

DAFTAR PUSTAKA

- Andrayani, L. W. (2016). Exercise pada pasien dengan ST Elevasi Miokard Infark (STEMI). *Jurnal Kesehatan Prima*, 10(2), 1672–1681.
- Andriyani, P. (2018). *Efektifitas teknik rileksasi nafas dalam terhadap penurunan skala nyeri pada pasien terpasang TR Banda pasca Katerisasi Jantung di Ruang HCCU Rumah Sakit Sentra Medika Cibinong*. Universitas Indonesia.
- Anggreni, S. D. (2016). *Pengaruh terapi musik terhadap tingkat persepsi nyeri pada pasien infark miokard di Rumah Sakit Dr. M. Djamil Padang*. Universitas Indonesia.
- Bakta, I. M., Wibawa, I., Suega, K., & Suardaman, K. (2016). *Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan BAG/SMF Ilmu Penyakit Dalam FK UNUD RSUP Sanglah Denpasar*. Denpasar: EGC.
- Black, J. M., & Hawks, J. H. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah* (8th ed.). Singapore: Elsevier.
- Brunner, & Suddarth. (2002). *Keperawatan Medikal Bedah Vol. 2*. Jakarta: EGC.
- Budiman, Sihombing, R., & Pradina, P. (2015). Hubungan dislipidemia, hipertensi dan diabetes melitus dengan kejadian infark miokard akut. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Andalas*, 10(1), 32–37.
- Dharma, S., Andriantoro, H., Dakota, I., Purnawan, I., Pratama, V., & Isnaniyah, H. (2015). Organisation of reperfusion therapy for STEMI in a developing country. *Idea Nursing Journal*, 1(1), 14–20.
- Harapan Ibu Hospital. (2017). Mencegah penyakit jantung dengan pola hidup sehat. Retrieved January 8, 2021, from <https://www.rsuharapanibu.co.id/mencegah-penyakit-jantung-dengan-pola-hidup-sehat/>
- Harselia, S. A., & Putri, A. K. (2017). *Tindakan Percutaneous Coronary Intervention Pada Pasien Stenosis Arteri Koroner Kanan*. Universitas Muhammadiyah Professor Dr. HAMKA.
- Indonesia Heart Association. (2019). Hari jantung sedunia (World Heart Day): Your heart is our heart too. Retrieved January 8, 2021, from http://www.inaheart.org/news_and_events/news/2019/9/26/press_release_world_heart_day_perki_2019
- Karmiza, Muharriza, & Huriani, E. (2015). Posisi lateral kiri elevasi kepala 30 derajat terhadap nilai tekanan parsial oksigen (PO₂) pada pasien dengan ventilasi mekanik. *Jurnal Ners*, 9(1).
- Mardiyyah, H., F. B. R., & Ummah, D. R. (2017). *Hasil Tindakan Percutaneous Coronary Intevention Pada Pasien Chronic Total Occlusion*. Universitas Muhammadiyah Professor Dr. HAMKA.
- Muliantino, M. R., Herawati, T., & Masfuri. (2020). Benson's relaxation for fatigue patient with Coronary Artery Disease. *Indonesian Journal of Nursing Science*, 2(1), 63–69.
- Nanda International. (2015). *Diagnosa Keperawatan Definisi & Klasifikasi 2015-2017*. (T. H.

- Herdman & S. Kamitsuru, Eds.) (10th ed.). Jakarta: EGC.
- Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskuler Indonesia. (2015). *Pedoman tatalaksana sindrom koroner akut*.
- Prawati, M. E. (2016). *hubungan pengetahuan diet jantung dengan kepuasan pasien rawat inap kelas III di RSUD Surakarta*. Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Pusat Jantung Nasional Harapan Kita. (2018). Percutaneous Coronary Intervention (PCI).
- Puspita, D., & Fadil, M. (2020). Laporan kasus penggunaan ventilasi mekanik pada gagal jantung akut. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 9(1), 194–203.
- Qodir, A. (2016). Kepatuhan mengontrol tekanan darah sebagai upaya menurunkan kejadian infark miokard akut recurrent. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Medihusada*, 5(1), 11–18.
- Rahajoe, A. U., Maas, A. H. E. M., & Klinieken, I. (2017). Penyakit jantung pada perempuan. *Jurnal Kardiologi Indonesia*, 28(3), 169–170.
- Saputri, V. F., & Herawati, T. M. (2016). Faktor-faktor risiko yang berhubungan dengan kejadian penyakit jantung koroner (PJK) pada usia dewasa di RS Haji Jakarta. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 8(2), 74–79.
- Sari, R. P., & Ikbal, R. N. (2019). Tindakan suction dan perubahan saturasi oksigen pada pasien penurunan kesadaran diruangan ICU Rumah Sakit. *Jik- Jurnal Ilmu Kesehatan*, 3(2), 85. <https://doi.org/10.33757/jik.v3i2.223>
- Smeltzer, S., & Bare, B. (2011). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC.
- Sofyan, I. A. A. (2016). *Perbandingan clinical outcome pasien Infark Miokard Akut ST-Elevasi (STEMI) pascaterapi intervensi koroner perkutan primer dan terapi fibrinolitik di RSUP Dr. Karia di Semarang*. Universitas Muhammadiyah Semarang.
- Sungkar, M. A. (2017). Sindroma koroner akut dengan elevasi segmen ST. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 4(1), 1–5.
- Superdana, & Sumara, R. (2015). Efektifitas hiperoksigenasi pada proses suctioning terhadap saturasi oksigen pasien dengan ventilator mekanik di Incentive Care Unit. *The SUN*, 2(4).
- Wahyunadi, N. M. D., & Sargowo, D. (2017). Perbedaan keberhasilan terapi fibrinolitik pada penderita ST-Elevation Myocardial Infarction (STEMI) dengan diabetes Dan tidak diabetes berdasarkan penurunan ST-Elevasi. *Jurnal Ilmu Keperawatan*, 5(1), 96–102.

LAMPIRAN-LAMPIRAN

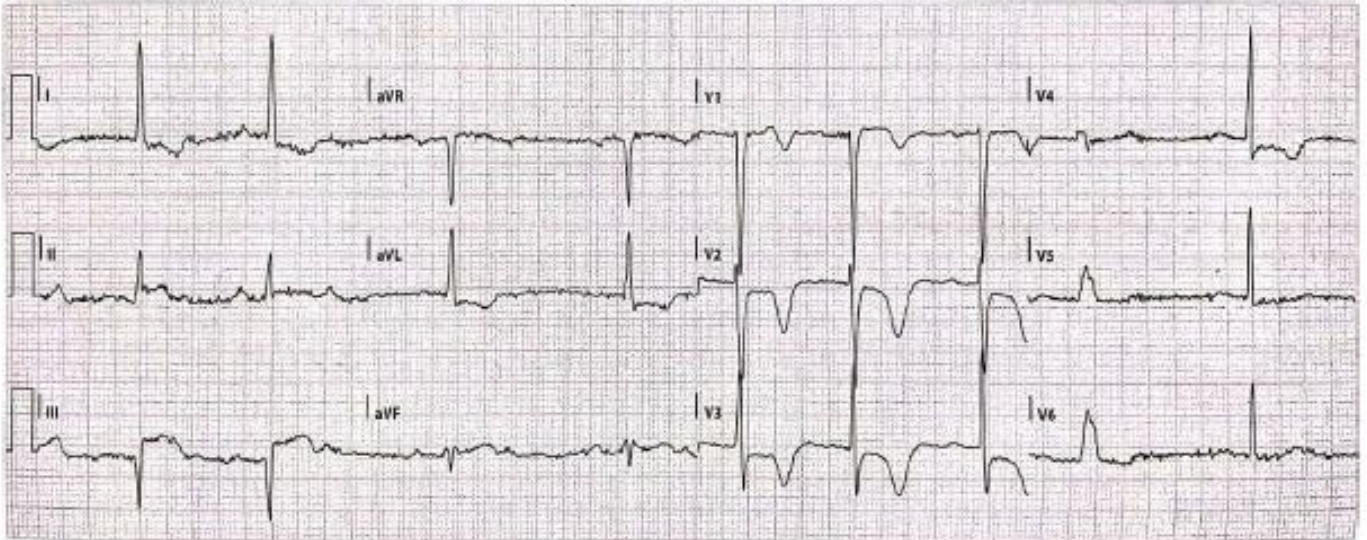
Lampiran 1

Kasus 1

Anda memeriksa seorang perempuan tua berusia 74 tahun di area triase. Ia mengeluhkan nyeri “seperti ditindih” pada dadanya dan menggambarkan nyeri dadanya dengan nilai 8 dari 10 poin skala nyeri. Nyeri berlangsung selama sekitar 40 menit. Nyeri menjalar ke kedua bahu. Ia juga mengeluhkan adanya sesak napas ringan. Pasien juga merasa mual namun tidak muntah. Riwayat penyakit dahulu yakni penyakit arteri coroner, hipertensi, diabetes mellitus, dan campak. Riwayat pengobatan aspirin, Lisinopril, metoprolol. Alergi pada eritromisin. Tekanan darah 180/100 mmHg, frekuensi nadi 56 kali/menit, frekuensi napas 14 kali/menit, SpO₂ 95%. Pemeriksaan fisik yakni Pasien tampak sakit dan mengalami sakit ringan. Pasien sadar dan orientasinya baik. Bunyi jantung normal. Pada pemeriksaan paru terdengar ronki basah pada kedua basal paru. Tidak tampak retraksi dinding dada. Abdomen lunak dan tidak ada nyeri tekan. Pada ekstremitas tidak terdapat edema, pulsasi radialis teraba baik simetris.

Penatalaksanaan awal di IGD adalah memasang infus 2 jalur intravena dengan kanula besar, melakukan foto toraks, dan memberikan aspirin 162 mg yang dapat dikunyah. Nitroglicerine diberikan sebagai terapi untuk nyeri dada iskemik. Pasien juga mendapatkan terapi fentanyl untuk nyeri yang berlanjut. Apakah analisa anda pada gambaran EKG Pasien dan buatlah Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Kardiovaskuler terkait kasus tersebut?

Pemeriksaan EKG



INTERPRETASIKAN GAMBARAN GELOMBANG ELEKTROKARDIOGRAM

NO	KOMPONEN	INTERPRETASI	NILAI NORMAL
1	Kalibrasi	Kecepatan: $1/25 = 0,04$ detik Tegangan: $1/10 = 0,01$ mV	Kecepatan 25 mm / 1 detik Tegangan 10 mm / 1 mVolt
2	Irama	Irreguler	Reguler (R ke R)
3	Frekuensi Nadi		
	a. Cara I	$\frac{300}{\sum \text{Kotak Besar R-R}} =$	60 – 100 x/menit
	b. Cara II	$\frac{1500}{\sum \text{Kotak Kecil R-R}} =$	60 – 100 x/menit
	c. Cara III (<u>untuk Irama Irreguler</u>)	$(\sum \text{Gel. R dalam 6 detik}) \times 10 =$ Tidak dapat dihitung	60 – 100 x/menit
4	Gelombang P Morfologi Gel. P (Lihat Lead II dan V1)	tidak dapat diidentifikasi	Lebar = 0,04 – 0,12 detik Tinggi = 0,1 – 0,3 mVolt
5	Interval PR	Lebar = tidak dapat dihitung	Lebar = 0,12 – 0,20 detik
6	Gelombang Q	Dalam = $\leq 1/3$ Tinggi Gel. R (normal)	Dalam $\leq 1/3$ Tinggi Gel. R
7	Interval Kompleks QRS	Lebar = $3 \times 0,04 = 0,12$ detik	Lebar = 0,06 – 0,12 detik
8	Interval QT	Lebar = $7 \times 0,04 = 0,28$ detik	Lebar Wanita < 0,46 detik Lebar Laki-laki < 0,45 detik
9	QT _{Corection}	$QT_{\text{Corection}} = \sqrt{\frac{HR}{60}} \times QT \text{ (detik)} =$ $QT_{\text{Corection}} = \sqrt{\frac{\quad}{60}} \times \quad =$ Tidak dapat dihitung	QT _{Corection} < 0,50 detik Wanita < 0,48 detik Laki-laki < 0,47 detik
10	Aksis	Lead I = Defleksi : Positif AVF = Defleksi: Negatif Left Axis Deviation (LAD)	Lead I dan II = Positif Derajat $(+110^{\circ}) - (-30^{\circ})$

11	Segment ST	Anterior = iskemik antero septal Inferior = Infark inferior Lateral = iskemik high lateral	Normal: Segaris/Isoelektrik Elevasi ≥ 2 Kotak Kecil Depresi > 1 Kotak Kecil
12	Gelombang T	Tinggi = $3 \times 0,1 = 0,3$ mvolt	$\leq 0,5$ mVolt (lead ekstremitas) ≤ 1 mVolt (lead dada)
13	Kesan	Atrial Fibrilasi Infark Inferior iskemik lateral dan iskemik antero septal LAD RBBB incomplit	

Level Triage:

P1

**FORMAT LAPORAN ANALISA KASUS DAN PENGAJIAN
KEPERAWATAN GAWAT DARURAT**

NAMA PASIEN : Ny. X

UMUR : 74 th

JENIS KELAMIN : LK / **PR**

No. RM :

Ruang Rawat : IGD PJT

Diagnosa medik : STEMI

Datang ke RS tanggal : 13 Des 2020

Pukul : 06.00 wita

Tgl Pengkajian : 13 Des 2020

Pukul : 06.00 wita

Sumber informasi : **Pasien** Keluarga (.....) Lainnya (.....)

