

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Bab ini disajikan untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan Asuhan Keperawatan Maternitas dengan diagnosa medis Infark Miokard Akut, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 4-8 Mei 2020 dengan data pengkajian pada tanggal 4 Maret 2021 jam 11.30 WIB di ruang ICCU di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya. Anamnesa diperoleh dari pasien dan file register sebagai berikut.

3.1 Pengkajian

Pasien adalah seorang Ibu bernama Ny.S usia 61 tahun. Pasien MRS pada tanggal 1 Mei 2021 pada 12.00 WIB di ruang ICCU di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya dan dilakukan pengkajian pada tanggal 4 Mei 2021. Pada pukul 11.300 WIB. Pasien beragama Islam, bahasa yang sering digunakan adalah Bahasa Indonesia, pendidikan terakhir adalah Sekolah Dasar, pekerjaan Ibu sebagai Ibu Rumah Tangga. Pasien tinggal di Wonokromo, Surabaya. Pasien merupakan istri dari Tn. K.

3.1.1 Status Kesehatan Saat Ini

1. Keluhan Utama

Pasien mengeluh dadanya terasa nyeri

2. Riwayat Kondisi Saat ini

Pada hari jum.at tanggal 1 Maret 2021 jam 20.00, pasien di antar oleh anaknya ke IGD RSPAL Dr Ramelan Surabaya. Pasien mengeluhkan nyeri pada dada kiri sampai tembus kebelakang serta napasnya terasa sesak ,sesampainya disana pasien diperiksa EKG,serta lab kimia. Setelah selesai dilakukan pemeriksaan dan hasil pemeriksaan sudah terlampir pasien di pindahkan di ruang ICCU pada tanggal 1 Mei 2021 jam 22.30 dan di

lakukan perawatan lebih. Pasien masuk ke ruang ICCU-PCU dalam keadaan sadar dengan terpasang kateter urin, serta terpasang O2 nasal kanul 3 Lpm.

3. Riwayat penyakit dahulu

Pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit jantung ,sebelumnya pasien juga rutin untuk melakukan *general checkup* diRSAL Dr.Ramelan surabaya namun selama ada pandemi Covid-19 pasien sudah jarang untuk melakukan chekup namun pasien selalu rutin untuk minum obat untuk penyakit jantungnya, pasien mengaku memiliki riwayat penyakit lain seperti diabetes militus, hipertensi serta asam urat.

4. Diagnosa medik

Infark Miokard Akut

3.1.2 Riwayat Keperawatan

1. Genogram

Pasien merupakan anak terakhir dari lima bersaudara. Memiliki 1 kakak laki-laki dan 3 kakak perempuan. Orang tua (Ibu dan ayahnya) sudah meninggal. Pasien menikah dengan Tn. K dan memiliki dua orang anak kembar laki – laki dan perempuan.

2. Riwayat Kesehatan

Pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit jantung ,sebelumnya pasien juga rutin untuk melakukan *general checkup* diRSAL Dr.Ramelan surabaya namun selama ada pandemi Covid-19 pasien sudah jarang untuk melakukan *chekup* namun pasien selalu rutin untuk minum obat untuk penyakit jantungnya, pasien mengaku memiliki riwayat penyakit lain seperti diabetes militus, hipertensi serta asam urat.

3. Riwayat penyakit keluarga

Pasien mengatakan anggota keluarga ada yang memiliki

riwayat penyakit Hipertensi.

4. Riwayat Lingkungan

Lingkungan tempat tinggal pasien cukup bersih, pasien mengatakan setiap hari membersihkan rumah pagi dan sore. Ny. S mengatakan kesehariannya tidak berada di tempat yang berbahaya. Ny. S memahami tentang pentingnya menjaga kebersihan

5. Aspek Psikososial

Ny. S mengatakan Persepsi terhadap sehat sakit: Pasien menyadari kalau dirinya saat ini sedang sakit dan harus banyak beristirahat Ny. S mengatakan Pasien berharap agar sakitnya ini tidak semakin parah dan segera sehat kembali. Ny. S mengatakan orang terpenting adalah keluarga (suami dan anaknya), Ny. S mengatakan senang memiliki suami dan 2 anak yang penurut dan menyayanginya, suami Ny. S dan kedua anaknya selalu memberikan semangat untuk kesembuhannya.

