

BAB 3 TINJAUAN KASUS

3.1 Pengkajian Kegawat Daruratan

1) Identitas pasien

Nama	: Ny. S	Pekerjaan	: -
Umur	: 75 Th	Penanggung Jawab	: Tn. A
Jenis Kelamin	: Perempuan	No.Rekam Medis	: 2409xxxx
Agama	: Islam	Tanggal MRS	: 03 –05- 2015
Alamat	: Pondok Benowo Indah	Jam MRS	: 05.00 WIB
Suku	: Jawa	Diagnosa Medis	: PJK Iskemik
		Ruang	: ICU Bed 4

Tanggal Pengkajian : 03-05-2015

Jam Pengkajian : 08.00 WIB

2) Riwayat penyakit

(1) Keluhan utama : Keluarga mengatakan pasien kesadarannya menurun

(2) Riwayat penyakit sekarang :

Keluarga pasien mengatakan pasien mual muntah mulai pagi pre MRS, pasien kemudian lemas dan pucat, pasien berkeringat dingin dan kemudian napasnya tersenggal-senggal. Keluarga pasien mengatakan ±15 menit pasien tidak sadarkan diri. Kemudian pasien dibawa keluarga ke UGD RSI Darus Syifa' benowo surabaya. Di UGD pasien dapat terapi infus PZ grojok dan oksigen tambahan 10 Lpm, lalu pasien di bawa ke ruang ICU. Di ICU pasien dilakukan pemeriksaan TTV didapati TD:70/50 N:134x/mnt S:37⁵⁰C RR: 27x/mnt, pasien sianosis Perfusi dingin, pasien gelisah GCS 325. Di ICU dokter memberikan terapi Infus PZ 14 tpm, Vascon 50 nano/IV line dan dobutamin 3 mikro/IV line.

(3) Riwayat penyakit dahulu :

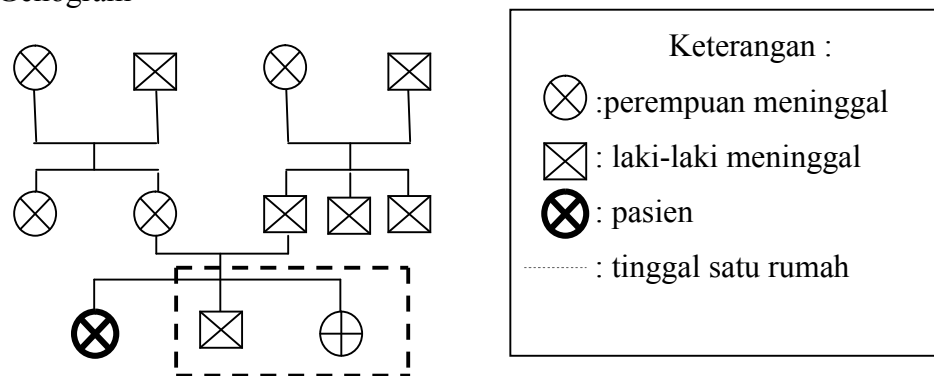
Keluarga pasien mengatakan ±4 tahun yang lalu pasien menderita Stroke, lumpuh tangan dan kaki sebelah kanan. Sempat dirawat di ruang perawatan interna RSI Darus Syifa' benowo ±2 minggu. Keluarga pasien

mengatakan pasien jarang kontrol ulang stroke,nya dan tidak pernah minum obat anti hipertensi.

(4) Riwayat penyakit keluarga :

Keluarga mengatakan memiliki riwayat anggota keluarga dengan Diabetes dan hipertensi.

(5) Genogram



Gambar 3.1 Genogram

(6) Refiew of syistem (pengkajian per syistem)

B1 : Sistem Pernafasan

Subyektif : Keluarga pasien mengatakan pasien sesak

Obyektif : Pasien nampak Sesak, terasa berat, retraksi intercosta (+), nafas cuping hidung (+), RR 27x/mnt, dispnea, Perfusi dingin, perkusi sonor, ronki (-) , terpasang O2 masker rebrething 10 Lpm, spo2 98 %, posisi head up 30⁰.

Problem : Pola napas tidak efektif

B2 : Sistem Kardiovaskular

Subyektif : keluarga mengatakan pasien kesadarannya menurun

Obyektif : Bentuk normal chest, tidak terpasang CVP, distensi vena jugularis ,nadi teraba lemah dan cepat , perkusi redup area jantung, batas jantung tidak mengalami pergeseran. Terdengar S3 dan S4 . TD: 70/50 mmhg N: 130x/mnt. Gambaran EKG nampak atrial fibrilation, anteroseptal MI

Problem : Penurunan curah jantung

B3 : Sistem Persyarafan

Subyektif : keluarga mengatakan pasien hanya mengerang saja

Obyektif : GCS : 325 (pasien membuka mata saat diperintah, pasien hanya mengerang, pasien melokalisasi saat dirangsang nyeri) tidak ada sianosis perifer, Pasien gelisah, pupil isokor 2/2, terdapat kaku kuduk, tidak ada kejang.

Problem : Resiko Gangguan perfusi jaringan cerebral

B4 : Sistem Perkemihan

Subyektif : keluarga mengatakan pasien kencing lewat selang

Obyektif : Tidak distended, terpasang dower cateter uk.16 terfiksasi, produksi urin (+), urin tampung 200cc/6jam, oliguria, warna kuning , bau khas urin, tidak terdapat kemerahan di sekitar uretra.

