningkat atau hipertermia menandakan adanya proses infeksi dalam tubuh.

5. Tinggikan kepala dan dorong sering mengubah posisi, napas dalam, dan batuk efektif.

Rasional :

peninggian kepala tempat tidur mempermudah fungsi pernafasan dengan menggunakan grafitasi

3.4 Pelaksanaan Keperawatan

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

Pelaksanaan tanggal : 01 Juni 2015

1. Diagnosa keperawatan 1

Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan obstruksi jalan napas/ peningkatan sekresi atau produksi mukus berlebihan.

NIC / Intervensi

1. Memberi posisi pasien semi fowler / head up 30° untuk memaksimalkan ventilasi (pukul 08.10 WIB)

Evaluasi :

Meletakkan bantal di kepala pasien dan pasien tampak lebih nyaman mengambil nafas dengan posisi head up.

2. Memonitor status oksigen pasien dan memberikan oksigen dengan masker rebreathing dengan 10 Lpm. (pukul 08.00 WIB)

Evaluasi :

RR : 26 x/mnt Spo2 : 94%

Tidak dapat mengeluarkan sekret sendiri dan tidak dapat batuk

3. Melakukan auskultasi suara nafas, catat adanya suara nafas tambahan.
(pukul 08.20 WIB)

Evaluasi :

Terdengar suara ronchi pada paru sebelah kanan +/-

4. Memonitor adanya sianosis (pukul 08.30 WIB)

Evaluasi :

Sianosis (-)

5. Kolaborasi dengan dokter untuk melakukan nebulizer dengan obat bronkodilator yaitu ventolin 1 ampul. (pukul 09.00 WIB)

Evaluasi :

Terdengar suara nafas tambahan ronchi berkurang atau samar

6. Kolaborasi dengan tim dokter dalam pemberian obat antibiotik yaitu ceftriaxone 1gram melalui iv . (pukul 12.30 WIB)

Evaluasi :

Pasien kooperatif dalam pemberian obat antibiotik, tidak ada mual, tidak ada muntah.

Pelaksanaan : tanggal 02 Juni 2015

2. Diagnosa keperawatan 1

Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan obstruksi jalan napas/ peningkatan sekresi atau produksi mukus berlebihan.

NIC / Intervensi

1. Memonitor status oksigen pasien dan memberikan oksigen dengan masker rebreathing dengan 10 Lpm. (pukul 15.00 WIB)

Evaluasi :

RR : 22 x/mnt Spo2 : 96 %

Pasien masih belum bisa batuk efektif

2. Memberi posisi pasien semi fowler / head up 30° untuk memaksimalkan ventilasi. (pukul 15.20 WIB)

Evaluasi :

Meletakkan bantal di kepala pasien dan pasien tampak lebih nyaman mengambil nafas dengan posisi head up.

3. Melakukan auskultasi suara nafas, catat adanya suara nafas tambahan. (pukul 15.30 WIB)

Evaluasi :

Terdengar suara ronchi +/- dan tidak bisa mengeluarkan sekret sendiri

4. Memonitor adanya sianosis (pukul 15.40 WIB)

Evaluasi :

Sianosis (-)

5. Kolaborasi dengan dokter untuk melakukan nebulizer dengan obat bronkodilator yaitu ventolin 1 ampul. (pukul 16.00 WIB)

Evaluasi :

Terdengar suara nafas tambahan ronchi berkurang atau samar

6. Kolaborasi dengan tim dokter dalam pemberian obat antibiotik yaitu ceftriaxone 1gram melalui iv . (pukul 20.30 WIB)

Evaluasi :

Pasien kooperatif dalam pemberian obat antibiotik, tidak ada mual, tidak ada muntah.

Pelaksanaan : tanggal 03 Juni 2015

3. Diagnosa keperawatan 1

Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan obstruksi jalan napas/
peningkatan sekresi atau produksi mukus berlebihan.