3.1.3 Primary Survey

1. Airway : pasien saat dikaji tidak mengalami obstruksi (snoring, gargling, crowing) , napas paten.
2. Breathing : Pergerakan dada simetris, irama pernapasan, suara napas tambahan seperti ronkhi, wheezing, crackles, saturasi oksigen
3. Sirkulasi : irama jantung reguler, akral dingin, warna kulit pucat, capillary refill time >3detik, turgor kulit, edema
4. Disability : GCS 456

3.1.4 Secondary Survey

a. Pola Nutrisi

Sebelum MRS pasien makan 3x sehari, jenis makanan sayur, nasi, lauk pauk, dan buah, frekuensi minum \pm 8 – 1,5 liter /hari, tidak ada pantangan.

Saat MRS, pasien makan habis hanya ½ porsi habis tidak mau makan olahan daging dan sayur, pasien makan pada pukul 07.00 WIB, jenis makanan : nasi, lauk, buah dan sayur, frekuensi minum : ± 250 ml sejak MRS.

b. Pola eliminasi

Sebelum MRS pasien mengatakan BAK 4-5 x/hari, warna : kuning jernih, bau khas urine, konsisten cair, jumlah urine ± 45 cc/jam, keluhan saat BAK : pasien mengatakan tidak memiliki masalah pada sistem perkemihan atau riwayat ISK, dll. Saat MRS pasien

keluhan saat BAK : tidak ada. Pasien BAB SMRS frekuensi 1-2 x/hari, warna : kuning kecoklatan, bau : khas, konsistensi : lembek, keluhan : tidak ada. BAB MRS Ny.S mengatakan masih eblum BAB sejak MRS, warna bau dan konsisten : tidak terkaji.

c. Pola personal hygiene

Sebelum MRS pasien mandi 2 kali sehari, gosok gigi 2 kali sehari setiap mandi pagi dan sore. Cuci rambut 2 hari sekali. Selama MRS pasien bedrest sehingga saat mandi pasien hanya diseka dibantu oleh perawat dan keluarga sebanyak 2 kali sehari, gosok gigi 2 kali sehari pagi dan malam, belum cuci rambut selama MRS.

d. Pola istirahat dan tidur

Sebelum MRS pasien tidur 8 jam perhari. Kebiasaan sebelum tidur menonton TV, tidak ada masalah gangguan pola tidur. Selama MRS pasien mengatakan tidur 6 jam perhari. Pasien mengatakan sulit tidur karena lingkungan kurang nyaman dan mudah terbangun tidak nyaman saat

dirumah ungkap Ny.S, aktivitas sebelum tidur berbincang – bincang dengan keluarganya.

e. Pola aktifitas dan latihan

Keseharian Ny.S adalah sebagai Ibu Rumah Tangga, Ny.S tidak bekerja, Ny.S mengatakan olahraga suka jalan – jalan pagi keliling dekat rumahnya, kegiatan waktu luang : berkumpul dengan keluarganya. Keluhan dalam beraktifitas : Sebelum sakit Ibu mengatakan mampu melaksanakan aktivitas sehari-hari meliputi membersihkan rumah, mandi, makan, BAB/BAK, dan berpakaian pasien melakukannya secara mandiri dan tidak menggunakan alat bantu saat dirumah. Namun, setelah MRS pasien hanya bedrest, karena saat dilakukan aktivitas dada terasa sakit tiba-tiba, pasien ingin segera sembuh agar bisa kembali beraktifitas, kegiatan waktu luang : Menonton TV.

f. Pola kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan

Pasien maupun anggota keluarganya tidak ada yang konsumsi rokok, minuman keras dan tidak ketergantungan obat

3.2 Pemeriksaan Fisik

Secondary Survey

Keadaan umum pasien tampak lemah, kesadaran composmentis, pemeriksaan Tanda – tanda vital : Tekanan darah 140/78 mmHg, Nadi 83x/menit, Respiratory rate 24 x/menit, Suhu 37,0 ° c, Spo2 95 % dengan bantuan oksigen nasal kanul 3 lpm, berat badan : 60 kg, tinggi badan : 155 cm. Berikut ini adalah pemeriksaan *head to toe* pada pasien:

1. Kepala

Pemeriksaan kepala tampak bentuk kepala simetris, tidak ada lesi ataupun massa. Tidak ada keluhan sakit kepala.