Problem : Tidak ada masalah keperawatan

B5 : Sistem Gastrointestinal

Subyektif : keluarga mengatakan pasien belum BAB

Obyektif : Bentuk simetris, flat tidak distended, tidak ada bekas luka jahitan, tidak ada nyeri tekan, tidak kembung, terdengar tympani, peristaltik usus 10x/mnt, pasien memakai pempers. Pasien dapat nutrisi sonde susu diabetasol 100cc/4 jam, Belum BAB \pm 2 hari. Tidak terdapat hemoroid. tidak ada hernia. Tidak nampak prolaps uteri.

Problem : Tidak ada masalah keperawatan

B6 : Sistem Muskuloskeletal

Subyektif : keluarga mengatakan pasien tidak bergerak

Obyektif : Tonus otot

dextra	sinistra
2	4
2	4

Turgor kulit baik, S: 37,5°C , pucat, tidak sianosis, CRT <2dtk, akral dingin , GDA: 556 mg/dl , GD 2jpp : 366 mg/dl ADL dibantu keluarga

Problem : Intoleransi Aktivitas

Penunjang Medik :

Tanggal : 03 – 05-2015

1. Laboratorium

Hematologi :

HGB : 12,3	(normal : Pr: 11,5 – 16,0)
WBC: 3700	(normal : 4000 – 11.000)
RBC: 5,28	(normal : 3,5 – 6,0)
PCV: 41 %	(normal : 35 % - 50 %)
PLT : 200.000	(normal : 150.000 – 450.000)

Kimia Klinik :

SGOT : 68 u/l	(normal : pr: < 31 u/l)
SGPT : 58 u/l	(normal : pr: <31 u/l)
BUN : 20,1 mg/dl	(normal : 4,7 – 23,3 mg/dl)
Kreatinin : 1,27 mg/dl	(normal : 0,6 – 1,0 mg/dl)
GDA : 556 mg/dl	(normal : 70 – 200 mg/dl)
GD 2jpp : 366 mg/dl	

Elektrolit :

Natrium : 137,5 m Eg/l	(normal : 136 – 144 m Eg/l)
Kalium : 3,76 m Eg/l	(normal : 4 – 5 m Eg/l)
Klorida : 106,2 m Mol/l	(normal : 98 – 107 m Mol/l)

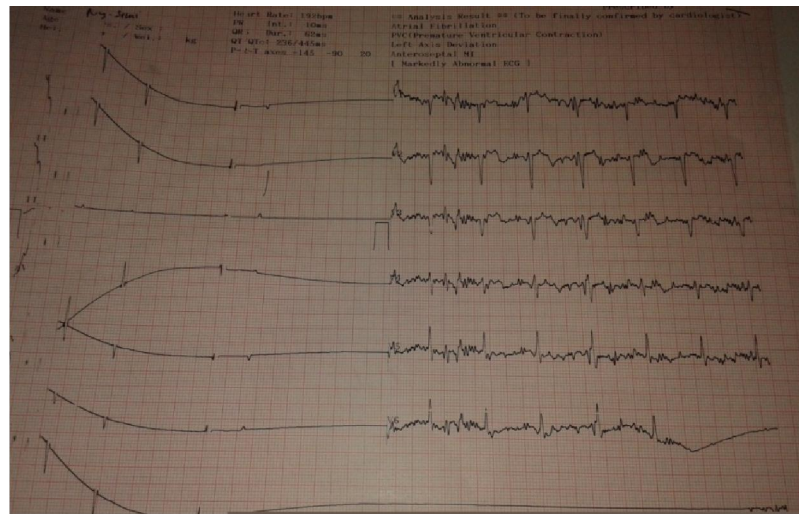
2. Foto thorax

Tanggal : 03-05-2015

Hasil : tidak nampak pembesaran jantung (kardiomegali)

3. EKG

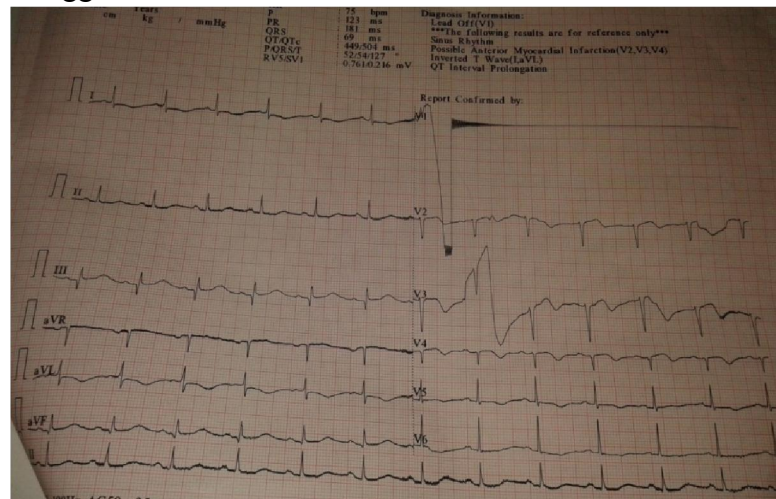
Tanggal : 03-05-2015 Jam 11.00 WIB



Gambar 3.2 Hasil pemeriksaan EKG

Ket: atrial fibrillation, PVC (premature ventrikular contraction), left axis deviation, Anteroseptal MI

Tanggal : 03-05-2015 Jam : 19.00



Gambar 3.3 Hasil pemeriksaan EKG

Ket: sinus rhythm, possible Anterior myocardial Infarction (V2,V3,V4), inverted T wave (lead I, aVL) , QT interval prolongation

Penatalaksanaan / terapi

Tanggal : 03-05-2015

Infus : PZ 14 tpm

Vascon 50 nano / IV line (pump)

Dobutamin 3 mikro/ IV line (pump)

Catatan : vascon dan dobutamin dihentikan jika tensi darah sudah naik (systole diatas 70 mmhg)