Cara datang :

Sendiri Rujukan Lainnya

Transportasi ke IGD :

Ambulance **Kendaraan sendiri** Kendaraan umum Lainnya

Tindakan prahospital (bila ada) : **tidak ada**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> CPR | <input type="checkbox"/> Bidai |
| <input type="checkbox"/> Suction | <input type="checkbox"/> Bebat tekan |
| <input type="checkbox"/> OPT / NPT / ETT | <input type="checkbox"/> NGT |
| <input type="checkbox"/> Oksigen | <input type="checkbox"/> Penjahitan |
| <input type="checkbox"/> Infus | <input type="checkbox"/> Obat-obatan |
| <input type="checkbox"/> Lainnya | |

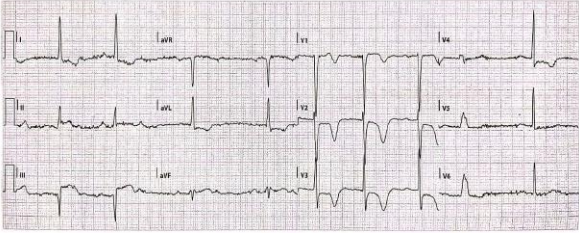
Keluhan utama (KU) : **Nyeri dada**

Riwayat KU : Pasien mengeluh nyeri dada 'seperti ditindih' dengan nilai nyeri 8 dari 10 poin skala nyeri. Nyeri berlangsung selama sekitar 40 menit. Nyeri menjalar ke kedua bahu. Ia mengeluh adanya sesak napas ringan, merasa mual namun tidak muntah.

PENGKAJIAN PRIMER

Pengkajian Keperawatan	Masalah/dx keprwt.	Intervensi Keperawatan
<p>A. Airway</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Bebas / Paten</p> <p><input type="checkbox"/> Tidak Bebas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <i>Palatum mole</i> jatuh <input type="checkbox"/> Sputum <input type="checkbox"/> Darah <input type="checkbox"/> Spasme <input type="checkbox"/> Benda asing <p>Suara nafas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Menurun <input type="checkbox"/> Snoring <input type="checkbox"/> Stridor <input type="checkbox"/> Wheezing <input type="checkbox"/> Gargling <input type="checkbox"/> Tidak ada suara nafas <p>Data Lainnya:</p>	<p><input type="checkbox"/> Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas</p> <p><input type="checkbox"/> Risiko Aspirasi</p> <p>NOC :</p> <p>Kriteria Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 2. 3. 4. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Memasang <i>semi-rigid cervical collar, head strap/support</i>. <input type="checkbox"/> Membersihkan jalan nafas <input type="checkbox"/> Memberikan posisi nyaman fowler/semifowler <input type="checkbox"/> Mengajarkan teknik batuk efektif <input type="checkbox"/> Melakukan pengisapan lendir <input type="checkbox"/> Memasang oro/naso faringeal airway <input type="checkbox"/> Melakukan auskultasi paru secara periodik <input type="checkbox"/> Memberikan posisi miring mantap jika pasien tidak sadar <input type="checkbox"/> Melakukan <i>jaw thrust, chin lift</i> <input type="checkbox"/> Kolaborasi: pemberian <i>bronchodilator/nebulizer</i> <input type="checkbox"/> Kolaborasi: pemasangan ETT, LMA atau trakeostomi <input type="checkbox"/> Lain-lain.....
<p>B. Breathing</p> <p>Pola nafas</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Eupneu <input type="checkbox"/> Bradipneu <input type="checkbox"/> Apneu <input type="checkbox"/> Takhipneu <input type="checkbox"/> Dyspneu <input type="checkbox"/> Orthopneu <input type="checkbox"/> <p>Frekuensi nafas : 14x/i</p> <p>SaO₂ : 95%</p> <p>Bunyi nafas :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Vesikuler/Bronchovesikuler <input type="checkbox"/> Ronchi <input type="checkbox"/> <i>Rales/Crackles</i> <input type="checkbox"/> Lainnya : <p>Irama nafas: <input type="checkbox"/> Teratur <input type="checkbox"/> Tidak teratur</p> <p>Pengembangan dada/paru</p>	<p><input type="checkbox"/> Gangguan Ventilasi Spontan</p> <p><input type="checkbox"/> Ketidakefektifan Pola Nafas</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Gangguan Pertukaran Gas</p> <p>NOC :</p> <p>Setelah dilakukan intervensi 1x2 jam diharapkan status pernapasan pasien dengan kriteria hasil sebagai berikut:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Mengobservasi frekuensi, irama dan kedalaman suara nafas <input type="checkbox"/> Mengobservasi penggunaan otot bantu pernafasan <input checked="" type="checkbox"/> Memberikan posisi semi fowler jika tidak ada kontra indikasi <input checked="" type="checkbox"/> Memperhatikan pengembangan dinding dada <input checked="" type="checkbox"/> Melakukan fisioterapi dada jika tidak ada kontra indikasi <input type="checkbox"/> Memberikan bantuan pernafasan dengan <i>bag-valve mask</i> <input type="checkbox"/> Kolaborasi : Intubasi <input checked="" type="checkbox"/> Kolaborasi : pemberian O₂ dan pemeriksaan AGD <input type="checkbox"/> Lain-lain: Pemeriksaan foto toraks

<input type="checkbox"/> Simetris <input type="checkbox"/> Tidak Simetris Jenis pernafasan: <input type="checkbox"/> dada <input type="checkbox"/> perut Penggunaan otot bantu nafas: tidak ada <input type="checkbox"/> Retraksi dada <input type="checkbox"/> Cuping hidung Hasil AGD : - Data Lainnya: Hasil pemeriksaan auskultasi, terdengar ronki basah pada kedua basal paru	Kriteria Objektif: 1. Dyspneu tidak ada 2. Frekuensi pernapasan normal	
C. Circulation Akral : <input type="checkbox"/> Hangat <input type="checkbox"/> Dingin Pucat : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya Cianosis : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya Pengisian Kapiler <input type="checkbox"/> < 3 detik <input type="checkbox"/> ≥ 3 detik Nadi : <input checked="" type="checkbox"/> Teraba <input type="checkbox"/> Tidak teraba Frekuensi: 56x/i Irama : <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular Kekuatan : <input type="checkbox"/> Kuat <input type="checkbox"/> Lemah Tekanan darah : 180/100 mmHg Adanya riwayat kehilangan cairan dalam jumlah besar: tidak ada <input type="checkbox"/> Diare x/hari <input type="checkbox"/> Muntah x/hari <input type="checkbox"/> Luka bakar % Grade: Perdarahan : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, Grade : Jika Ya cc Lokasi pendarahan Kelembaban kulit : <input type="checkbox"/> Lembab <input type="checkbox"/> Kering Turgor : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Kurang Edema : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, Grade	<input type="checkbox"/> Penurunan Curah Jantung (Aktual / Risiko) <input type="checkbox"/> Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Perifer (Aktual / Risiko) <input type="checkbox"/> Kekurangan Volume Cairan (Aktual / Risiko) <input type="checkbox"/> Diare <input type="checkbox"/> Risiko Gangguan Fungsi Kardiovaskular <input type="checkbox"/> Risiko Penurunan Perfusi Jaringan Jantung <input type="checkbox"/> Risiko Perdarahan <input type="checkbox"/> Risiko Syok NOC : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 1 jam	<input type="checkbox"/> Mengawasi adanya perubahan warna kulit <input type="checkbox"/> Mengawasi adanya perubahan kesadaran <input type="checkbox"/> Mengukur tanda-tanda vital <input type="checkbox"/> Memonitor perubahan turgor, membran mukosa dan capillary refill time <input type="checkbox"/> Mengobservasi adanya tanda-tanda edema paru: dispnea & ronchi. <input type="checkbox"/> Mengkaji kekuatan nadi perifer <input type="checkbox"/> Mengkaji tanda-tanda dehidrasi <input type="checkbox"/> Memonitor intake-output cairan setiap jam: pasang kateter dll. <input type="checkbox"/> Mengobservasi balans cairan <input type="checkbox"/> Mengawasi adanya edema perifer <input type="checkbox"/> Mengobservasi adanya urine output < 30 ml/jam dan peningkatan BJ urine <input type="checkbox"/> Meninggikan daerah yang cedera jika tidak ada kontradiindikasi <input type="checkbox"/> Memberikan cairan peroral jika masih memungkinkan hingga 2000-2500 cc/hr <input type="checkbox"/> Mengontrol perdarahan dengan balut tekan.

<p>Output urine -</p> <p>EKG :</p>  <p>Kesan: Atrial Fibrilasi Infark Inferior iskemik lateral dan iskemik antero septal LAD RBBB incomplit</p> <p>Data lainnya</p> <p>Faktor Risiko:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Riwayat arteri coroner, hipertensi, diabetes melitus dan campak 	<p>diharapkan curah jantung adekuat, dengan kriteria hasil:</p> <p>Status sirkulasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tanda Tanda vital dalam rentang stabil (tekanan darah: 140/90 mmHg, nadi: 60-100 x/menit, pernafasan: 16-20x/menit) 2. Nyeri dada hilang 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mengobservasi tanda-tanda adanya sindrom kompartemen (nyeri local daerah cedera, pucat, penurunan mobilitas, penurunan tekanan nadi, nyeri bertambah saat digerakkan, perubahan sensori/baal dan kesemutan) <input type="checkbox"/> Menyiapkan alat-alat untuk pemasangan CVP jika diperlukan <input type="checkbox"/> Memonitor CVP jika diperlukan <input type="checkbox"/> Memonitor CVP dan perubahan nilai elektrolit tubuh <p>Kolaborasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Melakukan perekaman EKG 12 lead <input type="checkbox"/> Melakukan pemasangan infus 2 line <input type="checkbox"/> Menyiapkan pemberian transfusi darah jika penyebabnya pendarahan, koloid jika darah transfusi susah didapat <input type="checkbox"/> Pemberian atau maintenance cairan IV <input type="checkbox"/> Tindakan RJP <input type="checkbox"/> Kolaborasi untuk pemberian terapi: <ul style="list-style-type: none"> () Analgetik (fentacyl) () Oksigen () Nitroglycerine () Aspirin () <input type="checkbox"/> Lain-lain
<p>D. Disability/Disintegrity</p> <p>Tingkat kesadaran : A V P U</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Compos mentis <input type="checkbox"/> Disorientasi <input type="checkbox"/> Apatis <input type="checkbox"/> Delirium <input type="checkbox"/> Samnolent / Lethargy 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial <input type="checkbox"/> Risiko Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Otak 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mengukur tanda-tanda vital <input type="checkbox"/> Mengobservasi perubahan tingkat kesadaran <input type="checkbox"/> Mengobservasi adanya tanda-tanda peningkatan TIK (Penurunan kesadaran, HPT,

<input type="checkbox"/> Stupor <input type="checkbox"/> Coma Nilai CGS (dewasa) : E : 4 M : 5 V : 6 Pupil : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak Respon cahaya + / - Ukuran pupil : <input checked="" type="checkbox"/> Isokor <input type="checkbox"/> Anisokor Diameter : <input type="radio"/> 1 mm <input type="radio"/> 2 mm <input type="radio"/> 3 mm <input type="radio"/> 4 mm Penilaian Ekstremitas Sensorik : <input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Motorik : <input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Kekuatan otot : <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;">5</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">5</td> <td style="padding: 5px;">5</td> </tr> </table> Data Lainnya Faktor Risiko: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5	5	5	5	<input type="checkbox"/> Risiko Jatuh <input type="checkbox"/> Risiko Cedera NOC : Kriteria Objektif: 1. 2. 3. 4. 5.	Bradikardia, sakit kepala, muntah, papiledema & palsi N.cranial VI) <input type="checkbox"/> Meninggikan kepala 15-30 ⁰ jika tidak ada kontraindikasi <input type="checkbox"/> Mengobservasi kecukupan cairan Kolaborasi: <input type="checkbox"/> Pemberian oksigen <input type="checkbox"/> Pemasangan infuse <input type="checkbox"/> Intubasi (GCS ≤ 8) <input type="checkbox"/> Monitor hasil AGD dan laporkan hasilnya <input type="checkbox"/> Memberikan terapi sesuai indikasi <input type="checkbox"/> Lain-lain
5	5					
5	5					
E. Exposure Adanya trauma pada daerah : tidak ada Adanya jejas/luka pada daerah : tidak ada - Ukuran luka : - Kedalaman luka : Keluhan nyeri : <input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Pengkajian nyeri: P : - Q : Nyeri 'seperti ditindih' R : Nyeri menjalar ke kedua bahu S : Skala 8 NRS T : 40 menit yang lalu	<input type="checkbox"/> Nyeri (Akut / Kronis) <input type="checkbox"/> Kerusakan Integritas Kulit / Jaringan (Aktual / Risiko) <input type="checkbox"/> Risiko Disfungsi Neurovaskular Perifer NOC : Setelah diberikan intervensi selama 1x2 jam, nyeri akut klien berkurang dengan kriteria hasil: Tingkat Nyeri: 1. Nyeri berkurang dengan menggunakan	<input checked="" type="checkbox"/> Mengkaji karakteristik nyeri, gunakan pendekatan PQRST. <input checked="" type="checkbox"/> Mengajarkan teknik relaksasi <input checked="" type="checkbox"/> Membatasi aktifitas yang meningkatkan intensitas nyeri <input type="checkbox"/> Perekaman EKG 12 leads <input type="checkbox"/> Kolaborasi untuk pemberian terapi: () analgetik (fentanyl) () oksigen () Fasciotomy () <input type="checkbox"/> Lain-lain.....				