2. Mata

Pada pemeriksaan kelopak mata tidak ada pembengkakan pada kelopak mata, gerakan mata kanan kiri normal, bentuk mata simetris, akomodasi normal, dapat melihat ke segala arah, konjungtiva ditemukan anemis, sklera Ikterik, pupil bulat dan isokor.

3. Hidung

Pada pemeriksaan hidung tampak simetris bentuk kanan dan kiri, Ny. S mengatakan tidak memiliki alergi debu, sinus tidak memiliki riwayat sinusitis akut maupun kronis

4. Mulut dan Tenggorokan

Pada pemeriksaan mulut dan tenggorokan gigi geligi tampak utuh, tidak ada carries, tidak ada sariawan, Ny. S mengatakan tidak mengalami gangguan menelan , mukosa bibir pasien kering.

5. Dada dan Axilla

Pada pemeriksaan mammae, Mammae, Areolla mammae, Papila mammae , Colostrum tidak terkaji.

6. Pernafasan

Pada pemeriksaan pernafasan didapatkan bentuk dada normochest, ada sesak, suara nafas vesikuler, tidak menggunakan otot bantu nafas, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada pernafasan pursed lips, frekuensi pernafasan 21x/menit, Spo2 95 %.pasien terpasang nasal kanul 3 lpm

7. Sirkulasi jantung

Pada pemeriksaan sirkulasi di dapatkan hasil tekanan nadi 62 x/menit, tekanan darah 121/90MmHg, Irama teratur, bunyi jantung S1 S2 tunggal, tidak ada kelainan bunyi jantung, tidak ada nyeri dada, CRT > 2 detik.

8. Ekstremitas (integumen/muskuloskeletal)

Pada pemeriksaan ekstermitas didapatkan hasil turgor kulit menurun/ tidak elastis, warna kulit sawo matang, tidak terdapat kontraktur pada persendian ekstremitas, tidak terdapat edema ekstermitas, ada kesulitan dalam pergerakan, akral dingin, pucat, dan basah.

Kekuatan otot	5555	5555
	4444	4444

3.2.1 Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan Laboratorium

Tabel 3.2 : Hasil pemeriksaan penunjang pada Ny.S dengan Infark Miokard akut di ruang ICCU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya pada tanggal 11 Maret 2020.

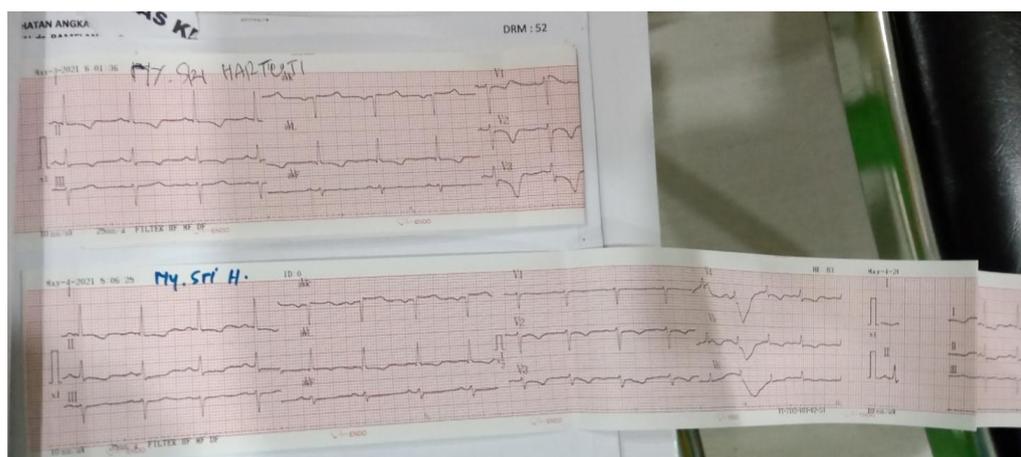
Hari/Tanggal	Jenis Pemeriksaan	Hasil	Normal
4 mei 2021	Pemeriksaan RAPID TEST RT-PCR SARS-CoV-2	Negatif	Negatif
	LABORATORIUM		
	WBC	12.79 / μ L	(4.00-10.00)
	Neu#	6,34 10^3 / μ L	(2.00-7.00)
	Neu%	60.10 %	(50.0-7.00)
	Lym#	3.58 10^3 / μ L	(0.80-4.00)
	Lym%	33,90 %	(20.0-4.00)
	Mon#	0,47 10^3 / μ L	(0.12-1.20)
	Mon%	4,50 %	(3.0-12.0)
	Eos#	0.13 10^3 / μ L	(0.02-0.050)
	Bas#	0,03 10^3 / μ L	(0.5-5.0)
	Bas%	0,3 %	(0.00-0.10)
	RBC	4,35 10^6 / μ L	(3.50-5.50)
	HBG	10,0 g/dL	(11.0-16.0)
	HCT	30,30%	(37.0-54.0)