Injeksi :

Actrapid 3x4 iu/Sc

Per oral :

Tromboaspilet 1x80 mg

Plavos 1x75 mg

Tanggal : 04-05-2015

Terapi tetap vascon dan dobutamin di stop

Actrapid 4 iu/Iv line (pump)

3.2 Analisa Sintesa Data

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

Tabel 3.2.1. Analisa Data

Tanggal	Data	Masalah	Kemungkinan penyebab
03-05-15	DS : keluarga mengatakan pasien tidak sadar DO : bentuk normal chest, tidak terpasang CVP, nadi teraba lemah dan cepat , distensi vena jugularis, perkusi redup area jantung, batas jantung tidak mengalami pergeseran. Bunyi jantung Terdengar S3 S4. TD: 70/50 mmhg N: 130x/mnt. MAP : 60 Gambaran EKG nampak atrial fibrillation.	Penurunan curah jantung	Infark miokardium ↓ Fungsi ventrikel kiri menurun ↓ Gangguan kontraktilitas miokard jantung ↓ Penurunan curah jantung

03-05-15	<p>DS : keluarga pasien mengatakan pasien sesak</p> <p>DO : pasien nampak Sesak, terasa berat, dispnea, retraksi intercosta (+), nafas cuping hidung (+), RR 27x/mnt, Perfusi dingin, perkusi sonor, ronki (-), wheezing (-), terpasang O2 masker rebrething 10 Lpm, spo2 98 %, posisi head up 30⁰.</p>	Pola napas tidak efektif	<p>Denyut jantung meningkat</p> <p>↓</p> <p>Kontraksi jantung meningkat</p> <p>↓</p> <p>Pembesaran ventrikel</p> <p>↓</p> <p>Pengembangan paru tidak optimal</p> <p>↓</p> <p>Pola napas tidak efektif</p>						
03-05-15	<p>DS :keluarga mengatakan pasien hanya mengerang saja</p> <p>DO : GCS : 325, tidak ada sianosis perifer, Pasien gelisah, terdapat kaku kuduk, tidak ada kejang.</p>	Resiko Gangguan perfusi jaringan cerebral	<p>Perubahan hemodinamika yg progresif</p> <p>↓</p> <p>Perfusi koroner menurun</p> <p>↓</p> <p>Hipotensi, hipoksemia</p> <p>↓</p> <p>Resiko gangguan perfusi jaringan cerebral</p>						
03-05-15	<p>DS : keluarga mengatakan pasien tidak bergerak</p> <p>DO : Turgor kulit baik, S: 37,5⁰C , pucat, tidak sianosis, CRT >2dtk, akral dingin. GDA: 556 mg/dl , GD 2jpp : 366 mg/dl</p> <p>Tonus otot</p> <table border="1" data-bbox="464 1599 778 1787"> <tr> <td>dextra</td> <td>sinistra</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>4</td> </tr> </table> <p>ADL dibantu perawat dan keluarga</p>	dextra	sinistra	2	4	2	4	Intoleransi aktivitas	<p>Perubahan hemodinamika progresif</p> <p>↓</p> <p>Perfusi perifer menurun</p> <p>↓</p> <p>Hipotensi</p> <p>↓</p> <p>Penurunan suplai energi ke Otot</p> <p>↓</p> <p>Penurunan tonus otot</p> <p>↓</p> <p>Intoleransi aktivitas</p>
dextra	sinistra								
2	4								
2	4								

3.3 Diagnosa keperawatan

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas miokard jantung
2. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan pengembangan paru yang tidak optimal
3. Resiko Gangguan perfusi jaringan cerebral berhubungan dengan hipoksemia
4. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan penurunan tonus otot

3.4 Rencana tindakan keperawatan

1. Diagnosa keperawatan 1

Tanggal 03 mei 2015

Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas miokard jantung

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

- 1) 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

- 2) 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

1) Pemberian oksigen tambahan 10 Lpm

2) Pertahankan jalur IV pemberian dobutamin 3 mikro per pump

Rasional :

O2 tambahan mencukupi suplai dari kebutuhan asupan jantung

Jalur yang paten penting untuk pemberian obat darurat,

2. Diagnosa keperawatan 2

Tanggal 03 mei 2015

Pola napas tidak efektif berhubungan dengan pengembangan paru yang tidak optimal

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam pola napas kembali efektif

1) Kriteria hasil

(1) Pola napas efektif, RR dalam batas normal (16-24x/menit)

(2) Tidak terlihat otot bantu napas

(3) Tidak ada cuping hidung

(4) Tidak sianosis

(5) Tidak ada suara napas tambahan Wheezing, Ronki

(6) Spo2 98 % – 99 %

2) Intervensi

(1) Pertahankan jalan napas ; posisi head up 30°

Rasional :

Posisi head up membebaskan jalan napas dan merupakan posisi yang netral

(2) Auskultasi suara napas, catat adanya suara napas tambahan tiap 4 jam

Rasional :

Suara napas tambahan menandakan adanya sumbatan jalan napas.