<p>Adanya tanda-tanda Sindrom Kompartemen (5 P's): tidak ada</p> <p><input type="checkbox"/> Pain <input type="checkbox"/> Pallor</p> <p><input type="checkbox"/> Pulseless <input type="checkbox"/> Paralysis</p> <p><input type="checkbox"/> Paresthesia</p> <p>Data Lainnya</p> <p>Faktor Risiko:</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>manajemen nyeri dari skala 8 menjadi 5</p> <p>2. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang</p>	
<p>F. Farenheit (Suhu Tubuh)</p> <p>Suhu : normal</p> <p>Lamanya terpapar suhu panas / dingin :</p> <p>..... Jam</p> <p>Riwayat pemakaian obat :</p> <p>Riwayat penyakit : tidak ada</p> <p><input type="checkbox"/> Metabolic</p> <p><input type="checkbox"/> Kehilangan cairan</p> <p><input type="checkbox"/> Penyakit SSP</p> <p><input type="checkbox"/> Eksim dan rhinitis alergi</p> <p>Riwayat</p> <p><input type="checkbox"/> Cedera kepala</p> <p><input type="checkbox"/> Dampak tindakan Medis (Iatrogenic)</p> <p><input type="checkbox"/> Pemberian cairan infuse yang terlalu dingin</p> <p><input type="checkbox"/> Pemberian 11ocial11se darah yang terlalu cepat & masih dingin</p> <p><input type="checkbox"/> Hipoglikemia</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada</p> <p>Data Lainnya</p> <p>Faktor Risiko:</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> Hipertermia</p> <p><input type="checkbox"/> Hipotermia (Aktual / Risiko)</p> <p><input type="checkbox"/> Ketidakefektifan Termoregulasi</p> <p><input type="checkbox"/> Risiko Ketidakseimbangan Suhu Tubuh</p> <p>NOC :</p> <p>Kriteria Objektif:</p> <p>1.</p> <p>2.</p> <p>3.</p> <p>4.</p> <p>5.</p>	<p><input type="checkbox"/> Mengobservasi TTV, kesadaran, saturasi oksigen</p> <p><input type="checkbox"/> Membuka pakaian (menjaga privasi)</p> <p><input type="checkbox"/> Melakukan penurunan suhu tubuh: kompres dingin/ evaporasi /selimut pendingin (<i>cooling blanket</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Mencukupi kebutuhan cairan/oral</p> <p><input type="checkbox"/> Memberikan antipiretik</p> <p><input type="checkbox"/> Melindungi pasien lingkungan yang dingin</p> <p><input type="checkbox"/> Membuka semua pakaian pasien yang basah</p> <p><input type="checkbox"/> Melakukan penghangatan tubuh pasien secara bertahap (1°C/jam) dengan selimut tebal/warm blanket</p> <p><input type="checkbox"/> Mengkaji tanda-tanda cedera fisik akibat cedera dingin: kulit melepuh, edema, timbulnya bula/ vesikel, menggigil.</p> <p><input type="checkbox"/> Menganjurkan pasien agar tidak menggorok/menggaruk kulit yang melepuh</p> <p><input type="checkbox"/> Melakukan gastric lavage dengan air hangat</p> <p><input type="checkbox"/> Menyiapkan cairan IV dengan cairan yang hangat</p> <p><input type="checkbox"/> Menyiapkan alat-alat intubasi jika diperlukan</p> <p><input type="checkbox"/> Lain-lain.....</p>

PENGAJIAN SEKUNDER

1. Riwayat alergi

Tidak

Ya, alergi pada obat eritromisin

2. Obat yang di konsumsi sebelum masuk RS?

Aspirin, Lisinopril, Metoprolol

3. Riwayat Penyakit

Tidak ada

DM

PJK

HPT

Asma

Lainnya: **Arteri coroner, hipertensi, diabetes melitus dan campak**

4. Riwayat hospitalisasi?

Tidak

Ya

5. Intake makanan peroral terakhir?

Jam

Jenis

6. Hal-hal atau kejadian yang memicu terjadinya kecederaan/penyakit?

7. Pengkajian fisik:

a. Kepala dan wajah : -

b. Leher dan *cervical spine*: -

c. Dada : Tidak ada retraksi dada. Pada pemeriksaan auskultasi, terdengar ronki basah pada kedua basal paru. Bunyi jantung normal.

d. Perut dan pinggang (*flanks*): Abdomen lunak dan tidak ada nyeri tekan

e. Pelvis dan perineum: -

f. Extremitas: tidak ada edema, pulsasi radialis teraba baik simetris

g. Punggung & tulang belakang: -

8. Psikososial

Kecemasan dan ketakutan

Ringan

Berat

Sedang

Panik

Mekanisme koping

Merusak diri

Perilaku kekerasan

Menarik diri/Isolasi 13ocial

Konsep diri

Gangguan citra diri

Harga diri rendah

Lainnya:

9. Seksualitas : Pelecehan seksual Trauma seksual Tidak ada

10. Pemeriksaan penunjang

a. Lab

b. X-ray

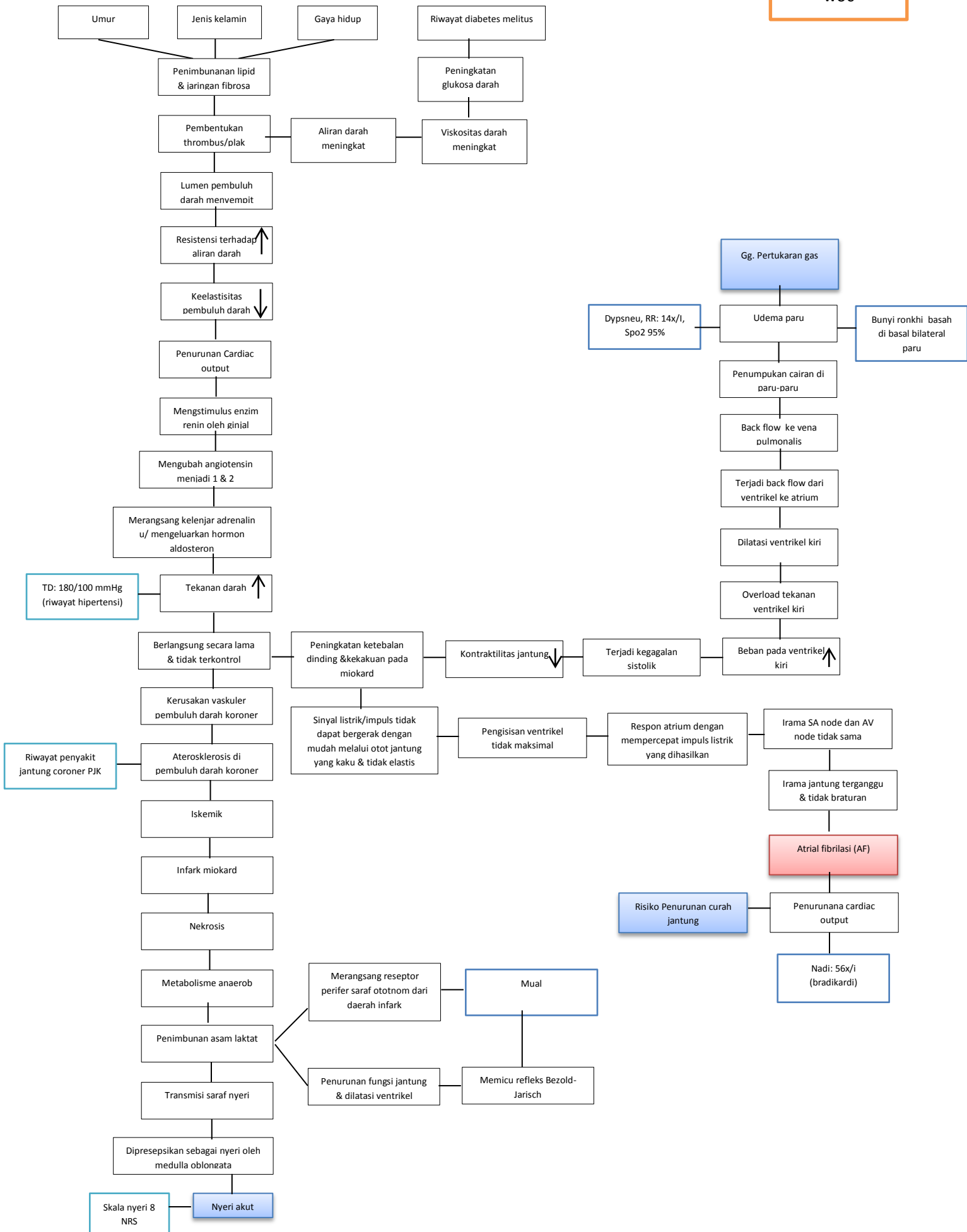
c. Lainnya

PRIORITAS MASALAH KEPERAWATAN

Nama Pasien/No. RM : Ny. X
Ruang Rawat :
Tanggal : 13 Desember 2020

Prioritas	Diagnosa keperawatan	Tanggal Ditemukan	Tanggal Teratasi
1	Risiko penurunan curah jantung	13 Desember 2020	-
2	Ketidakefektifan pola napas b.d sindrom hipoventilasi	13 Desember 2020	-
3	Nyeri akut b.d agens cedera biologis	13 Desember 2020	-

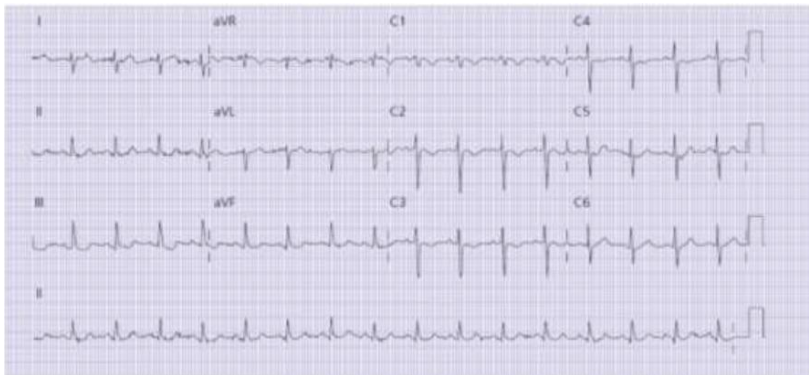
WOC



Lampiran 2

Kasus 3

Seorang laki-laki berusia 45 tahun dirawat di CVCu dengan keluhan masuk RS nyeri dada hebat dan sesak napas. Pasien bukan perokok, sebelumnya sangat aktif dan baik dan melakukan gym empat kali seminggu. Tidak ada riwayat keluarga dengan penyakit jantung istemik. Kolesterolnya 3,3 mmol/L. frekuensi nadi saat masuk RS 105x/i; tekanan darah 80/50 mmHg; SpO2 90%. Pasien apyrexial. EKG sebagai berikut:



Pasien merupakan seorang eksklusif bisnis yang sering melakukan perjalanan berminggu-minggu. Hasil pemeriksaan fisik pasien mengalami sianosis dan akral dingin dengan frekuensi napas 30x/i. Jugular venous pressure (JVP) pasien meningkat. Terdengar bunyi jantung S3 dengan bunyi yang halus diatas garis sternum kanan. Troponin I meningkat 3,5 μ g/L (normal range , 1 μ g?L); the D – dimer meningkat hingga lima kali rentang normal. Hasil AGD on 40% O2 sebagai berikut: pH 7,30 (7,35 – 7,45); p CO2 3,3 kPa (4,7-6,0); pO2 7,0 kPa (11,3-12,6); HCO3 15 mmol/L (19-24); BE -10 (+/-2). Respon kondisi pasien membaik setelah pergantian cairan intravena (tekanan darah 100/70 mmHg, denyut nadi 100 bpm) akan tetapi tetap ada hipoksia (saturasi O2 90%). Hasil CT pulmonary angiogram menunjukkan emboli pulmonary bilateral:



Pasien ini kemudian menjalani thrombolisis dengan tissue plasminogen activator (tPA). Ekokardiogram menunjukkan jantung kiri normal. Ventrikel kanan dilatasi dengan moderate tricuspid regurgitas (TR) dan perkiraan tekanan arteri pulmonalis 60 mmHg. CT scan kontras arteri paru lebih lanjut menunjukkan bentuk laminasi thrombus di arteri paru proksimal dan pasien dirujuk untuk thrombo-endarterektomi paru. Interpretasikan semua data-data pemeriksaan fisik dan penunjang yang ada pada pasien, buatlah askep saat pasien dirawat di CVCU, lakukan pembahasan terkait kasus pasien tersebut!