	MCV	87,1 fL	(80.0-100.0)
	MCH	87.1 pg	(27.0-34.0)
	MCHC	33.5 g/dL	(32.0-56.0)
	RDW_CV	12,1%	(11.0-16.0)
	RDW_SD	39.3 fL	(35.0-56.0)
	PLT	346 %	(150-450)
	TROMBOSIT	241.00	
	MPV	10.2 fL	(7.0-11.0)
	PDW	16.5	(9.0-17.0)
	PCT	0.25	(0.108-0.282)
	P-LCC	69.0	
	PLCR	28.7	

Pemeriksaan Gula darah ; Tgl 04 mei 202

Pemeriksaan	Hasil	Normal
GDA	260 mg/dl	>200
BUN	24 mg/dl	(10-24 mg/dl)
Kreatin	1.0 mg/dl	(0.5-1.5 mg/dl)
Na	138.9 mmol/L	(135-145 mmol/dl)
2JPP	JPP: 310 mg/dL	
K	1,1 mmol/L	(3,5-5 mmol/L)
Cl	106.8 mmol/L	(95-108 mmol)
Troponin I	0.01 ng/dL	(Normal)

Hasil EKG :



3 Terapi Medis tanggal 4 Mei 2020

Tabel 3.2 : Terapi medis pada Ny.S dengan Infark Miokard akut dengan di Ruang ICCU di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya pada tanggal 4 Mei 2020.

Hari/Tanggal	Medikasi	Dosis	Indikasi
selasa /4 april 2021	Aspilet (oral)	2x1 160 mg	Membantu mencegah kerusakan otot jantung. Mengobati serangan jantung atau penyakit jantung. Mencegah penyumbatan pembuluh darah yang dapat menyebabkan penyakit jantung koroner (angina pektoris). Menghambat terjadinya pembekuan darah (agregasi trombosit).
	ISDN (oral)	1x1 5 mg	Indikasi kardiak meliputi serangan angina pektoris akut, sebagai profilaksis jangka panjang terhadap angina pektoris pada seseorang yang menderita penyakit jantung koroner, dan pada gagal jantung kiri.),
	novorapid	3x12 unit	untuk pengobatan pada diabetes melitus.
	INJ ranitidine	2x1 20 mg	menurunkan kolesterol jahat
	lavemir	12ui	untuk eradikasi infeksi H. pylori, tukak lambung dan duodenal, dispepsia, GERD, esofagitis erosif, kondisi hipersekresi, stress ulcer, serta profilaksis aspirasi asam lambung sebelum anestesi umum
	kalitake sachet	3x1	untuk mengobati hiperkalemia (kelebihan ion kalium di dalam tubuh) karena gagal ginjal akut

			dan kronik.
	As Folat oral	1x1 1mg	adalah untuk terapi anemia megaloblastik
	candesartan oral	1x1 8mg	untuk menangani hipertensi pada orang dewasa dan anak berusia ≥ 1 tahun, serta untuk menangani gagal jantung pada orang dewasa.
	sucralfat syrup	3x1	untuk mengatasi tukak lambung, ulkus duodenum, atau gastritis kronis