(3) Monitor respirasi dan status O₂ tiap 1 jam

Rasional :

Spo₂ yang adekuat menandakan jaringan perifer tersuplai oleh oksigen,

(4) Monitor adanya sianosis tiap 4 jam

Rasional :

Sianosis tanda dari ketidakefektifan suplai oksigen ke perifer

(5) Kolaborasi

Pemberian O₂ tambahan 10 Lpm

Rasional :

O₂ tambahan dapat memenuhi kebutuhan oksigen tubuh

3. Diagnosa keperawatan 3

Tanggal 03 mei 2015

Resiko Gangguan perfusi jaringan cerebral berhubungan dengan hipoksemia

Tujuan :

Gangguan Perfusi jaringan berkurang/ tidak meluas

1) Kriteria hasil :

- (1) Daerah perifer hangat
- (2) Tidak didapati sianosis
- (3) Kapiler retil time 3-5 detik
- (4) Tidak ada penurunan kesadaran, GCS 4,5,6
- (5) Kesadaran komposmentis

(6) Tidak ada tanda-tanda peningkatan TIK

2) Intervensi :

(1) Monitor frekuensi dan irama jantung tiap 1 jam

Rasional :

Pompa jantung gagal dapat mencetuskan distress dan dapat terjadinya komplikasi

(2) Pantau warna dan suhu kulit / membaran mukosa

Rasional :

Penurunan curah jantung mungkin dibuktikan oleh penurunan perfusi kulit

(3) Monitor intake output cairan dan catat berat jenisnya tiap 6 jam

Rasional :

Penurunan pemasukan / mual terus menerus dapat mengakibatkan gangguan sirkulasi

(4) Monitor perubahan tingkat kesadaran

Rasional :

Merupakan tanda adanya gangguan perfusi jaringan di otak

(5) Kolaborasi : berikan cairan intravena sesuai indikasi

Rasional :

Membantu dalam penanganan terapi

4. Diagnosa keperawatan 4

Tanggal 03 mei 2015

Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik

Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam aktivitas kembali meningkat sesuai kondisi jantung

1) Kriteria hasil

(1) Tanda tanda vital dalam batas normal

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

Suhu : 36,5°C – 37,5°C

RR : 16 – 24 x/mnt

- (2) Tonus otot meningkat (nilai 5)
- (3) GDA dalam batas normal (80 – 125 mg/dl)
- (4) ADL terpenuhi secara mandiri

2) Intervensi

- (1) Observasi tanda tanda vital tiap 1 jam

Rasional :

Dengan monitor tanda tanda vital akan segera diketahui dengan cepat bila terjadi gangguan cardiac output maupun aritmia

- (2) Kaji kekuatan otot tiap 6 jam

Rasional :

Mengetahui seberapa kelemahan yang terjadi pada pasien

- (3) Ubah posisi tiap 2 jam

Rasional :

Bedrest meningkatkan resiko terjadinya dekubitus

- (4) Lakukan latihan ROM (range of motion) tiap 6 jam

Rasional :

Sendi-sendi yang tidak dilatih akan mengalami penurunan fungsi yang menjadikan atrofi maupun kontraktur

4.4 Pelaksanaan Keperawatan

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

Pelaksanaan tanggal : 03 mei 2015

1. Diagnosa keperawatan 1

Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas miokard jantung

- 1) Membina hubungan saling percaya kepada pasien (jam 06.30 wib)

- Memperkenalkan nama
- Memperkenalkan profesi

Evaluasi :

Pasien hanya mengerang didapati GCS 325

- 2) Melakukan auskultasi bunyi jantung (jam 07.00 wib)

Evaluasi :

- Didapati bunyi jantung S3 dan S4
- 3) Memonitoring frekuensi dan irama jantung (jam 07.00 wib)
- Evaluasi :
- Nadi 130 x/mnt
 - Irama ireguler
- 4) Monitoring balance cairan (jam 07.10 wib)
- Evaluasi :
- Input : infus 1000 cc/24 jam + sonde 600 cc/24 jam
 - Output : urine tampung 1400 cc/24 jam, IWL 150 cc
- Balance cairan = input – output
- $$= (1000\text{cc} + 600 \text{ cc}) - (1400 \text{ cc} + 150 \text{ cc})$$
- $$= 1600 \text{ cc} - 1550 \text{ cc}$$
- $$= 50 \text{ cc}$$
- 5) Memberikan oksigen tambahan dengan masker rebhreating 10 lpm (jam 07.10 wib)
- Evaluasi :
- RR = 24 x/mnt
 - Spo2 = 98 %
- 6) Memberikan obat – obatan per sonde (jam 08.00 wib)
- Tromboaspilet 80 mg
 - Plavos 75 mg
- Evaluasi :
- Pasien nampak tenang
- 7) Mengobservasi tanda tanda vital (jam 08.00 wib)
- Evaluasi :
- | | |
|------------------|---------------|
| TD : 100/60 mmhg | RR : 23 x/mnt |
| N : 128 x/mnt | spo2 : 98% |
| S : 37,5 °C | MAP : 70 |
- 8) Melakukan auskultasi bunyi jantung (jam 08.00 wib)
- Evaluasi :
- Terdengar S3 dan S4
- 9) Monitoring frekuensi dan irama jantung (jam 08.00 wib)

Evaluasi :

- N : 128 x/mnt - irama reguler

Pelaksanaan tanggal : 04 mei 2015

1. Diagnosa keperawatan 1

Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas miokard jantung

1) Menyapa pasien (jam 06.30 wib)

- Mengucapkan salam
- Menyebutkan nama

Evaluasi :

Pasien didapati GCS 345

2) Melakukan auskultasi bunyi jantung (jam 07.00 wib)

Evaluasi :

- Didapati bunyi S3 dan S4

3) Memonitoring frekuensi dan irama jantung (jam 07.00 wib)

Evaluasi :

- Nadi 135 x/mnt
- Irama reguler

4) Monitoring balance cairan (jam 07.10 wib)

Evaluasi :

- Input : infus 1000 cc/24 jam + sonde 600 cc/24 jam
- Output : urine tampung 1500 cc/24 jam , IWL 150 cc