INTERPRETASIKAN GAMBARAN GELOMBANG ELEKTROKARDIOGRAM

NO	KOMPONEN	INTERPRETASI	NILAI NORMAL
1	Kalibrasi	Kecepatan: $1/25 = 0,04$ detik Tegangan: $1/10 = 0,01$ mV	Kecepatan 25 mm / 1 detik Tegangan 10 mm / 1 mVolt
2	Irama	Reguler	Reguler (R ke R)
3	Frekuensi Nadi		
	a. Cara I	$\frac{300}{\sum \text{ Kotak Besar R-R}} =$	60 – 100 x/menit
	b. Cara II	$\begin{aligned} & \frac{1500}{\sum \text{ Kotak Kecil R-R}} \\ & = \frac{1500}{14} \\ & = \mathbf{107 \text{ x/menit}} \end{aligned}$	60 – 100 x/menit
	c. Cara III	$(\sum \text{ Gel. R dalam 6 detik}) \times 10 =$	60 – 100 x/menit
4	Gelombang P Morfologi Gel. P (Lihat Lead II dan V1)	lebar= 0,08 detik tinggi= 0,1 mVolt	Lebar = 0,04 – 0,12 detik Tinggi = 0,1 – 0,3 mVolt
5	Interval PR	Lebar = 0,12 detik	Lebar = 0,12 – 0,20 detik
6	Gelombang Q	Dalam = $\leq 1/3$ Tinggi Gel. R (normal)	Dalam $\leq 1/3$ Tinggi Gel. R
7	Interval Kompleks QRS	Lebar = $3 \times 0,04 = 0.12$ detik	Lebar = 0,06 – 0,12 detik
8	Interval QT	Lebar = $9 \times 0,04 = 0,36$ detik	Lebar Wanita < 0,46 detik Lebar Laki-laki < 0,45 detik
9	QT _{Corection}	$QT_{\text{Corection}} = \sqrt{\frac{HR}{60}} \times QT \text{ (detik)} = 0,48$	QT _{Corection} < 0,50 detik Wanita < 0,48 detik Laki-laki < 0,47 detik
10	Aksis	Lead I = Defleksi : negatif AVF = Defleksi: positif Right Axis Deviation (RAD)	Lead I dan II = Positif Derajat $(+110^{\circ}) - (-30^{\circ})$

11	Segment ST	Anterior = Iskemik antero septal Inferior = Infark inferior Lateral = infark lateral	Normal: Segaris/Isoelektrik Elevasi ≥ 2 Kotak Kecil Depresi > 1 Kotak Kecil
12	Gelombang T	Tinggi = $1 \times 0,1 = 0,1$ mvolt	$\leq 0,5$ mVolt (lead ekstremitas) ≤ 1 mVolt (lead dada)
13	Kesan	Sinus takikardi infark inferior lateral, iskemik antero septal, axis RAD	

A. Pengkajian Keperawatan CVCU**IDENTITAS PASIEN**

Nama : Tn. X	Hari/Tgl. Masuk : 24 Des 2020 (CVCU PJT)
NRM :	Jam Masuk : 09.00 WITA (CVCU PJT)
Umur : 45 thn	Hari/Tanggal pengkajian : 24 Des 2020
Diagnose :	Pukul : 09.30 WITA
J. Kelamin : Laki-laki	Dari Ruangan :
Alergi : Tidak ada	IGD <input type="checkbox"/> IRNA <input type="checkbox"/> OK/RR <input type="checkbox"/>
	Isolation Precation :
	Tidak ada <input checked="" type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> HbSAg <input type="checkbox"/>

RIWAYAT

Keluhan Utama : Klien mengeluh nyeri dada hebat dan sesak napas

Riwayat keluhan utama : Pasien bukan perokok, sebelumnya sangat aktif dan baik dan melakukan gym empat kali seminggu. Tidak ada riwayat keluarga dengan penyakit jantung iskemik. Pasien merupakan seorang eksklusif yang sering melakukan perjalanan berminggu-minggu.

Riwayat Alergi : Ya, **Tidak**

Diagnosa medis :

Riwayat medis : Pasien mengatakan tidak ada riwayat keluarga dengan penyakit jantung iskemik

Transfusi darah: Tidak ada Ya, waktu terakhir..... Jumlah.....cc
 Jenis PRC WBC FFP Lainnya

Reaksi Transfusi : **Tidak ada** Ada :

- Status Mental/Kesadaran : CM Apatis Somnolen
 Semi koma Koma

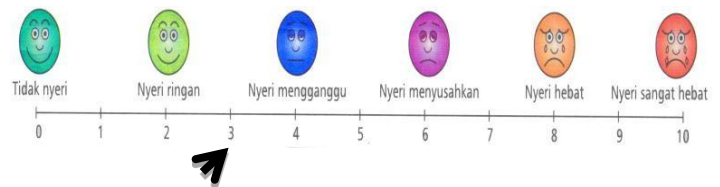
Ket : Keadaan umum pasien lemah

GCS : GCS 15 (E4M6V5) , SpO2 : 90 %

- Orientasi → Waktu : Ya Tidak
Orang : Ya Tidak
Tempat : Ya Tidak
Situasi : Ya Tidak
- Berbicara : Iya Kuat Afasi Reseptif
 Afasia Ekspresif Disfasia

- Nyeri : Tidak nyeri Nyeri, Skala : tidak diketahui

P : -
Q : -
R : -
S : -
T : -



Catatan : Pasien bukan perokok, sebelumnya sangat aktif dan baik dan melakukan gym empat kali seminggu dan sering melakukan perjalanan bisnis.

- Pupil : Kanan +2 mm Kiri = +2 mm
- Refleks Cahaya : Positif
- Neurovaskuler

Kekuatan Motorik

Tonus Otot

5	5
5	5

Normal	Normal
Normal	Normal

- Motorik : Desebrasi Dekortikasi
- Memori : Terbaru Ya Tidak
- Reflex Muntah : Ya Tidak
- Facial Drop : Ya Tidak
- Refleks Patella (Ka/Ki) : Ya Tidak
- Refleks Tendon (bisep/trisep) : **Tidak ditemukan masalah**
- Kernig Sign : Ya Tidak
- Chaddock : Ya Tidak
- Babinsky : Ya Tidak
- Brudinsky : Ya Tidak
- Nervus Kranial :

- Nervus I : Tidak ditemukan masalah, pasien dapat mencium bau dengan baik
- Nervus II : Tidak ditemukan masalah pasien dapat melihat dengan normal
- Nervus III : tidak ditemukan masalah
- Nervus IV, V, VI: Tidak ditemukan masalah
- Nervus VII : Tidak ditemukan masalah, pasien terdapat mimik wajah, dan pasien dapat mengecap dengan normal
- Nervus VIII: Tiak ditemukan masalah
- Nervus IX : Tidak ditemukan masalah, pasien dapat menelan
- Nervus X : Tidak ditemukan masalah
- Nervus XI : Tidak ditemukan masalah
- Nervus XII : Tidak ditemukan masalah, pasien dapat menggerakkan lidah dengan baik

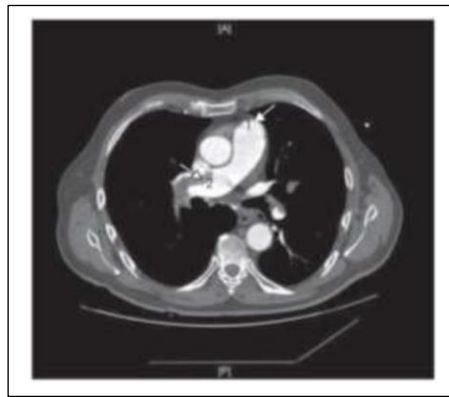
RESPIRATORY/BREATHING

- Pernapasan = 30 x/menit
- Terapi Oksigen : Nasal kanul RM NRM : 3 tr / mnt tidak ada
- Irama : Reguler Irreguler
- Bentuk Dada : Normal Pegeon Chest Barrel chest Funnel chest
 - Simetris Asimetris
- Jalan Napas : Spontan OPA Size Hijau
- Pola Napas : **Dispnea** Bradipnea Takipnea Orthopnea
 - Kusmaul Hiperapnea Chyne Stokes
- Bunyi Napas : Vesikuler Bronkhial Bronkhovesikuler
 - Ronkhi di bagian basal minimal Wheezing Crackles
- Bau Napas : Tidak bau Asam Amonia Alkohol
- Batuk : Spontan Stimulus dengan suction
- Warna Bibir/Mukosa : Pink Pucat **Sianosis**

Hasil pemeriksaan AGD (on 40% O2):

1. pH 7,30 (7,35 – 7,45);
2. p CO2 3,3 kPa (4,7-6,0);
3. pO2 7,0 kPa (11,3-12,6);
4. HCO3 15 mmol/L (19-24);
5. BE -10 (+/-2).

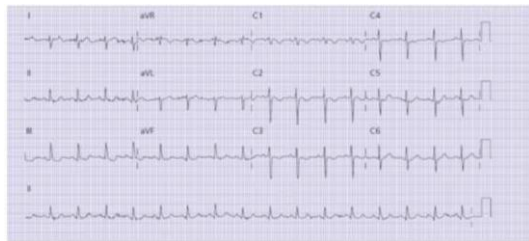
Hasil CT pulmonary angiogram menunjukkan emboli pulmonary bilateral



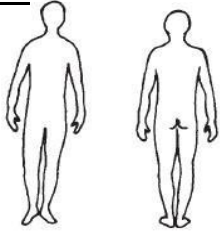
CARDIOVASKULAR/BLOOD

- TD : 80/50 mmHg
- Nadi : 105 x/i Kualitas Nadi : Reguler Ireguler Bradikardi Takikardi
- CRT : <3 dtk SpO2 : 90%
- Bunyi jantung : S1 S2 S3 (terdengar bunyi halus di atas garis sternum kanan)
- S4 Murmur Gallop
- Irama : Reguler Irreguler
- Ictus cordis, Lokasi **TIDAK ADA**
- Kulit : Pink Pucat Jaundice **Sianotik** Hangat Panas **Dingin**
- Konjungtiva : Merah Anemis
- Udem : **TIDAK ADA**
- NVD Sign : Tidak ada Pale Pulse Parase
- Drain/WSD :cc (**Tidak terdapat drain**)

INTERPRETASI EKG : 24/12/2020



kesan : Sinus takikardi infark inferior lateral, iskemik antero septal, axis RAD

BLADDER	<ul style="list-style-type: none"> • Kateter Urin: <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya • Urin : Warna : Bau : Distensi kandung kemih : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya Bladder : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Nokturia <input type="checkbox"/> Oliguria <input type="checkbox"/> Poliuria <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> Urgency <input type="checkbox"/> Retensi <input type="checkbox"/> Enuresis <input type="checkbox"/> Inkontinensia, Kapan..... • Hiperprostat : <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak • Kebutuhan cairan : -
BOWEL	<p>Abdomen: <input type="checkbox"/> Datar <input type="checkbox"/> Asites, Lingkar perut.....cm <input type="checkbox"/> Distensi <input type="checkbox"/> Hepatomegali <input type="checkbox"/> Timpani <input type="checkbox"/> Nyeri Tekanis <input type="checkbox"/> Massa <input type="checkbox"/> Lain.....</p> <p><input type="checkbox"/> Mual <input type="checkbox"/> Muntah <input type="checkbox"/> TAK <input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada</p> <p>Bising usus: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Hiperaktif</p> <p>Diet : jantung <input type="checkbox"/> Biasa <input type="checkbox"/> Lunak <input type="checkbox"/> Khusus</p> <p>Pemenuhan: <input checked="" type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> NGT <input type="checkbox"/> Parenteral</p> <p>Stoma : <input type="checkbox"/> Ya, Diameter Stoma.....cm, kondisi stoma..... <input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada</p> <p>Konsistensi <input type="checkbox"/> Padat <input checked="" type="checkbox"/> Lunak <input type="checkbox"/> Berampas</p> <p>Eliminasi Usus : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Konstipasi <input type="checkbox"/> Diare <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Flatus <input type="checkbox"/> Penggunaan Laksatif</p> <p>Frekuensi BAB :</p>
MUSKULOSKELETAL/KULIT	<ul style="list-style-type: none"> • Kondisi kulit secara umum: Turgor kulit baik • Ekstremitas : <input checked="" type="checkbox"/> GerakBebas <input type="checkbox"/> Parastesia <input type="checkbox"/> Hermiparase <input type="checkbox"/> Paraparese <input type="checkbox"/> Paralisis <input type="checkbox"/> Kelelahan <input type="checkbox"/> Nyeri pada sendi..... • Fraktur : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Terbuka <input type="checkbox"/> Tertutup <input type="checkbox"/> GIPS <input type="checkbox"/> Spalak <input type="checkbox"/> K-Wire • Kompartemen Syndrom <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak • Luka : <input type="checkbox"/> Ya <p>Gambaran</p> <div style="display: flex; align-items: center;">  <div style="margin-left: 20px; border: 2px solid black; padding: 10px; width: 300px; height: 100px;"> <p style="background-color: yellow; display: inline-block; padding: 2px;">Tidak terdapat luka</p> </div> </div>