3.2.2 ANALISA DATA

No.	Data	Etiologi	Problem
1	<p>DS : Pasien mengeluh nyeri pada dadanya sebelah kiri</p> <p>P : Nyeri dada</p> <p>Q : Seperti tertekan dan ditusuk-tusuk</p> <p>R : nyeri timbul dari Dada sebelah kiri tembus ke belakang</p> <p>S : 5 (0-10)</p> <p>T : hilang timbul</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 143/89 mmHg - Pasien tampak sering memegang daerah dada sebelah kiri - pasien tampak meringis - Pasien tampak sedikit gelisah dan sulit untuk tidur 	<p>Agen Pencedera</p> <p>Fisiologis</p> <p>(Iskemia)</p>	<p>Nyeri Akut</p> <p>SDKI Kategori</p> <p>Psikologis</p> <p>Subkategori Nyeri dan Kenyamanan</p> <p>D.0077 Hal : 172</p>
2	<p>DS : Pasien mengatakan badannya terasa lemas, pusing dan dadanya terasa berdebar-debar</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - GDA:260 mg/dL - Glukosa 2 JPP: 310 mg/dL - Pasien tampak lemah - px terlihat gemetar - px terlihat berkeringat 	<p>Hiperglikemia</p> <p>gangguan toleransi</p> <p>glukosa darah</p>	<p>Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah</p> <p>SDKI Kategori</p> <p>Fisiologis</p> <p>Subkategori</p> <p>Nutrisi dan cairan</p> <p>D.0027 Hal : 71</p>
3	<p>DS : Pasien mengeluh lelah dan agak sesak saat beraktivitas</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nadi : 55 x/menit, teraba lemah - Tekanan Darah meningkat 143/89 mmHg - CRT >3 detik - Warna kulit klien pucat - Hasil EKG 	<p>Perubahan afterload</p>	<p>Penurunan curah jantung</p> <p>SDKI Kategori</p> <p>Fisiologis</p> <p>Subkategori Sirkulasi</p> <p>D.0008 Hal : 34</p>

4	<p>DS : Pasien mengatakan badanya terasa lelah dan terasa sesak saat beraktivitas</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none">- nadi = 55x/menit- TD = 141/55 mmHg- RR: 24x/menit- Pasien tirah baring- ADL dibantu oleh perawat	Ketidakseimbangan Antara Suplai dan Kebutuhan Oksigen	Intoleransi Aktivitas SDKI Kategori Fisiologis Subkategori Aktivitas/Istirahat D.0056 Hal : 128
---	--	---	---

LEMBAR OBSERVASI PERAWATAN INTENSIF

Nama Pasien :Ny S

Hari/Tanggal : 4 MEI 2021

Jam	Tensi	R R	H R	SUH U	MA P	SPO 2	CV P	Resp Mod e	FIO 2	Inpu t (cc)	Outp ut (cc)
06.00											
07.00											
08.00											
09.00											
10.00											
11.00											
12.00	131/78	24		36,5	92,3	97%	83	O2 nass al kanu l3 Lpm			
13.00	141/87	24		36,0	71,0	98%	78	O2 nass al kanu l3 Lpm			
14.00	133/90	23		35,9	78,0	97%	78	O2 nass al kanu l3			