NIC / Intervensi

1. Memonitor status oksigen pasien dan memberikan oksigen dengan masker rebreathing dengan 10 Lpm. (pukul 08.00 WIB)

Evaluasi :

RR : 20 x/mnt Spo2 : 96%

Pasien belum bisa batuk efektif cuma batuk sekali dan tidak kuat untuk batuk lagi

2. Memberi posisi pasien semi fowler / head up 30° untuk memaksimalkan ventilasi (pukul 08.10 WIB)

Evaluasi :

Meletakkan bantal di kepala pasien dan pasien tampak lebih nyaman mengambil nafas dengan posisi head up.

3. Melakukan auskultasi suara nafas, catat adanya suara nafas tambahan. (pukul 08.20 WIB)

Evaluasi :

Terdengar suara ronchi +/-

4. Memonitor adanya sianosis (pukul 08.30 WIB)

Evaluasi :

Sianosis (-)

5. Kolaborasi dengan dokter untuk melakukan nebulizer dengan obat bronkodilator yaitu ventolin 1 ampul. (pukul 09.00 WIB)

Evaluasi :

Terdengar suara nafas tambahan ronchi berkurang atau samar

6. Kolaborasi dengan tim dokter dalam pemberian obat antibiotik yaitu ceftriaxone 1gram melalui iv . (pukul 12.30 WIB)

Evaluasi :

Pasien kooperatif dalam pemberian obat antibiotik, tidak ada mual, tidak ada muntah.

Pelaksanaan : tanggal 01 Juni 2015

1. Diagnosa keperawatan 2

Tanggal 01 Juni 2015

Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas, perubahan afterload.

NIC / Intervensi :

1. Memantau tanda - tanda vital, contoh frekuensi jantung, tekanan darah.
(pukul 10.00 WIB)

Evaluasi :

TD : 184/107 mmHg N : 109x/mnt S : 36° C

2. Melakukan evaluasi status mental, catat terjadinya bingung, disorientasi.
(pukul 10.20 WIB)

Evaluasi :

Pasien mengalami penurunan kesadaran dan gelisah, pasien mengalami sesak napas RR 26x /mnt SPO2 94%

3. Memberikan periode istirahat adekuat. Bantu dalam melakukan aktivitas perawatan diri, sesuai indikasi. (pukul 10.30 WIB)

Evaluasi :

Memberikan posisi head up 30°, menyuruh pasien beristirahat lebih tidak boleh banyak gerak dan pasien kooperatif.

4. Memonitor balance cairan (pukul 11.00 WIB)

Evaluasi :

Input Cairan: Infus = 1000 cc

Sonde + Air minum = 750 cc

Obat injeksi = 50 cc

AM (Air Metabolisme = 300 cc (5 cc x 60 kg)

$$\begin{array}{r} \text{AM (Air Metabolisme = 300 cc (5 cc x 60 kg)} \\ \hline 2100 \text{ cc} \end{array} \quad +$$

Output cairan:

Urine = 1100 cc

IWL = 900 cc (15 cc x 60 kg)

$$\begin{array}{r} \text{IWL = 900 cc (15 cc x 60 kg)} \\ \hline 2000 \text{ cc} \end{array} \quad +$$

Jadi Balance cairan dalam 24 jam : Intake cairan - output cairan

= 2100 cc – 2000 cc

= 100 cc

5. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat oral digoxin tablet 0,125Mg, catat TD, frekwensi jantung dan irama (pukul 12.00 WIB)

Evaluasi :

Obat tablet digoxin 0,125 mg masuk,

TD : 176/105 mmHg N : 108x/mnt S : 36 C

Pelaksanaan tanggal : 02 Juni 2015

2. Diagnosa keperawatan 2

Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas, perubahan afterload.