B. ANALISA DATA

ANALISA DATA	MASALAH KEPERAWATAN
<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Keluhan masuk RS sesak napas <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none">1. RR: 30x/menit2. SpO2 90%3. Hasil AGD:<ul style="list-style-type: none">- pH 7,30 (7,35 – 7,45) -- rendah- p CO2 3,3 kPa (4,7-6,0)-- rendah- pO2 7,0 kPa (11,3-12,6)-- rendah- HCO3 15 mmol/L (19-24)-- rendah- BE -10 (+/-2)-- rendah4. Hasil CT pulmonary angiogram menunjukkan emboli pulmonary bilateral	Gangguan pertukaran gas
<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Pasien bukan perokok2. Pasien sebelumnya sangat aktif dan baik dan melakukan gym empat kali seminggu3. Pasien sering melakukan perjalanan berminggu-minggu4. Tidak ada riwayat keluarga dengan penyakit jantung iskemik <p>DO:</p> <p>Perubahan frekuensi/irama jantung</p> <ol style="list-style-type: none">1. nadi: 105x/menit, SpO2 90%2. Kesan EKG Sinus takikardi infark inferior lateral, iskemik antero septal, axis RAD <p>Perubahan Preload</p> <ol style="list-style-type: none">3. Peningkatan Jugular venous pressure (JVP) <p>Perubahan afterload</p> <ol style="list-style-type: none">4. Dyspneu dengan RR: 30x/menit	Penurunan curah jantung

<p>5. TD: 80/50 mmHg,</p> <p>6. Perkiraan tekanan arteri pulmonalis 60 mmHg</p> <p>Perubahan kontraktilitas</p> <p>7. Terdengar bunyi jantung S3 dengan bunyi yang halus diatas garis sternum kanan.</p> <p>Pendukung:</p> <p>8. Troponin I meningkat 3,5 μ g/L (normal range , 1 μ g/L)</p> <p>9. The D – dimer meningkat hingga lima kali rentang normal</p> <p>10. Ekokardiogram menunjukkan jantung kiri normal, namun ventrikel kanan dilatasi dengan moderate tricuspid regurgitas (TR)</p> <p>11. CT scan kontras arteri paru menunjukkan bentuk laminasi thrombus di artero paru proksimal</p> <p>12. Hasil CT pulmonary angiogram menunjukkan emboli pulmonary bilateral</p>	
---	--

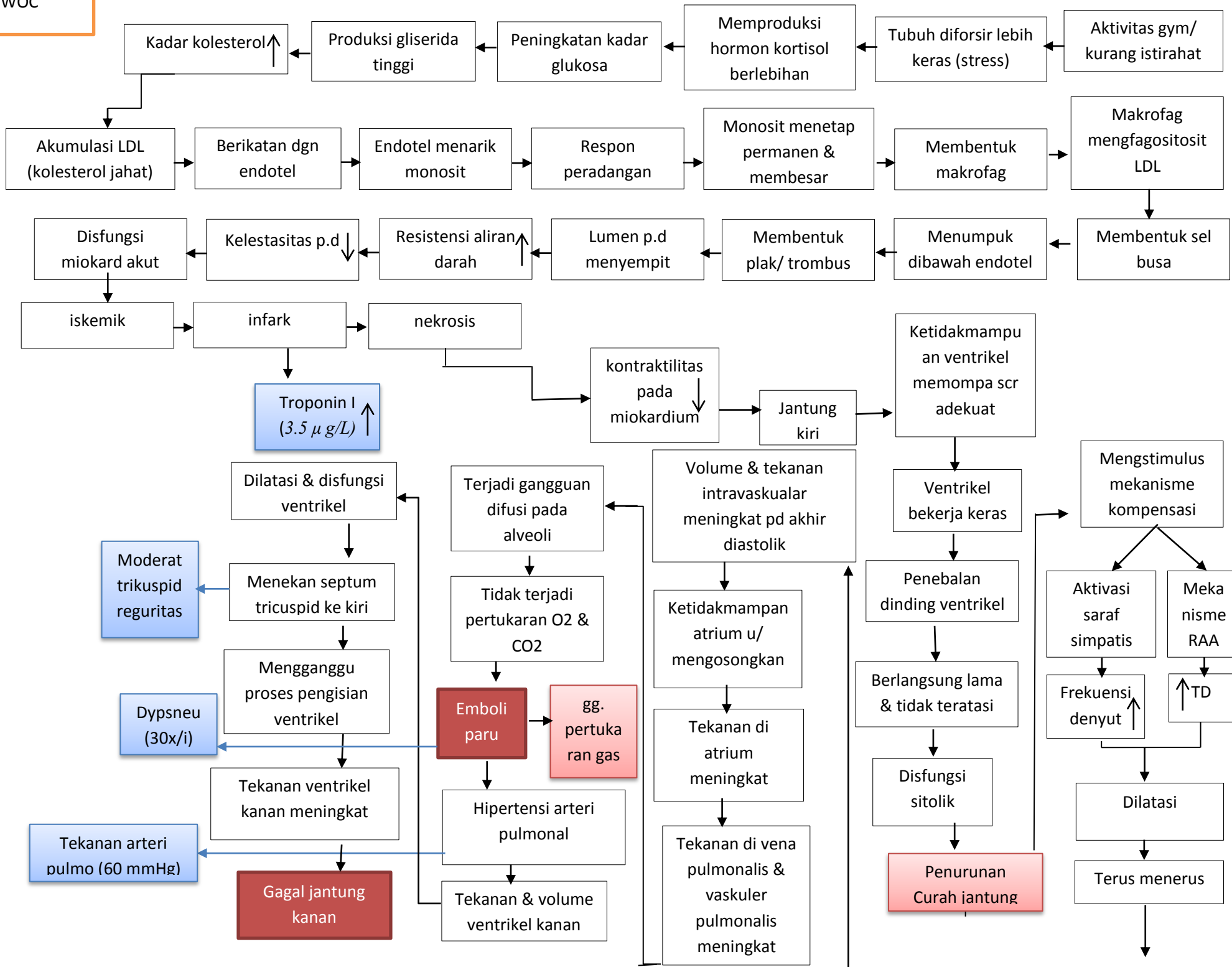
C. DIAGNOSA KEPERAWATAN

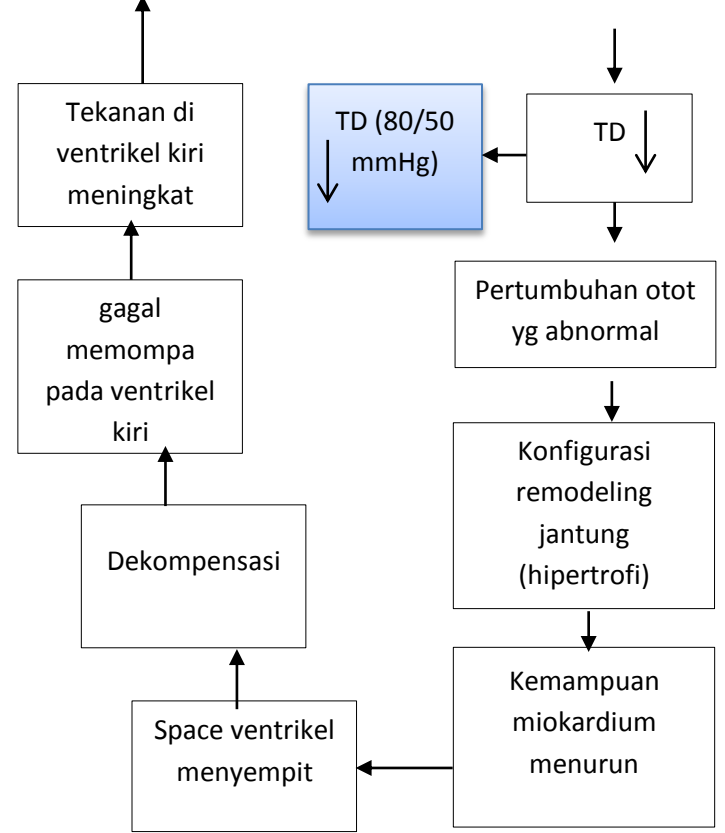
1. Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi-perfusi
2. Penurunan curah jantung b.d perubahan kontraktilitas

No.	DIAGNOSIS KEPERAWATAN	LUARAN KEPERAWATAN	INTERVENSI KEPERAWATAN
1.	<p>Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi-perfusi</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan status pernafasan: pertukaran gas tidak terganggu dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> PaCO₂ dalam kisaran normal (35-45) pH arteri dalam kisaran normal (7.35-7.45) Saturasi oksigen dalam kisaran normal (95-100%) Keseimbangan ventilasi dan perfusi Frekuensi pernapasan dalam rentang normal (16-24x/menit) dan pola napas teratur 	<p>Manajemen Asam Basa</p> <ol style="list-style-type: none"> Monitor pola pernapasan (frekuensi, irama, kedalaman dan pola) Monitor tanda dan gejala kelebihan asam karbonat dan asidosis respiratorik Monitor status neurologis: tingkat kesadaran dan konfusi Monitor tanda-tanda gagal napas: penurunan PaO₂, peningkatan PaCO₂ dan kelelahan otot pernapasan Monitor gas darah arteri Pertahankan kepatenan jalan napas dan bersihan jalan napas Kolaborasi dalam pemberian oksigen
2.	<p>Penurunan curah jantung b.d kontraktilitas</p>	<p>Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tanda vital dalam batas yang dapat diterima dan bebas gejala gagal jantung.</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> Tanda Vital dalam rentang normal (tekanan darah, nadi, pernapasan SpO₂ normal) Bunyi jantung normal 	<p>Cardiac Care</p> <ol style="list-style-type: none"> Catat adanya disritmia jantung Monitor status kardiovaskuler Monitor status pernafasan yang menandakan gagal jantung Monitor adanya perubahan tekanan darah Atur posisi nyaman, periode latihan dan istirahat untuk menghindari kelelahan Monitor adanya takipneu dan ortopneu Anjurkan untuk menurunkan stress Kolaborasikan terapi yang sesuai

			<p>Monitor Tanda-tanda Vital</p> <ol style="list-style-type: none">1. Monitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernapasan2. Monitor dan laporkan jika terjadi gejala hipotermia atau hipertermia3. Monitor pola pernapasan abnormal4. Monitor warna kulit, suhu dan kelembaban5. Monitor sianosis6. Identifikasi kemungkinan penyebab perubahan tanda-tanda vital
--	--	--	--