3.2.3 Rencana Asuhan Keperawatan

No.	Masalah	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi (Observasi , Mandiri, Edukasi, Kolaborasi)	Rasional
1	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis</p> <p>SDKI Kategori Psikologis</p> <p>Subkategori Nyeri dan Kenyamanan</p> <p>D.0077 Hal : 172</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun</p>	<p>Tingkat nyeri (L.08066)</p> <p>SLKI Hal : 145</p> <p>6. Keluhan nyeri dari skala 3 (sedang) menjadi skala 5 (menurun)</p> <p>7. Gelisah dari skala 3 (sedang) menjadi skala 5 (menurun)</p> <p>8. Tekanan darah dari skala 3 (sedang) menjadi skala 5 (membaik)</p> <p>9. Frekuensi nadi dari skala 3 (sedang) menjadi skala 5 (membaik)</p> <p>10. Pola napas dari skala 3 (sedang) menjadi skala 5 (membaik)</p>	<p>Manajemen Nyeri (1.08238)</p> <p>(SIKI Hal 201).</p> <p>Tindakan :</p> <p>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>2. Identifikasi skala nyeri</p> <p>3. Identifikasi respons nyeri non</p>	<p>1. Untuk mengidentifikasi Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri yang dirasakan pasien</p> <p>2. Memantau perkembangan skala nyeri yang dirasakan oleh pasie</p> <p>3. Memantau</p>

				<p>verbal</p> <p>4. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri seperti teknik napas dalam</p> <p>5. Kolaborasi pemberian Antipiretik</p>	<p>perkembangan respon nyeri yang dirasakan oleh pasien</p> <p>4. Membantu mengurangi nyeri yang dirasakan pasien</p>
--	--	--	--	--	---

2	<p>Ketidastabilan Kadar Glukosa Darah</p> <p>SDKI Kategori Fisiologis</p> <p>Subkategori Nutrisi dan cairan</p> <p>D.0027 Hal : 71</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x24 jam Maka diharapkan Kestabilan Kadar Glukosa Darah Meningkat</p>	<p>Kestabilan Kadar Glukosa Darah</p> <p>(L.03022)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kestabilan kadar glukosa darah dari skala 3 (sedang) menjadi skala 5 (membaik) 2. Status nutrisi dari skala 3 (sedang) menjadi skala 5 (membaik) 3. Tingkat pengetahuan dari skala 3 (sedang) menjadi skala 5 (membaik) 	<p>MANAJEMEN HIPERGLIKEMIA (I.03115)</p> <p>Risiko terhadap variasi kadar glukosa darah dari rentang normal</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kadar glukosa darah, jika perlu 2. Monitor intake dan output cairan 3. Berikan asupan cairan oral 4. Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga 5. Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui kadar glukosa darah 2. Untuk mengetahui intake dan output cairan 3. untuk memenuhi kebutuhan cairan pasien 4. agar pasien mengerti tentang diet rendah gula dan pentingnya olah raga teratur 5. untuk memenuhi insulin pasien
---	--	--	--	--	---

3.	<p>Penurunan curah jantung</p> <p>SDKI Kategori Fisiologis Subkategori Sirkulasi D.0008 Hal : 34</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam diharapkan curah jantung membaik</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. kekuatan nadi perifer dari skala 3 (sedang) menjadi skala 5 (membaik) 2. keluhan lelah dari skala 3 (sedang) menjadi skala 5 (membaik) 3. tekanan darah dari skala 3 (sedang) menjadi skala 5 (membaik) 	<p>Perawatan Jantung 1.02075, 317</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. identifikasi tanda dan gejala penurunan curah jantung 2. monitor tekanan darah 3. Monitor intake dan output cairan 4. Monitor saturasi oksigen 5. Monitor keluhan nyeri dada (mis. Intensitas, lokasi, radiasi, durasi, presivitasi yang mengurangi nyeri) 6. Posisikan pasien semi-fowler a 7. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui tanda penurunan curah jantung 2. Mengetahui adanya hipotensi 3. untuk mengetahui intake dan output pasien 4. untuk mengetahui keluhan nyeri yang dialami pasien 5. Mengurangi beban jantung ketika beraktivitas 6. untuk memberikan posisi yang nyaman ke pasien 7. untuk memenuhi kebutuhan oksigen pasien
4.	<p>Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen</p> <p>056 SDKI 2016 Halaman 128)</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1 x 24 jam maka Toleransi Aktivitas Meningkat</p>	<p>Intoleransi Aktivitas (L.05047 SLKI 2016 Halaman 149)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi nadi meningkat dari skala 2 (cukup menurun) menjadi 3 (sedang) 	<p>Manajemen Energi (1.05178 SIKI 2016 Halaman 176)</p> <p>Tindakan: <i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kelemahan fisik dan emosional 2. Monitor pola dan jam tidur 	<ol style="list-style-type: none"> 1. untuk memonitoring kelemahan fisik yang dialami pasien 2. untuk memonitor pola dan