Balance cairan = input – output

$$= (1000\text{cc} + 600 \text{ cc}) - (1500 \text{ cc} + 150 \text{ cc})$$

$$= 1600 \text{ cc} - 1650 \text{ cc}$$

$$= - 50 \text{ cc}$$

5) Memberikan oksigen tambahan dengan masker rebhreating 10 lpm

Evaluasi :

- RR = 24 x/mnt Spo2 = 98 %

6) Memberikan obat – obatan per sonde (jam 08.00 wib)

- Tromboaspilet 80 mg

- Plavos 75 mg

Evaluasi :

- Pasien nampak tenang

7) Mengobservasi tanda tanda vital (jam 08.00 wib)

Evaluasi :

TD : 110/60 mmhg RR : 23 x/mnt

N : 130 x/mnt spo2 : 98%

S : 37,5 °C MAP: 76

8) Melakukan auskultasi bunyi jantung (jam 08.00 wib)

Evaluasi :

Terdengar S3 dan S4

9) Monitoring frekuensi dan irama jantung (jam 08.00 wib)

Evaluasi :

N : 130 x/mnt irama reguler

Pelaksanaan : 05 mei 2015

1. Diagnosa keperawatan 1

Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas miokard jantung

1) Menyapa pasien (jam 06.30 wib)

- Mengucapkan salam

- Menyebutkan nama

Evaluasi :

Pasien didapati GCS 445

2) Melakukan auskultasi bunyi jantung (jam 07.00 wib)

Evaluasi :

- Didapati bunyi jantung S3 dan S4

3) Memonitoring frekuensi dan irama jantung (jam 07.00 wib)

Evaluasi :

- Nadi 135 x/mnt

- Irama reguler

4) Monitoring balance cairan (jam 07.10 wib)

Evaluasi :

- Input : infus 1000 cc/24 jam + sonde 600 cc/24 jam
- Output : urine tampung 1500 cc/24 jam , IWL 150 cc

Balance cairan = input – output

$$= (1000\text{cc} + 600 \text{ cc}) - (1500 \text{ cc} = 150 \text{ cc})$$

$$= 1600 \text{ cc} - 1650 \text{ cc}$$

$$= - 50 \text{ cc}$$

- 5) Memberikan oksigen tambahan dengan masker rebhreating 10 lpm

Evaluasi :

- RR = 22 x/mnt Spo2 = 98 %

- 6) Memberikan obat – obatan per sonde (jam 08.00 wib)

- Tromboaspilet 80 mg
- Plavos 75 mg

Evaluasi :

- Pasien nampak tenang

- 7) Mengobservasi tanda tanda vital (jam 08.00 wib)

Evaluasi :

TD : 100/70 mmhg RR : 22 x/mnt

N : 130 x/mnt spo2 : 98%

S : 37,5 °C MAP: 80

- 8) Melakukan auskultasi bunyi jantung (jam 08.00 wib)

Evaluasi :

Terdengar S3 dan S4

- 9) Monitoring frekuensi dan irama jantung (jam 08.00 wib)

Evaluasi :

N : 130 x/mnt irama reguler

Pelaksanaan : tanggal 03 mei 2015

1. Diagnosa keperawatan 2

Pola napas tidak efektif berhubungan dengan pengembangan paru yang tidak optimal

- 1) Memberikan posisi head up 30°. (jam 08.00 wib)

Evaluasi :

Letakkan bantal dikepala pasien

Pasien nampak lebih nyaman dengan posisi head up

- 2) Melakukan Auskultasi suara napas, catat adanya suara napas tambahan (jam 08.00 wib)

Evaluasi :

Tidak terdengar suara napas tambahan

Ronki (-) wheezing (-) snoring (-) gargling (-)

- 3) Monitoring respirasi dan status O₂ (jam 09.00 wib)

Evaluasi :

RR : 24x/mnt

Spo₂ : 98 %

- 4) Monitor adanya sianosis (jam 09.00 wib)

Evaluasi :

Sianosis (-)

Perfusi HKM (hangat kering merah)

- 5) Memberikan O₂ tambahan 10 lpm dengan masker rebreathing

Evaluasi :

Pasien nampak rileks,

cuping hidung (-), RR 24x/mnt Spo₂ 98%

Pelaksanaan : tanggal 04 mei 2015

1. Diagnosa keperawatan 2

Pola napas tidak efektif berhubungan dengan pengembangan paru yang tidak optimal

- 1) Memberikan posisi head up 30°. (jam 08.00 wib)

Evaluasi :

Letakkan bantal dikepala pasien

Pasien nampak lebih nyaman dengan posisi head up

- 2) Melakukan Auskultasi suara napas, catat adanya suara napas tambahan (jam 08.00 wib)

Evaluasi :

Tidak terdengar suara napas tambahan

Ronki (-) wheezing (-) snoring (-) gargling (-)

- 3) Monitoring respirasi dan status O₂ (jam 09.00 wib)
 - Evaluasi :
 - RR : 22x/mnt
 - Spo₂ : 98 %
- 4) Monitor adanya sianosis (jam 09.00 wib)
 - Evaluasi :
 - Sianosis (-)
 - Perfusi HKM (hangat kering merah)
- 5) Memberikan O₂ tambahan 10 lpm dengan masker rebreathing
 - Evaluasi :
 - Pasien nampak rileks,
 - cuping hidung (-), RR 22x/mnt Spo₂ 98%