WOC





I. PENGKAJIAN

Tanggal MRS/IWB Preop : 1 November 2015 (16.24)	Tanggal Op : 2 November 2015
Ruang/Kelas : IWB pre op / I	Tanggal masuk IWB: 3 November 2015
Dx. Pre Op : CAD 3 VD, pro CABG EF 74%	(Postop) Jam Masuk IWB : 11.00 (Postop)
Dx Post Op : Post CABG	Tgl Pengkajian : 2 November 2015
	No. RM : 2015 – 38 – 55- 18
Data demografi	
Nama : Tn. U	Umur : 53 Tahun 16 hari
Jenis Kelamin : Laki- laki	Agama : Islam
Pekerjaan : PNS	Pendidikan : SLTA/Sederajat
Suku/Bangsa : Jawa	Status Perkawinan: Kawin
Alamat : Jalan Gunung Raya GG Setu No 30 RT 004/ RW003 Ciputat Kab. Tangerang (081298634435)	Penanggung Biaya: JKN PNS Kelas I
Riwayat Keperawatan	
<p>Keluhan utama Post Operasi Nyeri pada luka operasi (3 November 2015 Pukul: 11.00 masuk IWB Post Op)</p> <p>Riwayat penyakit saat ini Keluhan cemas dialami pasien saat akan menjalani operasi CABG. Pasien direncanakan akan menjalani operasi CABG pada tanggal 2 November 2015. Penyakit jantung pasien mulai dirasakan oleh pasien pada Januari 2012 dengan keluhan napas pendek saat beraktivitas disertai keringat seluruh tubuh. Pasien berobat di Klinik Dokter Umum terdekat di Jawa untuk keluhannya dan pengobatan tersebut mampu meredakan gejala yang dirasakannya (pasien menyebutkan ia mendapatkan obat yang diletakkan di bawah lidah). Tahun 2013 awal pasien kembali terserang penyakitnya dan masih berusaha sembuh dari penyakitnya dengan pengobatan yang standar di beberapa Klinik Dokter terdekat di Jawa. Tahun 2014 akhir pasien kembali mengalami keluhan napas pendek dan keringat pada seluruh tubuhnya dan pasien melakukan pengobatan di RS. Angkatan Laut Jakarta. Dokter menganjurkan pasien untuk melalui pemeriksaan Kateterisasi jantung dan hasil pemeriksaan pasien di dapatkan 3VD. Pasien dirawat di Rumah Sakit Pusat Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita dimulai pada bulan Januari 2015, dan direncanakan untuk melalui operasi CABG pada 30 Oktober 2015. Operasi CABG pada pasien terlaksana pada tanggal 2 November 2015 karena pada jadwal sebelumnya 30 Oktober 2015 ruang ICU penuh untuk menampung pasien dari OK. Riwayat HT disangkal, DM (-). Dasar riwayat masa lalu untuk Coaching. Pola tekanan darah Tekanan darahnya Riwayat merokok sejak usia dini sebelum SD dan konsumsi makan tinggi lemak. Masalah pre operasi: Pasien mengatakan cemas</p>	

Masalah intra operasi: Operasi berjalan lancar

Masalah Post operasi: Pasien sulit untuk batuk, jika batuk pasien merasakan nyeri.

Riwayat penyakit keluarga:

Ada anggota keluarga yang menderita penyakit jantung.

Pemeriksaan Fisik dan Psikologis Sebelum Operasi

- **Oksigenasi, Kardiovaskuler**

Jalan nafas paten, nafas spontan dengan RR: 18 x/mnt, SaO₂ 100%, suara nafas vesikuler kiri kanan. Pergerakan dada simetris kiri dan kanan, perkusi lapangan paru sonor, S1 dan S2 normal, akral hangat, nadi perifer teraba, BP: 118/76 mmHg; HR: 93 bpm; MAP: 90 mmHg

- **Nutrisi, cairan & elektrolit**

TB:167 cm; BB: 56,5 Kg

Turgor kulit elastis, mukosa bibir lembab, pada saat pengkajian (2 November 2015) pasien masih dipuasakan untuk persiapan operasi.

Rencana perawatan pasien setelah operasi kebutuhan nutrisi dan cairan adalah

- Nutrisi 1650 kkal / 24 jam
- Cairan 2000 ml / 24 jam

- **Eliminasi BAK & BAB**

BAB dan BAK baik

- **Integument & Proteksi**

Kondisi kulit pasien baik, sebelum operasi pasien dipersiapkan dengan mencukur bulu dada, bulu kemaluan, bulu paha dan bulu pada daerah tungkai kemudia pasien mandi (06.00) menggunakan sabun: cutisoft handscrub 150 ml dan berkumur dengan menggunakan minosep gargle 0,2% 60 ml, kondisi kulit dan pakaian pasien sebelum operasi bersih dan rapi.

- **Aktivitas & istirahat**

Pasien lebih banyak diam sambil berbaring di tempat tidur ruang pre operasi IWB dan didampingi istrinya saat dilakukan pengkajian.

- **Endokrin**

Pasien tidak memiliki riwayat DM sebelumnya

- **Neurologi**

Kesadaran CM, eks. Motorik baik, pergerakan baik pasien dapat berjalan dengan normal, pupil isokor,

Lingkungan

Pasien dirawat di IWB Persiapan Operasi dengan ruangan terdiri dari 7 tempat tidur pasien, pasien diletakkan pada tempat tidur ke 6 ruangan tersebut. Ruangan terdengar bising dengan suara dokter, perawat, pasien lain dan keluarga pasien yang sibuk dengan aktifitas persiapan operasi. Ruangan mendapatkan AC central dari RS. Pasien mengatakan nyaman dengan ruangnya. Pasien berbaring diatas tempat tidurnya menunggu jadwal operasi.

Lingkungan sebelum ke RS (hal-hal yang berkontribusi dengan keluhan pasien) (mengubah atau mengkonfirmasi data menjadi informasi) Nursing Knowled dan Nursing Science.

Sosiokultural

Pasien didampingi istri dan adik perempuannya pada saat menantikan jadwal operasinya. Pasien merasa nyaman dan bersyukur masih terus mendapat dukungan dari semua keluarganya. Tidak ada tradisi khusus yang berhubungan dengan masalah kesehatan.

Psikospiritual

Pasien dan keluarganya banyak bertanya tentang kondisi pasien, tahap-tahap operasi, proses perawatan post operasi dan prognosis pasien kedepannya. Pasien dan keluarganya mengatakan merasa cemas dengan tindakan operasi yang akan dijalani pasien. Pasien dan keluarga didampingi dan dituntun oleh petugas Pembimbing Rohani Islam RS dalam berdo'a. Pembimbing rohani Islam juga memberikan sedikit nasehat yang dapat membantu menenangkan pasien dari kecemasannya menjalani operasi.

PEMERIKSAAN DIAGNOSTIK

EKG

2 November 2015: Irama Sinus , QRS rete 45 kali/menit, normo aksis; p waves Normal, PR interval 0,16 detik, QRS duration 0,12 detik, ST elevasi V3 dan V4 , VES (-), T inverted III dan aVF, Tall T V2 dan V3

FOTO THORAK

21 Oktober 2015:

Cor : CTR < 50%, Apeks tertanam, segmen pulmonal tidak menonjol, mediastinum superior tidak melebar, aorta tidak dilatasi.

Paru: Hilus tidak dilatasi, Vaskuler paru tidak meningkat, Parenkim paru dalam batas normal, Sinus costofrenikus dan diafragma baik, Tulang dan soft tissue baik.

Kesan: Cor dan Pulmo dalam batas normal

LABORATORIUM

21 Oktober 2015 (jm 10.39 AM): Dilihat pada lampiran pemeriksaan laboratorium.

ECHO CARDIOGRAPHY

26 Oktober 2015:

Aorta: 23 (20-37 mm)

Left Atrium 30 (15-40 mm)

Ejection Fraction 74 (53-77%)

LV EDD 47 (35-52 mm)

LV ESD 27 (26-36 mm)

IVS Diastolic 7 (7-11 mm)

LVPW Diastolic 8 (7-11 mm)

TAPSE 2,9 (>15 mm)

- Dimensi ruang jantung: dalam batas normal
- LVH (-)
- Fungsi sistolik LV baik, EF 74%
- Kontraktilitas RV baik TAPSE 2,9 cm.
- Analisa segmental: Global normokinetik.
- K. Aorta: 3 cuspid, kalsifikasi (-), AR (-).
- K. Mitral: dalam batas normal
- K. Trikuspid: dalam batas normal
- K. Pulmonal: dalam batas normal, mPAP 10 mmHg
- Doppler: E/A > 1, DT 135 msec, E/e' 10, Ao V max 1,1 m/sec

Other:

LAVI 30

ml/m²

Kesimpulan:

- Fungsi sistolik global LV normal, EF: 74%
- Global normokinetik,
- Katup normal
- Fungsi diastolik LV normal
- Kontraktilitas RV normal.

Angiografi:

29 Januari 2015

LM : Pendek

LAD : Stenosis panjang multiple 80 – 90 % dari pangkal sampai mid, total oklusi setelah D2, distal terisi dari RV branch setelah D1. Distal mendapat aliran kolateral dari RCA.

LCX : Stenosis 50-60 % di mid.

RCA : Total oklusi setelah RV branch, distal terisi dari Lcx dan septal branch

Kesimpulan: **CAD 3 VD (CTO LAD distal dan RCA mid)**

LAPORAN OPERASI

Hari / Tanggal / Bulan / Tahun / Pukul : **Senin, 2 November 2015, Pkl 10.00 WIB**

Tipe operasi : Elektif

Operasi Ke 1

Diagnosa Pra Bedah : CAD 3 VD EF 74%

Tindakan Pembedahan : CABG x3

- **LIMA** (*Left Internal Mannary Artery*) – **LAD** (*Left Anterior Descending Coronary Artery*)
- **SVG** (*Saphenous Vein Graft*) – **OM 1** (*Obtuse Marginal Branch*)
- **SVG** (*Saphenous Vein Graft*) – **PDA** (*Posterior Descending Coronary Artery*)

Penemuan : Jantung ukuran besar, kontraktilitas cukup, LIMA baik, SVG kanan baik. Stenosis di LAD. Stenosis RCA.

CPB Time (**On pump**) : 88 menit

AOX Time (**klem aorta**) : 45 menit

Circulatory Arrest Time : -

Pace Maker Wire : -

Tubes: 28 Fr substernal, 24 Fr pleura kiri

Total Urine output : 350 cc

Total perdarahan : 500 cc

Jenis & Jmlh Trasfusi Darah: -

Komplikasi Pembedahan : -

Keadaan waktu keluar dari kamar operasi : ABP: 111/57 mmHg, HR: 77 x/menit irama SR, CVP: 8 mmHg. Dobutamin 5mcg/kgBB/min dan NTG 1 mcg/kg/min

Laporan selengkapnya

Induksi anestesi berjalan lancar, dipasang monitor AL, CVP, Preparasi kulit dengan chlorhexidine dilanjutkan dengan drapping. Vena tungkai kanan dan kiri baik. LIMA diambil secara pedicled dan ditemukan baik. Insisi median sternotomy, perikardium dibuka. Heparin diberikan. Setelah nilai ACT tercapai kanulasi aorta dan atrium kanan. Mesin jantung dijalankan, suhu tubuh diturunkan, dipasang kanula kardioplegia antegrade. Klem silang aorta dipasang, cairan kardioplegia diberikan, jantung segera asistol. Dilakukan anastomosis LIMA ke LAD. SVG ke OM 1. SVG – PDA. Suhu dinaikkan kembali, diberikan warm reperfusion, deairing jantung kiri, klem silang aorta dilepas. Mesin jantung disapih perlahan dengan stabilisasi hemodinamik hingga berhenti. Dekanulasi atrium kanan. Protamin diberikan, perdarahan dirawat. Dekanulasi aorta setelah protamin habis. Dipasang 1 drain substernal 28 Fr serta 1 drain pleura kiri 24 Fr. Perikardium ditutup sebagian, dinding dada ditutup kembali dengan sternal wire, luka operasi ditutup dengan benang absorbable sintetik. Pasien ditransfer ke ICU dengan hemodinamik stabil. ABP: 111/57 mmHg, HR: 77 bpm, CVP: 8 mmHg, Dobutamin 5 mcg/kgBB/min dan NTG 1 mcg/kg/min.

PEMERIKSAAN FISIK PASCA OPERASI (2 November 2015, setelah pasien diantar dari ICU)

- Oksigenasi, Kardiovaskuler
Jalan nafas paten, nafas spontan, RR: 18 x/mnt, SaO₂ 100%, sura nafas vesikuler kika. S1 dan S2 normal, akral hangat, bibir kerig, nadi perifer teraba, BP: 109/60 mmHg/ HR: 77 bpm/ MAP: 76 mmHg /
- Nutrisi, cairan & elektrolit
TB:165 cm; BB: 56,5 Kg
Turgor kulit elastis, mukosa bibir kering,
Nutrisi 1650 kkal / 24 jam
Cairan 2000 ml / 24 jam
- Eliminasi BAK & BAB
BAB dan BAK baik terpasang kateter urin
- Integument & Proteksi
Ada luka bekas operasi CABG di dada dan tungkai kiri dan kanan pasien
- Aktivitas & istirahat
ps lebih banyak tidur
- Endokrin
Gula darah relative stabil, tidak ada riwayat DM sebelumnya
- Neurologi
Kesadaran CM, eks. Motorik baik, pergerakan dibatasi, pupil isokor

LINGKUNGAN

- Ventilasi udara
Pasien dirawat diruang IWB kamar 19 tempat tidur no. 3, setiap kamar di isi 10 pasien.
- Suasana ruangan

Suasana ruangan agak bising yang disebabkan oleh bunyi monitor alat – alat yang terpasang pada pasien. Saat pengkajian (3 November 2015, setelah pasien diantar dari ICU) pasien mengatakan dirinya mengantuk, dan tidak begitu terganggu dengan bunyi – bunyi tsb.