			<p>2. Keluhan lelah menurun dari skala 2 (cukup meningkat) menjadi 3 (sedang)</p> <p>3. Tekanan darah membaik dari skala 2 (cukup memburuk) menjadi 3 (sedang)</p>	<p>3. monitor tingkat kemandirian pasien</p> <p>4. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur</p> <p>5. Anjurkan tirah baring</p> <p>6. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</p>	<p>jam tidur pasien</p> <p>3. untuk mengetahui kemampuan dan kemandirian pasien dalam melakukan aktivitas</p> <p>4. untuk membantu pasien saat akan melakukan mobilisasi</p> <p>5. untuk mengurangi rasa kelelahan pasien dan memberikan rasa rileks</p> <p>6. untuk memberikan anjuran kepada pasien agar dapat melakukan aktivitas secara bertahap</p>
--	--	--	--	---	--

3.2.4 Implementasi

Hari/Tgl	Masalah Keperawatan	Waktu	Implementasi	Paraf	Evaluasi formatif SOAP / Catatan perkembangan
4-05-21	1,2,3,4	11.30	<p>1. Membina hubungan saling percaya dengan memperkenalkan diri dan mendengarkan keluhan pasien: pasien mengatakan tubuhnya masih terasa lemas, kepala terasa pusing, nyeri didada sebelah kiri sampai tembus ke punggung dan merasa tidak nyaman setelah melakukan aktivitas, serta napasnya terasa sesak.</p>		<p>DX 1 S : Pasien mengatakan nyeri pada dadanya sudah sedikit berkurang P : Nyeri dada Q : Seperti tertekan dan ditusuk-tusuk R : nyeri timbul dari Dada sebelah kiri tembus ke belakang S : 3 (0-10) T : hilang timbul O: - TD : 140/90 mmHg - Pasien tampak rileks - pasien tidak tampak gelisah</p>
	3	11.35	<p>2. Mengidentifikasi tanda dan gejala penurunan curah jantung - pasien mengatakan badannya terasa lemas, sesak serta</p>		<p>A: masalah teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan</p> <p>Diagnosa 2</p>

1,2,3,4	11.40	3. Memonitor tekanan darah TD:133/89		<p>S: Pasien mengatakan lemas sudah berkurang, rasa berdebar-debar didada sudah berkurang</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - GDA:180 mg/dL - Glukosa 2 JPP: 200 mg/dL - Pasien tampak rileks dan tenang <p>A: masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <p>Diagnosa 3</p> <p>Pasien mengatakan rasa lelah dan agak sesak saat beraktivitas sudah sedikit berkurang</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nadi : 90 x/menit - Tekanan Darah 140/90 mmHg - Crt <3 detik - Warna kulit klien kembali normal <p>A: masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>
1,2,3,4	11.40	4. Memonitor saturasi oksigen Spo2: 96%		
1	11.45	5. memposisikan pasien semi-fowler pasien terlihat lebih nyaman saat diberikan posisi tersebut		
3,4	12.35	6. Memberikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen memberikan pasien nasal kanul 3 lpm		
2	13.00	7. berkolaborasi dengan dokter untuk pemberian insulin, jika perlu memberikan Injeksi Novorapid 12 ui secara SC sebelum pasien makan		
4	13.10	8. Memonitor tingkat kemandirian pasien Pasien dibantu/disuapin saat waktu makan siang		