NIC / Intervensi

1. Memantau tanda - tanda vital, contoh frekuensi jantung, tekanan darah.

(pukul 15.00 WIB)

Evaluasi :

TD : 169/93 mmhg N : 126x/mnt S : 36 ° C

2. Melakukan evaluasi status mental, catat terjadinya bingung, disorientasi.

(pukul 15.20 WIB)

Evaluasi :

Pasien mengalami penurunan kesadaran dan gelisah, pasien mengalami sesak napas RR 22x/mnt SPO2 96%

3. Memberikan periode istirahat adekuat. Bantu dalam melakukan aktivitas perawatan diri, sesuai indikasi. (pukul 15.30 WIB)

Evaluasi :

Memberikan posisi head up 30°, menyuruh pasien beristirahat lebih tidak boleh banyak gerak dan pasien kooperatif.

4. Memonitor balance cairan (pukul 16.00 WIB)

Evaluasi :

Input Cairan: Infus = 1000 cc

Sonde + Air minum = 700 cc

Obat injeksi = 50 cc

$$\begin{array}{r} \text{AM (Air Metabolisme = 300 cc (5 cc x 60 kg))} \\ \hline 2050 \text{ cc} \end{array} \quad +$$

Output cairan: Urine = 1050 cc

$$\begin{array}{r} \text{IWL = 900 cc (15 cc x 60 kg)} \\ \hline 1950 \text{ cc} \end{array} \quad +$$

Jadi Balance cairan dalam 24 jam : Intake cairan - output cairan

$$= 2050 \text{ cc} - 1950 \text{ cc} = 100 \text{ cc}$$

5. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat oral digoxin tablet

0,125Mg, catat TD, frekwensi jantung dan irama (pukul 17.00 WIB)

Evaluasi :

Obat tablet digoxin 0,125 mg masuk,

TD : 164/98 mmHg

N : 112x/mnt

S : 36 C

Pelaksanaan : 03 Juni 2015

3. Diagnosa keperawatan 2

Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas, perubahan afterload.

NIC / Intervensi

1. Memantau tanda - tanda vital, contoh frekuensi jantung, tekanan darah.

(pukul 09.00 WIB)

Evaluasi :

TD : 174/118 mmHg N : 101x/mnt S : 36° C

2. Melakukan evaluasi status mental, catat terjadinya bingung, disorientasi.

(pukul 09.20 WIB)

Evaluasi :

Pasien mengalami penurunan kesadaran dan gelisah, pasien mengalami sesak napas RR 20x/mnt SPO2 98%

3. Memberikan periode istirahat adekuat. Bantu dalam melakukan aktivitas perawatan diri, sesuai indikasi. (pukul 09.30 WIB)

Evaluasi :

Memberikan posisi head up 30°, menyuruh pasien beristirahat lebih tidak boleh banyak gerak dan pasien kooperatif.

4. Memonitor balance cairan (pukul 10.00 WIB)

Evaluasi :

Input Cairan: Infus = 1000 cc

Sonde + Air minum = 750 cc

Obat injeksi = 50 cc

$$\begin{array}{r} \text{AM (Air Metabolisme = 300 cc (5 cc x 60 kg))} \\ \hline 2100 \text{ cc} \end{array} +$$

Output cairan:

$$\begin{array}{r} \text{Urine} = 1000 \text{ cc} \\ \text{IWL} = 900 \text{ cc (15 cc x 60 kg)} \\ \hline 1900 \text{ cc} \end{array} +$$

Jadi Balance cairan dalam 24 jam : Intake cairan - output cairan

$$= 2100 \text{ cc} - 1900 \text{ cc}$$

$$= 200 \text{ cc}$$

5. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat oral digoxin tablet 0,125Mg, catat TD, frekwensi jantung dan irama (pukul 11.00 WIB)

Evaluasi :

Obat tablet digoxin 0,125 mg masuk

TD : 169/101 mmHg

N : 105x/mnt

S : 36 C

Pelaksanaan : Tanggal 01 Juni 2015

1. Diagnosa keperawatan 3

Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membrane alveolar – kapiler (efek inflamasi).

NIC / Intervensi

1. Melakukan observasi warna kulit, membrane mukosa, dan kuku, catat adanya sianosis perifeir (kuku) atau sianosis sentral (sirkumoral). (pukul 08.00 WIB)

Evaluasi :

Warna kuku pucat dan bibir pucat tidak ada tanda tanda sianosis.