Pelaksanaan : tanggal 05 mei 2015

1. Diagnosa keperawatan 2

Pola napas tidak efektif berhubungan dengan pengembangan paru yang tidak optimal

- 1) Memberikan posisi head up 30°. (jam 08.00 wib)
 - Evaluasi :
 - Letakkan bantal dikepala pasien
 - Pasien nampak lebih nyaman dengan posisi head up
- 2) Melakukan Auskultasi suara napas, catat adanya suara napas tambahan (jam 08.00 wib)
 - Evaluasi :
 - Tidak terdengar suara napas tambahan
 - Ronki (-) wheezing (-) snoring (-) gargling (-)
- 3) Monitoring respirasi dan status O₂ (jam 09.00 wib)
 - Evaluasi :
 - RR : 23x/mnt
 - Spo₂ : 98 %
- 4) Monitor adanya sianosis (jam 09.00 wib)
 - Evaluasi :
 - Sianosis (-)

Perfusi HKM (hangat kering merah)

- 5) Memberikan O2 tambahan 10 lpm dengan masker rebreathing

Evaluasi :

Pasien nampak rileks,

cuping hidung (-), RR 23x/mnt Spo2 98%

Pelaksanaan : Tanggal 03 Mei 2015

1. Diagnosa keperawatan 3

Resiko Gangguan perfusi jaringan cerebral berhubungan dengan hipoksemia

- 1) Melakukan monitoring frekuensi dan irama jantung

Evaluasi :

N : 130x/mnt

Irama reguler

- 2) Memantau warna dan suhu kulit / membaran mukosa

Evaluasi :

S : 37,5°C

Warna kulit pucat

Mukosa bibir lembab

- 3) Monitoring intake output cairan dan catat berat jenisnya (jam 07.10)

Evaluasi :

- Input : infus 1000 cc/24 jam + sonde 600 cc/24 jam

- Output : urine tampung 1400 cc/24 jam, IWL 150 cc

- Balance cairan = input – output

$$= (1000\text{cc} + 600 \text{ cc}) - (1400 \text{ cc} + 150 \text{ cc})$$

$$= 1600 \text{ cc} - 1550 \text{ cc}$$

$$= 50 \text{ cc}$$

- 4) Monitoring perubahan tingkat kesadaran (jam 07.10)

Evaluasi :

Didapati pasien dengan Nilai GCS 10 ; E: 3 V: 2 M: 5

Terdapat kaku kuduk

Pelaksanaan : Tanggal 04 Mei 2015

1. Diagnosa keperawatan 3

Resiko Gangguan perfusi jaringan cerebral berhubungan dengan hipoksemia

- 1) Melakukan monitoring frekuensi dan irama jantung

Evaluasi :

N : 135x/mnt

Irama reguler

- 2) Memantau warna dan suhu kulit / membaran mukosa

Evaluasi :

S : 37,8°C

Warna kulit pucat

Mukosa bibir lembab

- 3) Monitoring intake output cairan dan catat berat jenisnya (jam 07.10)

Evaluasi :

- Input : infus 1000 cc/24 jam + sonde 600 cc/24 jam

- Output : urine tampung 1500 cc/24 jam , IWL 150 cc

- Balance cairan = input – output

$$= (1000\text{cc} + 600 \text{ cc}) - (1500 \text{ cc} + 150 \text{ cc})$$

$$= 1600 \text{ cc} - 1650 \text{ cc}$$

$$= - 50 \text{ cc}$$

- 4) Monitoring perubahan tingkat kesadaran (jam 07.10)

Evaluasi :

Didapati pasien dengan Nilai GCS 12 ; E: 3 V: 4 M: 5

Tidak Terdapat kaku kuduk

Pelaksanaan : Tanggal 05 Mei 2015

1. Diagnosa keperawatan 3

Resiko Gangguan perfusi jaringan cerebral berhubungan dengan hipoksemia

- 1) Melakukan monitoring frekuensi dan irama jantung

Evaluasi :

N : 135x/mnt

Irama reguler

- 2) Memantau warna dan suhu kulit / membaran mukosa

Evaluasi :

S : 37,8°C

Warna kulit pucat

Mukosa bibir lembab

- 3) Monitoring intake output cairan dan catat berat jenisnya (jam 07.10)

Evaluasi :

- Input : infus 1000 cc/24 jam + sonde 600 cc/24 jam

- Output : urine tampung 1500 cc/24 jam , IWL 150cc

- Balance cairan = input – output

$$= (1000\text{cc} + 600 \text{ cc}) - (1500 \text{ cc} = 150 \text{ cc})$$

$$= 1600 \text{ cc} - 1650 \text{ cc}$$

$$= - 50 \text{ cc}$$

- 4) Monitoring perubahan tingkat kesadaran (jam 07.10)

Evaluasi :

Didapati pasien dengan Nilai GCS 12 ; E: 4 V: 4 M: 5

Tidak Terdapat kaku kuduk

Pelaksanaan : Tanggal 03 Mei 2015

1. Diagnosa keperawatan 4

Intoleransi aktivitas berhubungan dengan penurunan tonus otot

- 1) Melakukan observasi tanda tanda vital (jam 07.00)

Evaluasi :

TD : 70/50 mmhg RR : 27 x/mnt

N : 130 x/mnt spo2 : 98%

S : 37,5 °C MAP : 60

GDA : 556 mg/dl Gd 2jpp : 366 mg/dl

- 2) Mengkaji kekuatan tonus otot (jam 08.00)

Evaluasi :

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

2	4
2	4

- 3) Melakukan latihan ROM (range of motion) (jam 09.00)

Evaluasi :

Tidak ada kekakuan sendi

- 4) Mengubah posisi pasien tiap 2 jam (jam 09.00)

Evaluasi :

Miring kanan kiri secara bergantian tiap 2 jam

Tidak terdapat dekubitus daerah punggung

- 5) Memberikan injeksi Actrapid 4 u/SC (14.00)

Evaluasi :

GDA : 525 mg /dl

Pelaksanaan : tanggal 04 mei 2015

1. Diagnosa keperawatan 3

Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik

- 1) Melakukan observasi tanda tanda vital (Jam 07.00)