- Pencahayaan
Pencahayaan cukup, lampu selalu hidup dan terang
- Suhu
Suhu kamar diatur dengan AC central, akan tetapi pasien mengatakan dirinya gerah
- Pemandangan
Pemandangan terbatas hanya pada kamar rawat saja
- Fasilitas
Fasilitas ruangan lengkap, tersedia tempat untuk mengambil air minum, toilet pasien, pispot, dan beberapa kebutuhan terkait perawatan pasien.

SOSIOKULTURAL

Hubungan interpersonal, keluarga, sosial, tradisi keluarga, ritual. Hubungan dengan keluarga baik, pasien mendapat dukungan penuh dari keluarganya, ps di antar dari Tangerang oleh Istrinya. Istri dan beberapa keluarga dekat Ibu dan Adik pasien selalu membesuk pasien pada jam besuk IWB (11.00 dan 17.00). Tidak ada tradisi khusus yang berhubungan dengan masalah kesehatan.

PSIKOSPIRITUAL

- Cemas (ringan, sedang, berat)
Saat setelah operasi dan setelah pasien diantar ke IWB Post Operasi pasien mengatakan tidak merasa cemas karena telah menjalani operasi. Saat ini pasien hanya merasakan kesulitan untuk batuk karena merasakan ketidaknyamanan nyeri pada bekas operasinya jika batuk.
- Gangguan konsep diri, harga diri, gambaran diri, peran, ideal diri
Belum terkaji, ps masih focus dengan kondisi saat ini
- Kepuasan seksualitas
Pasien mengatakan hubungan seksual dengan istrinya tetap dilakukan selama pasien sakit sejak tahun 2012 sampai tahun 2015 sebelum pasien dioperasi, akan tetapi hubungan seksual tersebut dilakukan dengan sangat memperhatikan kemampuannya dalam melakukan hubungan. Ditengah proses pasien melakukan hubungan dengan istrinya, jika pasien merasakan kelelahan dan sesak pada dadanya, hubungan seksual dihentikan sejenak untuk beristirahat mengumpulkan energi kembali kemudian setelah merasakan kekuatannya pulih pasien dan istrinya melanjutkan kembali hubungan seksual.
- Praktek keagamaan/keimanan
Pasien pasrah dengan keadaannya saat ini, pasien hanya berdoa semoga hasil operasinya baik dan bisa cepat pulih kembali. Pasien mengharapkan dirinya cepat pulih lagi dan kembali bekerja untuk menghidupi keluarganya.

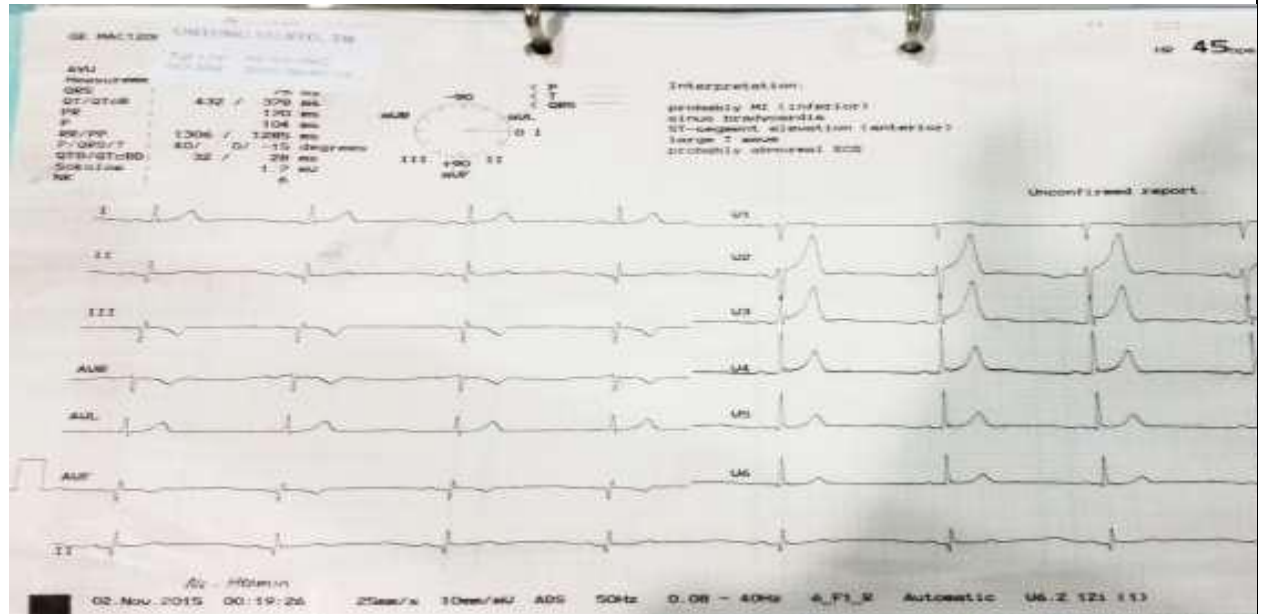
PEMERIKSAAN DIAGNOSTIK

EKG

21 Oktober 2015

SR, Gel. P Normal, Interval PR normal (0,16 detik), QRS (0,12 detik), Gel. Q < 1/3 Gel. R, Segmen ST isoelektris, Gel T inverted,

2 November 2015:



4 November 2015:

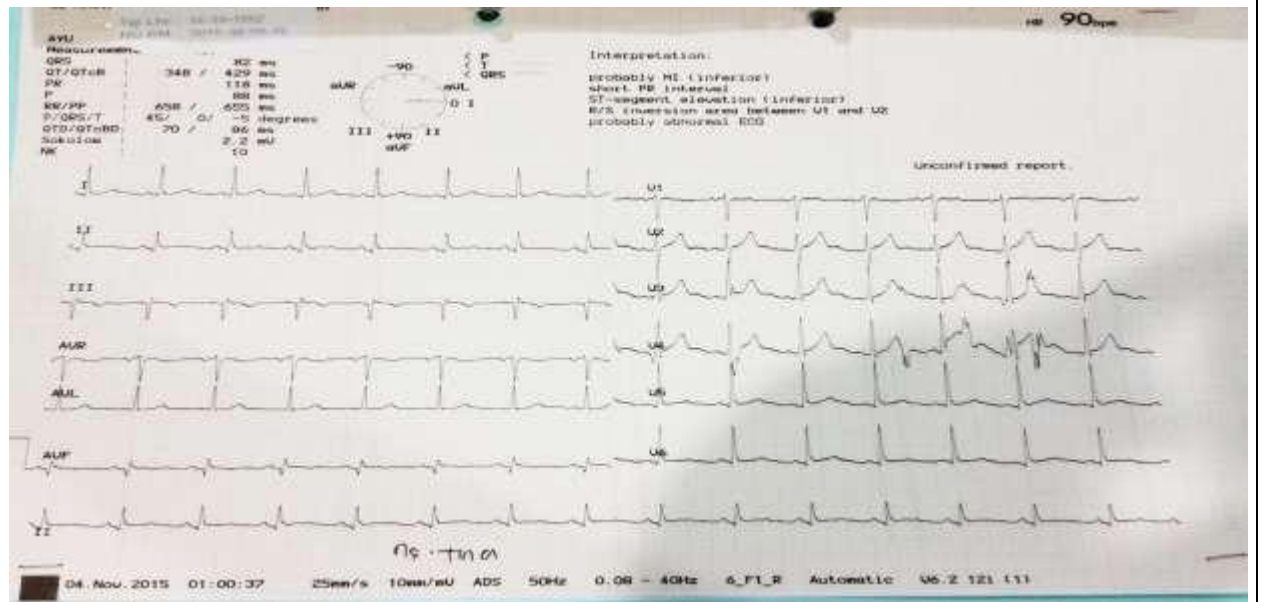
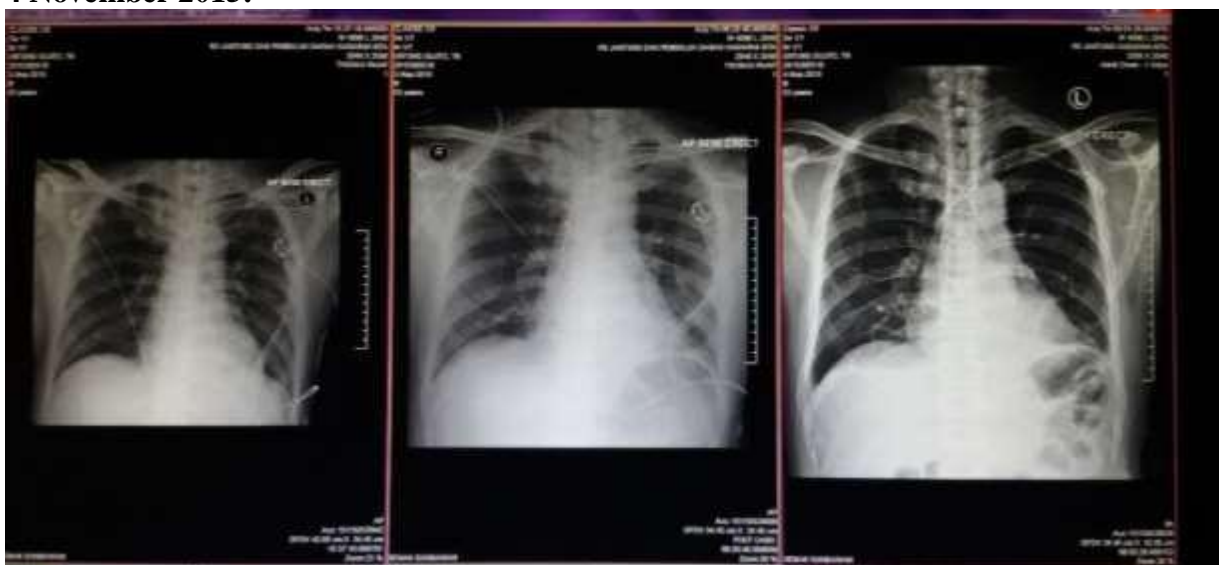


Foto Toraks**4 November 2015:**

Cor : CTR 55%, Apeks tertanam, segmen pulmonal tidak menonjol, mediastinum superior tidak melebar, aorta kalsifikasi

Paru: Hilus tidak dilatasi, Vaskuler paru tidak meningkat, Parenkim paru dalam batas normal, Sinus costofrenikus dan diafragma baik, Tulang dan soft tissue baik. Tampak terpasang CVC dengan ujung distal setinggi korpus vertebra Th8 proyeksi vena cava superior. Tampak terpasang multipel wire proyeksi sternal. Tampak terpasang surgical clip proyeksi jantung.

Kesan: Kardiomegali ec ASHD post CABG, Pulmonal dalam batas normal, CVC dengan ujung distal proyeksi vena cava superior.

2 November 2015:**3 November 2015:****4 November 2015:**

Laboratorium (23 Oktober 2015 dan Bulan November 2015)

PEMERIKSAAN	23	2	3	4	5	6	NILAI NORMAL
Hematologi Rutin							
Hemoglobin	15,6		11,5	10,4			13,7 – 17,5 g/dL
Hematokrit	44,5		33,1	30,9			40,1 – 51,0 %
Eritrosit	5,24		3,86	3,52			4,63 – 6,08 10 ⁶ /ul
MCV	84,9		85,8	87,8			79,0 – 92,2 fL
MCH	29,8		29,8	29,5			25,7 – 32,2 pg
MCHC	35,1		34,7	33,7			32,3 – 36,5 gr/dL
RDW	13,0		13,4	13,6			11,6 – 14,4 %
Leukosit	7,47		16,5 7	21,4 1			4,23 – 9,07 10 ³ /uL
Hitung Jenis							
Basofil	0,4		0,00				0,2 – 1,2 %
Eosinofil	7,0		0,00				0,8 – 7,0 %
Neutrofil Segmen %	71,4		92,5				34,0 – 67,9 %
Limfosit	14,5		3,2				21,8 – 53,1 %