2. Mengkaji frekuensi, kedalaman, dan kemudahan bernafas. (pukul 08.10 WIB)

Evaluasi :

RR : 26 x/mnt Spo2 : 94%

Takipnea, Irama ireguler, kesulitan bernafas ditandai dengan adanya bantuan otot pernafasan, tidak ada pernafasan cuping hidung.

3. Mencatat pergerakan dada, amati kesimetrisan, penggunaan otot tambahan, retraksi otot supraclavicular dan intercostal (pukul 08.30 WIB)

Evaluasi :

Ekspansi simetris, retraksi intercosta (+),

4. Mengawasi suhu tubuh, sesuai indikasi. Bantu tindakan kenyamanan untuk menurunkan demam dan menggigil, mis, selimut tambahan/menghilangkannya, suhu ruangan nyaman, kompres hangat atau dingin. (pukul 09.00 WIB)

Evaluasi :

Suhu tubuh pasien normal 36° C dan tidak mengeluarkan keringat, akral dingin dan suhu ruangan sesuai aturan ruangan yang ditetapkan

5. Meninggikan kepala dan memberikan posisi head up 30° C, napas dalam, dan batuk efektif. (pukul 09.20 WIB)

Evaluasi :

Pasien tampak bernafas dengan nyaman tidak terlihat adanya retraksi intercosta

Pasien belum bisa mengambil nafas dalam dan batuk efektif dikarenakan pasien tidak ada tenaga dan masih lemah

Pelaksanaan : tanggal 02 Juni 2015

2. Diagnosa keperawatan 3

Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membrane alveolar – kapiler (efek inflamasi).

NIC / Intervensi

1. Melakukan observasi warna kulit, membrane mukosa, dan kuku, catat adanya sianosis perifeir (kuku) atau sianosis sentral (sirkumoral). (pukul 15.00 WIB)

Evaluasi :

Warna kuku pucat dan bibir pucat tidak ada tanda tanda sianosis.

2. Mengkaji frekuensi, kedalaman, dan kemudahan bernafas. (pukul 15.10 WIB)

Evaluasi :

RR : 22 x/mnt Spo2 : 96%

Frekuensi pernafasan normal, hiperventilasi pernafasan dalam dan kecepatan normal, kesulitan bernafas ditandai dengan adanya bantuan otot pernafasan

3. Mencatat pergerakan dada, amati kesimetrisan, penggunaan otot tambahan, retraksi otot supraclavicular dan intercostal (pukul 15.30 WIB)

Evaluasi :

Ekspansi simetris, retraksi intercosta (+),

4. Mengawasi suhu tubuh, sesuai indikasi. Bantu tindakan kenyamanan untuk menurunkan demam dan menggigil, mis, selimut tambahan/menghilangkannya, suhu ruangan nyaman, kompres hangat atau dingin.

(pukul 16.00 WIB)

Evaluasi :

Suhu tubuh pasien normal $36,5^{\circ}$ C dan tidak mengeluarkan keringat, akral dingin dan suhu ruangan sesuai aturan ruangan yang ditetapkan

5. Meninggikan kepala dan memberikan posisi head up 30° C, napas dalam, dan batuk efektif. (pukul 16.20 WIB)

Evaluasi :

Pasien tampak bernafas dengan nyaman tidak terlihat adanya retraksi intercosta

Pasien belum bisa mengambil napas dalam dan batuk efektif dikarenakan pasien tidak ada tenaga dan masih lemah

Pelaksanaan : tanggal 03 Juni 2015

3. Diagnosa keperawatan 3

Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membrane alveolar – kapiler (efek inflamasi).

NIC / Intervensi

1. Melakukan observasi warna kulit, membrane mukosa, dan kuku, catat adanya sianosis perifeir (kuku) atau sianosis sentral (sirkumoral). (pukul 08.00 WIB)

Evaluasi :

Warna kuku pucat dan bibir pucat tidak ada tanda tanda sianosis.