Evaluasi :

TD : 110/60 mmhg RR : 24 x/mnt

N : 135 x/mnt spo2 : 98%

S : 37,8 °C MAP : 76

GDA : 469 mg/dl

- 2) Mengkaji kekuatan tonus otot

Evaluasi :

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

3	5
3	5

- 3) Melakukan latihan ROM (range of motion)

Evaluasi :

Tidak ada kekakuan sendi

- 4) Mengubah posisi pasien tiap 2 jam

Evaluasi :

Miring kanan kiri secara bergantian tiap 2 jam

Tidak terdapat dekubitus daerah punggung

5) Memberikan terapi Actrapid 4 u/Pump (jam 14.00)

Evaluasi :

GDA : 236 mg /dl

Pelaksanaan : tanggal 05 mei 2015

1. Diagnosa keperawatan 3

Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik

1) Melakukan observasi tanda tanda vital (jam 07.00)

Evaluasi :

TD : 100/70 mmhg RR : 22 x/mnt

N : 135 x/mnt spo2 : 98%

S : 37,8 °C MAP: 80

GDA : 237 mg/dl

2) Mengkaji kekuatan tonus otot

Evaluasi :

dextra	sinistra
4	5
2	5

3) Melakukan latihan ROM (range of motion)

Evaluasi :

Tidak ada kekakuan sendi

4) Mengubah posisi pasien tiap 2 jam

Evaluasi :

Miring kanan kiri secara bergantian tiap 2 jam

Tidak terdapat dekubitus daerah punggung.

5) Memberikan terapi Actrapid 4 u/Pump (jam 14.00)

Evaluasi :

GDA : 216 mg /dl

4.5 Evaluasi keperawatan

Evaluasi tanggal 03 mei 2015

1. Diagnosa keperawatan 1

Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas miokard jantung

Evaluasi jam 14.00 WIB

S : keluarga pasien mengatakan pasien tidak sadar

O : Pasien hanya mengerang didapati GCS 3/25, akral dingin

TD : 70/50 mmhg N : 130x/mnt MAP: 60

S : 37,5°c RR : 27x/mnt Spo2 98 %

Didapati bunyi S3 dan S4

Pada pemeriksaan EKG terdapat atrial fibrillation, PVC (premature ventrikular contraction), left axis deviation, Anteroseptal MI

Input : infus 1000 cc/24 jam + sonde 600 cc/24 jam

Output : urine tampung 1400 cc/24 jam , IWL 150 cc

Balance cairan = input – output

$$= (1000\text{cc} + 600 \text{ cc}) - (1400 \text{ cc} + 150\text{cc})$$

$$= 1600 \text{ cc} - 1550 \text{ cc}$$

$$= 50 \text{ cc}$$

A : Masalah teratasi sebagian

P : Rencana tindakan no 1 – 5 dilanjutkan

2. Diagnosa keperawatan 2

Pola napas tidak efektif berhubungan dengan pengembangan paru yang tidak optimal

Evaluasi jam 14.00 WIB

S : keluarga pasien mengatakan pasien masih sesak

O : pasien nampak sesak , perfusi dingin ,

Tidak ada suara napas tambahan

Ada cuping hidung

Terpasang o2 masker rebreathing 10 lpm,

TD : 70/50 mmhg N : 130x/mnt MAP: 60

S : 37,5°c RR : 27x/mnt Spo2 98 %

A : Masalah belum teratasi

P : Intervensi 1 – 4 dilanjutkan

3. Diagnosa keperawatan 3

Gangguan perfusi jaringan cerebral berhubungan dengan hipoksemia

Evaluasi jam 14.00 WIB

S : keluarga pasien mengatakan pasien hanya mengerang

O : N : 130x/mnt , Irama reguler , S : 37,5°C

Warna kulit pucat

Mukosa bibir lembab

- Input : infus 1000 cc/24 jam + sonde 600 cc/24 jam

- Output : urine tampung 1500 cc/24 jam, IWL 150 cc

Balance cairan = input – output

$$= (1000\text{cc} + 600 \text{cc}) - (1500 \text{cc} + 150 \text{cc})$$

$$= 1600 \text{cc} - 1650 \text{cc}$$

$$= - 50 \text{cc}$$

Didapati pasien dengan Nilai GCS 10 ; E: 3 V: 2 M: 5

Terdapat kaku kuduk

A : Masalah Belum Teratasi

P : intervensi 1 – 5 dilanjutkan

4. Diagnosa keperawatan 4

Intoleransi aktivitas berhubungan dengan penurunan tonus otot

Evaluasi jam 14.00

S : keluarga pasien mengatakan pasien lemas tidak bergerak

O : pasien nampak lemah, GCS 3/2/5.

Tonus otot

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

2	4
2	4

GDA : 525 mg/dl , ADL dibantu keluarga dan perawat jaga

A : Masalah belum teratasi

P : Rencana keperawatan 1 – 5 di lanjutkan

Evaluasi tanggal 04 mei 2015

1. Diagnosa keperawatan 1

Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas miokard jantung

Evaluasi jam 14.00

S : keluarga pasien mengatakan pasien sudah membuka matanya

O : Pasien didapati GCS 445, akral HKM,

Terpasang O2 rebreathing 10 lpm

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

Irama nadi reguler

S : 37,8°C RR : 24x/mnt

Spo2 98 % MAP : 76

Didapati bunyi jantung S3 dan S4

Balance cairan = input – output

$$= (1000\text{cc} + 600 \text{ cc}) - (1500 \text{ cc} + 150 \text{ cc})$$

$$= 1600 \text{ cc} - 1650 \text{ cc}$$

$$= -50 \text{ cc}$$

Hasil EKG didapati sinus rhytm, possible Anterior myocardial Infarktion (V2,V3,V4), inverted T wave (lead I, aVL) , QT interval prolongation