2	13.15	<p>9. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>P : Nyeri dada</p> <p>Q : Seperti tertekan dan ditusuk-tusuk</p> <p>R : nyeri timbul dari Dada sebelah kiri tembus ke belakang</p> <p>S : 3 (0-10)</p> <p>T : hilang timbul</p>		<p>Diagnosa 4</p> <p>S : Pasien mengatakan ,rasa tidak nyaman setelah beraktivitas juga sudah berkurang ,pasien juga sudah bisa melakukan kegiatan mandiri secara bertahap seperti duduk diatas tempat tidur serta makan sendiri dengan meja yang didekatkan ke pasien serta merasa lebih rileks</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - nadi = 90x/menit - TD = 140/90 mmHg - RR: 22x/menit <p>A: masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>
2	13.20	<p>10. memberikan obat kepada pasien</p> <p>ISDN (Oral) (5mg)</p> <p>kalitake (sachet) 3x1</p>		
2	13.20	<p>11. Mengidentifikasi skala nyeri</p> <p>Pasien mengeluh nyeri dada dengan skala 3 (1-10)</p>		
2	13.25	<p>12. Identifikasi respons nyeri non verbal</p> <p>Pasien tampak gelisah</p>		
2	13.40	<p>13. mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam</p>		

			Pasien mengerti dengan penjelasan perawat dan mengikuti latihan teknik relaksasi tarik napas dalam dengan antusias ketika perawat mengajarnya		
2	14.10	14. Memonitor kadar glukosa darah GDP:260 mg/dL 2JPP: 310 mg/dL			
2	14.25	15. Memonitor intake dan output cairan Input: 1000 cc Output:1650 cc Balance cairan:-650 cc			
2	14.40	16. memberikan asupan cairan oral membantu pasien memenuhi kebutuhan cairan dengan mengambil minum air mineral			
2	14.50	17. menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga			

			<p>pasien mengatakan sudah menghindari makana tinggi gula dan akan mengikuti anjuran perawat untuk olah raga teratur,karena sebelum sakit pasien mengatakan bahwa dirinya jarang olahraga .</p>						
	4	15.00	<p>18. Monitor kelemahan fisik dan emosional</p> <p>pasien mengatakan semua aktivitasnya dibantu oleh orang lain,pasien juga mengatakan tubuhnya masih merasa lemas dan lemah,kaki kanan dan kaki kirinya terasa lemas untuk digerakkan</p> <p>kekuatan otot</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">5555</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">5555</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black;">4444</td> <td>4444</td> </tr> </table>	5555	5555	4444	4444		
5555	5555								
4444	4444								
	4	15.10	<p>19. Memonitor pola dan jam tidur</p> <p>Pasien mengatakan kualitas tidurnya sedikit terganggu dan sering</p>						

			<p>terbangun karena rasa nyeri serta sesak yang dirasakannya, saat dirumah sakit tidur siangnya sekitar jam 12.00-13.00 WIB dan tidur malam pukul 22.00-04.00 WIB dengan jumlah : 6jam/hari</p>		
	4	15.20	<p>20. Memfasilitasi duduk di sisi tempat tidur</p> <p>pasien dibantu oleh perawat saat dirinya mencoba untuk duduk dengan cara meninggikan bed pasien sampai pasien terlihat nyaman dengan posisi duduknya</p>		
	4	15.50	<p>21. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</p> <p>Pasien mengerti dengan penjelasan yang diberikan serta sedikit demi sedikit untuk melakukan aktivitasnya secara bertahap seperti duduk diatas</p>		

			tempat tidur secara mandiri tanpa bantuan perawat dan pada saat makan pada sore hari pasien terlihat dapat mengambil makanan dan minuman sendiri dengan didekatkan oleh perawat novorapid 3x12ui		
--	--	--	--	--	--

3.2.5 Daftar Masalah Keperawatan

NO	MASALAH KEPERAWATAN	TANGGAL		Evaluasi Sumatif	PARAF (nama)
		ditemukan	teratasi		
2	Nyeri akut berhubungan dengan iskemia jaringan	4 MEI 2021	-	Masalah teratasi sebagian	
2	Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia	4 MEI 2021	-	Masalah teratasi sebagian	
3	penurunan curah jantung berhubungan dengan Perubahan afterload	4 MEI 2021	-	Masalah teratasi sebagian	
4	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	4 MEI 2021	-	Masalah teratasi sebagian	