2. Mengkaji frekuensi, kedalaman, dan kemudahan bernafas. (pukul 08.10 WIB)

Evaluasi :

RR : 20 x/mnt Spo2 : 98% pH : 7,33 mmHg

p CO₂ : 4,6 mmHg p O₂ : 68 mmHg

Frekuensi pernafasan normal, pernafasan dalam dan kecepatan normal, kesulitan bernafas ditandai dengan adanya bantuan otot pernafasan, tidak ada pernafasan cuping hidung, Hipoksemia ringan < 80 mmHg

3. Mencatat pergerakan dada, amati kesimetrisan, penggunaan otot tambahan, retraksi otot supraclavicular dan intercostal (pukul 08.30 WIB)

Evaluasi :

Ekspansi simetris, retraksi intercosta (+),

4. Mengawasi suhu tubuh, sesuai indikasi. Bantu tindakan kenyamanan untuk menurunkan demam dan menggigil, mis, selimut tambahan/menghilangkannya, suhu ruangan nyaman, kompres hangat atau dingin. (pukul 09.00 WIB)

Evaluasi :

Suhu tubuh pasien normal 36⁰ C dan tidak mengeluarkan keringat, akral dingin dan suhu ruangan sesuai aturan ruangan yang ditetapkan

5. Meninggikan kepala dan memberikan posisi head up 30⁰ C, napas dalam, dan batuk efektif. (pukul 09.20 WIB)

Evaluasi :

Pasien tampak bernafas dengan nyaman tidak terlihat adanya retraksi intercosta

Pasien belum bisa mengambil nafas dalam dan batuk efektif dikarenakan pasien tidak ada tenaga dan masih lemah

3.5 Evaluasi keperawatan

Evaluasi tanggal 01 Juni 2015

Diagnosa keperawatan 1

Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan obstruksi jalan napas/ peningkatan sekresi atau produksi mukus berlebihan

Evaluasi jam 12.00 WIB

S : Sesak napas

O : Pasien tampak lemah, terpasang O2 masker rebreathing 10 LPM, tidak ada pernafasan cuping hidung, irama ireguler, pernafasan dalam dan takipnea, terdengar suara ronchi, data penunjang leukosit 26.500, Spo2 94 %

TD : 179/102 mmHg

N : 107 x/mnt

S : 36⁰ C

RR : 26 x/mnt

A : Masalah teratasi sebagian

P : Rencana keperawatan 1 – 5 dilanjutkan

Diagnosa keperawatan 2

Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas, perubahan afterload.

Evaluasi jam 12.00 WIB

S : Penurunan Kesadaran (somnia)

O : Bibir tampak pucat, kuku pucat, akral dingin, balance cairan dalam rentang normal, bunyi jantung S1 lebih samar dari bunyi jantung S2, natrium 128,5 mEq/l, kalium 4,22 mEq/l, klorida 96,8 mEq/l, Hasil EKG nampak atrial Contraction, anteroseptal MI.

TD : 179/102 mmHg N : 107 x/mnt

A : Masalah teratasi sebagian

P : Rencana tindakan 1 – 5 dilanjutkan

Diagnosa keperawatan 3

Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membrane alveolar – kapiler (efek inflamasi)

Evaluasi jam 12.00 WIB

S : Sesak nafas

O : Pasien tampak lemah, posisi head up 30⁰, terpasang O2 masker rebreathing 10 LPM, tidak ada pernafasan cuping hidung, irama ireguler, pernafasan dalam dan takipnea, terdapat retraksi intercosta, terdengar suara ronchi, data penunjang Spo2 94 %, RR 26 x/mnt.