A : Masalah teratasi sebagian

P : Rencana tindakan 1 – 5 dilanjutkan

2. Diagnosa keperawatan 2

Pola napas tidak efektif berhubungan dengan pengembangan paru yang tidak optimal

Evaluasi jam 14.00 WIB

S : keluarga pasien mengatakan sesak mulai berkurang

O : pasien nampak sesak , perfusi HKM ,

Tidak ada suara napas tambahan

Tidak Ada cuping hidung

Terpasang o2 masker rebreathing 10 lpm,

TD : 110/60 mmhg N : 135x/mnt MAP: 76

S : 37,8°C RR : 24x/mnt Spo2 98 %

A : Masalah teratasi sebagian

P : Intervensi 1 – 4 dilanjutkan

3. Diagnosa keperawatan 3

Evaluasi jam 14.00

Resiko Gangguan perfusi jaringan cerebral berhubungan dengan hipoksemia

S : keluarga pasien mengatakan pasien mampu megatakan nama pasien

O : N : 135x/mnt , Irama reguler , S : 37,8°C

Warna kulit pucat

Mukosa bibir lembab

- Input : infus 1000 cc/24 jam + sonde 600 cc/24 jam

- Output : urine tampung 1500 cc/24 jam

Balance cairan = input – output

$$= (1000\text{cc} + 600 \text{ cc}) - (1500 \text{ cc} + 150 \text{ cc})$$

$$= 1600 \text{ cc} - 1650 \text{ cc}$$

$$= - 50 \text{ cc}$$

Didapati pasien dengan Nilai GCS 12 ; E: 3 V: 4 M: 5

Tidak Terdapat kaku kuduk

A : masalah teratasi sebagian

P : intervensi 1 – 5 dilanjutkan

4. Diagnosa keperawatan 4

Intoleransi aktivitas berhubungan dengan penurunan tonus otot

Evaluasi jam 14.00

S : keluarga pasien mengatakan pasien mampu menggerakkan tangannya

O : pasien nampak lemah, GCS 325.

Tonus otot

dextra	sinistra
3	5
3	5

GDA : 236 mg/dl , ADL dibantu perawat dan keluarga

A : Masalah teratasi sebagian

P : Rencana keperawatan 1 – 5 di lanjutkan

Evaluasi tanggal 05 mei 2015

1. Diagnosa keperawatan 1

Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas miokard jantung

Evaluasi jam 14.00

S : keluarga pasien mengatakan pasien mengalami penurunan kesadaran

O : Pasien didapati GCS 345, akral HKM,

Terpasang O2 rebreathing 10 lpm

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

Irama nadi reguler MAP : 80

S : 37,8°C RR : 22x/mnt

Spo2 98 %

Didapati bunyi jantung S3 dan S4

Balance cairan = input – output

$$= (1000\text{cc} + 600\text{ cc}) - (1500\text{ cc} + 150\text{ cc})$$

$$= 1600\text{ cc} - 1650\text{ cc}$$

$$= - 50\text{ cc}$$

Hasil EKG didapati sinus rhytm, possible Anterior myocardial Infarktion (V2,V3,V4), inverted T wave (lead I, aVL) , QT interval prolongation

- A : Masalah teratasi sebagian
 P : Rencana tindakan 1 – 5 dilanjutkan

2. Diagnosa keperawatan 2

Pola napas tidak efektif berhubungan dengan pengembangan paru yang tidak optimal

Evaluasi jam 14.00 WIB

S : keluarga pasien mengatakan pasien sudah tidak terlalu sesak

O : pasien nampak sesak , perfusi HKM ,

Tidak ada suara napas tambahan

Tidak Ada cuping hidung

Terpasang o2 masker rebreathing 10 lpm,

TD : 100/70 mmhg N : 135x/mnt Map: 80

S : 37,8°C RR : 22x/mnt Spo2 98 %

A : Masalah teratasi sebagian

P : Intervensi 1 – 4 dilanjutkan

3. Diagnosa keperawatan 3

Resiko Gangguan perfusi jaringan cerebral berhubungan dengan hipoksemia

S : keluarga pasien mengatakan pasien sudah sedikit bisa menjawab sapaan dari keluarga

O : N : 130x/mnt , Irama reguler , S : 37,5°C

Warna kulit pucat

Mukosa bibir lembab

- Input : infus 1000 cc/24 jam + sonde 600 cc/24 jam

- Output : urine tampung 1500 cc/24 jam

Balance cairan = input – output

$$= (1000\text{cc} + 600 \text{ cc}) - (1500 \text{ cc} + 150 \text{ cc})$$

$$= 1600 \text{ cc} - 1650 \text{ cc}$$

$$= - 50 \text{ cc}$$

Didapati pasien dengan Nilai GCS 13 ; E: 4 V: 4 M: 5

Tidak Terdapat kaku kuduk

A : Masalah Teratasi Sebagian

P : Intervensi 1 – 5 Dilanjutkan

4. Diagnosa keperawatan 4

Intoleransi aktivitas berhubungan dengan penurunan tonus otot

Evaluasi jam 14.00

S : keluarga pasien mengatakan kaki dan tangan pasien sudah bisa bergerak

O : pasien nampak lemah , GCS 445.

Tonus otot

dextra	sinistra
4	5
4	5

GDA :216 mg/dl , ADL: dibantu keluarga dan perawat jaga

A : Masalah teratasi sebagian

P : Rencana keperawatan 1 – 5 di lanjutkan.