A : Masalah teratasi sebagian

P : Rencana tindakan 1-5 dilanjutkan

Evaluasi tanggal 02 Juni 2015

Diagnosa keperawatan 1

Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan obstruksi jalan napas/
peningkatan sekresi atau produksi mukus berlebihan

Evaluasi jam 18.00 WIB

S : Sesak nafas

O : Pasien tampak lemah, terpasang O₂ masker rebreathing 10 LPM, tidak
ada pernafasan cuping hidung, frekuensi pernafasan normal,
hiperventilasi, terdengar suara ronchi, Spo₂ 96 %

TD : 168/102 mmHg N : 104 x/mnt

S : 36,5 °C RR : 22 x/mnt

A : Masalah teratasi sebagian

P : Rencana keperawatan 1 – 5 dilanjutkan

Diagnosa keperawatan 2

Penurunan curah jantung beerhubungan dengan perubahan kontraktilitas,
perubahan afterload.

Evaluasi jam 18.00 WIB

S : Penurunan Kesadaran (somnia)

O : Keadaan umum lemah, takikardia, bibir tampak pucat, kuku tampak pucat, akral dingin, balance cairan dalam rentang normal, bunyi jantung S1 lebih samar dari bunyi jantung S2, Hasil EKG nampak atrial Contraction, anteroseptal MI.

TD : 168/102 mmhg N : 104x/mnt

S : 36,5 °C RR : 22x/mnt

Spo2 96 %

A : Masalah teratasi sebagian

P : Rencana tindakan 1 – 5 dilanjutkan

Diagnosa keperawatan 3

Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membrane alveolar – kapiler (efek inflamasi)

Evaluasi jam 18.00 WIB

S : Sesak nafas

O :Kondisi umum lemah, posisi head up 30⁰ , terpasang O2 masker rebreathing 10 LPM, tidak ada pernafasan cuping hidung, pernafasan dalam dan frekuensi pernafasan normal, terdapat retraksi intercosta, terdengar suara ronchi, data penunjang glukosa 2 JPP 132 mg/dl, Spo2 96 %, RR 22 x/mnt

A : Masalah teratasi sebagian

P : Rencana tindakan 1-5 dilanjutkan

Evaluasi tanggal 03 Juni 2015

Diagnosa keperawatan 1

Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan obstruksi jalan napas/ peningkatan sekresi atau produksi mukus berlebihan

Evaluasi jam 11.00 WIB

S : Sesak nafas

O : Pasien tampak lemah, posisi head up 30⁰ terpasang O2 masker rebreathing 10 LPM, tidak ada pernafasan cuping hidung, pernafasan dalam dan frekuensi pernafasan normal, terdapat retraksi intercosta, terdengar suara ronchi, data penunjang klien nampak lemah,

TD : 165/96 mmHg N : 112 x/mnt

S : 36⁰C RR : 20 x/mnt Spo2 98 %

A : Masalah teratasi sebagian

P : Rencana keperawatan 1 – 5 dilanjutkan

Diagnosa keperawatan 2

Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas, perubahan afterload.

Evaluasi jam 11.00 WIB

S : Penurunan Kesadaran (somnolen)

O : Keadaan umum lemah, takikardia, bibir tampak pucat, kuku tampak pucat, akral dingin, balance cairan dalam rentang normal, bunyi jantung

S1 lebih samar dari bunyi jantung S2, Hasil EKG nampak atrial Contraction, anteroseptal MI.

TD : 165/96 mmHg N : 112 x/mnt

S : 36 °C RR : 20 x/mnt

A : Masalah teratasi sebagian

P : Rencana tindakan 1 – 5 dilanjutkan

Diagnosa keperawatan 3

Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membrane alveolar – kapiler (efek inflamasi)

Evaluasi jam 11.00 WIB

S : Sesak nafas

O : Kondisi umum lemah, posisi head up 30⁰ , terpasang O2 masker rebreathing 10 LPM, tidak ada pernafasan cuping hidung, pernafasan dalam dan frekuensi pernafasan normal, terdapat retraksi intercosta, terdengar suara ronchi, data penunjang Spo2 98 %, RR 20 x/mnt, hasil BGA pH 7,33mMol/l, pCO2 4,6 mmHg, pO2 68 mmHg hipoksemia ringan.

A : Masalah teratasi sebagian

P : Rencana tindakan 1-5 dilanjutkan