Monosit	6,7		4,3				5,3 – 12,2 %
Hitung Jenis Abs.							
Basofil absolut	0,03		0,00				0,01 – 0,08 10 ³ /uL
Eosinofil Absolut	0,52		0,00				0,04 – 0,54 10 ³ /uL
Neutrofil Batang Absolut	0		0				
Neutrofil Segmen Absolut	5,34		15,33				1,78 – 5,38 10 ³ /uL
Limfosit Absolut	1,08		0,53				1,32 – 3,57 10 ³ /uL
Monosit Absolut	0,50		0,71				0,30 – 0,82 10 ³ /uL
Trombosit	209		150	140			163 – 337 10 ³ /uL
LED	5		14				0 – 15 mm
Gol Darah / Rhesus	B / +						
Prothrombin Time	14,2						11,5 – 15,5 detik
Kontrol	13,5						Detik
INR	1,07						2,00 – 4,80
APTT	31,7						24,0 – 35,0 detik
Kontrol	29,5						Detik
PFA UJI RESPON ASA							
Col / EPI	>30 0						Detik
Col/ADP	137						Detik
Kesan	Penurunan fungsi trombosit bukan karena efek terapi ASA (aspirin & gol())						
Saran	Interpretasi hasil pemeriksaan sesuai klinis pasien dan pemeriksaan (.....)						
Keterangan	Pemeriksaan dilakukan minimal 30 menit setelah loading dose ASA 325 (.....)						
Paket GLB, ALB, TP							
Protein Total	7,0						6,4 – 8,3 g/dL
Albumin	4,4						3,5 – 5,2 g/dL
Globulin	2,6						2,3 – 3,5 g/dL
SGOT (AST)	18						5 – 34 U/L
SGPT (ALT)	19						0 – 55 U/L
CK	130		540				30 – 200 U/L
CKMB	13		39				<25 U/L
Ureum – BUN							
Ureum	17,14		28,83	26,30			17,98 – 54,99 mg/dL
BUN	8,01		13,47	12,29			8,40 – 25,70 mg/dL
Creatinin	0,86		0,96	0,82			0,72 – 1,25 mg/dL
EGFR							
EGFR (MDRD)	93	82	82	99			94 – 126
GD Sewaktu				138			70 – 99 mg/dL
Paket Na, K, Cl							

Natrium	139	135	140	143			136 – 145 mmol/L
Kalium	3,9	4,0	4,3	4,5			3,5 – 5,1 mmol/L
Chlorida	107	103	102	109			98 – 107 mmol/L
Calsium Total				2,20			2,10 – 2,55 mmol/L
Magnesium				2,18			1,60 – 2,60 mg/dL
Analisa Gas Darah							
Hb	16,1	14,5	11,7				13,2 – 17,3 g/dL
Suhu	37,0	37,0	37,0				C
HCT	48,0	44,0	36,0				40,1 – 51,0 %
Nilai Gas Darah							
PH	7,405	7,414	7,360				7,340 – 7,440
PCO2	33,1	31,5	41,7				35,0 – 45,0 mmHg
PO2	93,3	262,3	42,8				69,0 – 116,0 mmHg
Status Asam Basa							
HCO3	20,9	20,3	23,8				22,0 – 26,0 mmol/L
tCO2	21,9	21,3	25,0				23,0 – 27,0 mmol/L
Actual BE (Blood)	-4,00	-2,70	-1,10				(-2,40) – (2,30) mmol/L
Standard BE (ecf)	-2,3	-4,5	-2,0				-2,4 – 2,3 mmol/L
SBC	22,5	22,2	23,1				22,0 – 26,0 mmol/L
Saturation O2	97,6	99,9	74,7				95,0 – 99,0 %
Ca. Ion	1,18	1,19	1,04				1,12 – 1,32 mmol/L
Mg. Ion	0,46	0,44	0,40				0,45 – 0,60 mmol/L
Asam Laktat	0,9	1,1	1,6				< 2,0 mmol/L
Glukosa Darah	92	206	139				70 – 99 mg/dL
HBs Ag	Non Reaktif						Non Reaktif
Anti HCV	0,07 7						0 – 1,000 S/CO

OBAT – OBATAN

Nama	Dosis	Star	Stop	Cara Kerja Obat Obat
Bisoprolol	5 mg 1x PO	1/11/15	3/11/15	Bloker reseptor β_1 adrenergik menurunkan tekanan darah
Simvastatin	10 mg 1x PO	1/11/15	3/11/15	Penurun kolesterol dalam darah (LDL)
Nitrokaf	75 mg 1x PO	1/11/15	3/11/15	Mengandung Giliseril trinitrat Menghambat reseptor angiotensin II
Ranitidine	50 mg 2x IV	2/11/15	4/11/15	Inhibitor Histamin pada reseptor H2 secara kompotitif, serta menghambat sekresi asam lambung

Ondansentron	4 mg 3x IV	2/11/15	3/11/15	Serotonin 5-HT ₃ receptor antagonist
Oxtercid	1,5 gram 3x IV	2/11/15		Mengobati infeksi pre dan post operasi jantung terbuka (CABG)
Apton	100 mg 1x PO	2/11/15		(Pantoprazole) Proton-Pump inhibitors
Simvastatin	20 mg 1x PO	2/11/15		Bloker reseptor β ₁ adrenergik menurunkan tekanan darah
Paracetamol	1000 mg 3x PO	2/11/15		Penurun kolesterol dalam darah (LDL)
Captopril	3,125 mg 3x PO	3/11/15		ACE inhibitor
Cefixim	200 g 2x PO	4/11/15		Antibakteri gram positif
Ranitidine	150 mg 2x PO	4/11/15		Inhibitor Histamin pada reseptor H ₂ secara kompetitif, serta menghambat sekresi asam lambung
Bisoprolol	2,5 mg 1x PO	4/11/15		Bloker reseptor β ₁ adrenergik menurunkan tekanan darah
Obat-obat Ekstra				
Nama	Dosis	Tanggal Pemberian		Cara Kerja
Yall	1 tube 1x Supp	1/11/15		
Yall	1 tube 1x Supp	2/11/15		
MgSO ₄	1 gram 1x	2/11/15 (19.00)		
Ca Gluconas	1 gram 1x	2/11/15 (20.00)		
Ca Gluconas	1 gram 1x	3/11/15		
MgSO ₄	1 gram 1x	3/11/15		
Alprazolame	0,5 gram 1x PO	4/11/15 (00.30)		

Hari / Tanggal : Senin/2-11-15
Diagnosis Medis : CAD 3VD
TB / BB : 167 cm /56,5 kg
Total Cairan : 2000 ml/hari
Diet : 1650 kkal/hari
Perawat/Sift : Syahrul/pagi

CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN PRE OPERASI

Nama : Tn. U
Tanggal Lahir : 16 Oktober 1962
Nomor Rekam Medik : 2015-38-55-18

OBSERVASI	08.00					
Keluhan Pasien	Cemas					
Tekanan Darah (mmHg)	129/72					
MAP (mmHg)	91					
Nadi (kali/menit)	93					
Pernapasan (kali/menit)	20	PASIEN MASUK KAMAR OPERASI				
Suhu	36,3					
Saturasi O2	100					
BAK	Normal					
BAB	Normal					

08.30 (SOAP)

S:
 - Pasien mengatakan cemasnya telah berkurang

O:
 - Pasien tidak gelisah
 - Ketegangan otot tidak ada
 - Ketegangan wajah ringan
 - Mengungkapkan ketakutan tidak ada
 - Mengungkapkan kecemasan tidak ada
 - Pasien konsisten menggunakan teknik relaksasi pernapasan perut untuk mengurangi kecemasan
 - Hemodinamik stabil
 BP: 116 / 69 mmHg

Coaching :
 - Menganjurkan relaksasi nafas dalam dengan teknik pernapasan abdominal ketika perasaan cemas datang
 - Menggambarkan rasional dan manfaat dari, dan tipe relaksasi pernapasan dalam dengan teknik pernapasan perut
 - Mendemonstrasikan dan mempraktekkan teknik relaksasi bersama pasien.
 - Mendorong pasien kembali mendemonstrasikan teknik relaksasi yang telah diajarkan

<p>Comforting :</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Menggunakan pendekatan terapeutik yang menenangkan dan menentramkan pasien - Menjelaskan tentang prosedur pembedahan CABG, termasuk sensasi yang akan dialami pada saat prosedur bedah berlangsung - Memberikan informasi yang fakta tentang diagnosis penyakit pasien, tindakan CABG dan prognosis penyakitnya - Tetap berada di dekat pasien untuk memberikan rasa aman dan mengurangi rasa takut pasien - Memberikan waktu yang tenang kepada pasien - Menciptakan lingkungan ruangan yang tenang, tidak ada keributan, penerangan yang cukup, suhu yang nyama - Mendorong keluarga terdekat pasien untuk tetap berada di dekat pasien 	<p>MAP: 84,7 mmHg HR: 88 x/menit; RR: 16 x/menit</p> <ul style="list-style-type: none"> - SaO2 =: 100%; Akral hangat - Keluhan nyeri dada tidak ada - Nadi kuat angkat4 ekstremitas - Bunyi jantung S1 dan S2 normal tidak ada mur-mur dan gallop - EKG Sinus Ritme <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dx 1; teratasi - Dx 2; risiko tidak terjadi <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pantau hemodinamik - Perawatn post operasi
----------------------------	---	--

Hari / Tanggal : Selasa/3-11-15 Diagnosis Medis: Post CABG TB / BB : 167 cm /56,5 kg Total Cairan : 2000 ml/hari Diet : 1650 kkal/hari Perawat/Sift : Syahrul/pagi	CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN POST OPERASI						Nama : Tn. U Tanggal Lahir : 16 Oktober 1962 Nomor Rekam Medik : 2015-38-55-18
OBSERVASI	08.00	09.00	10.00	11.00	12.00	13.00	14.00 (SOAP)
Keluhan Pasien				Nyeri pada bekas operasi	Nyeri pada bekas operasi	Nyeri pada bekas operasi	S: - Pasien mengatakan: nyeri pada bekas operasi O: - Wajah pasien meringis jika bergerak untuk duduk ataupun batuk - Skala nyeri 5 - Hemodinamik stabil BP: 110/60 mmHg MAP: 76,7 mmHg HR: 86 x/mnt RR: 20 x/mnt Saturasi O2 = 95 % - Luka operasi masih basah - Akral hangat - Nadi di keempat ekstremitas teraba - Hb: 11,5 g/dL - Leukosit 1.657.000/ uL
Tekanan Darah (mmHg)				109/60	110/54	109/54	
MAP (mmHg)				76	93	92	
Nadi (kali/menit)				77	85	84	
Pernapasan (kali/menit)				20	18	22	
Suhu				36,3	36,9	36,7	
Saturasi	PASIEN MASIH BERADA DI ICU			95	95	95	
Skala Nyeri				5	5	5	
Minum					100		
IV line: NaCl 0,9%	Jumlah dari ICU			200	100	100	
ΣTOTAL INTAKE				200	400	500	
Urine Kateter				160		300	
Mengukur haluaran drain							
TOTAL OUTPUT				160		460	
BALANCE CAIRAN						+40	
	- Mengkaji skala nyeri pasien - Mengobservasi hasil laboratorium - Observasi luka operasi (luka operasi masih tertutup perban dari ICU)						A: - Dx 1; belum teratasi - Dx 2; risiko tidak terjadi - Dx 3; risiko tidak terjadi

Coaching :	<ul style="list-style-type: none"> - Mengajarkan dan mempraktekkan pasien melakukan batuk efektif secara perlahan dengan teknik batuk efektif - Melakukan fisioterapi dada , membantu pasien ke posisi duduk - Mengajarkan menggunakan teknik napas dalam dengan abdominal breathing untuk mengurangi nyeri 						P: <ul style="list-style-type: none"> - Pain Management - Pantau hemodinamik - Wound Care
Comforting :	<ul style="list-style-type: none"> - Menggunakan pendekatan terapeutik yang menenangkan dan menentramkan pasien - Menjelaskan kepada pasien ttg kondisinya saat ini 						
Hari / Tanggal : Rabu/4-11-15 Diagnosis Medis : Post CABG TB / BB : 167 cm /56,5 kg Total Cairan : 2000 ml/hari Diet : 1650 kkal/hari Perawat/Sift : Syahrul/pagi	CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN POST OPERASI						Nama : Tn. U Tanggal Lahir : 16 Oktober 1962 Nomor Rekam Medik : 2015-38-55-18
OBSERVASI	08.00	09.00	10.00	11.00	12.00	13.00	14.00 (SOAP)
Keluhan Pasien	Nyeri bekas operasi saat pasien batuk	Nyeri bekas operasi saat pasien batuk	Nyeri bekas operasi saat pasien batuk	Nyeri bekas operasi saat pasien batuk	Nyeri bekas operasi saat pasien batuk	Nyeri bekas operasi saat pasien batuk	S: Pasien mengatakan: nyeri bekas operasi saat pasien batuk, O: <ul style="list-style-type: none"> - Wajah pasien meringis jika bergerak untuk duduk ataupun batuk - Skala nyeri 4 - Hemodinamik stabil
Kesadaran	Komposmentis	Komposmentis	Komposmentis	Komposmentis	Komposmentis	Komposmentis	
Tekanan Darah (mmHg)	120/58	106/55	103/53	110/54	118/64	119/64	
MAP (mmHg)	78,7	72	69,7	72,7	82	82,3	
Nadi (kali/menit)	100	98	91	96	97	88	
Pernapasan (kali/menit)	20	20	16	20	20	20	
Suhu	36,9	37	36,5	35	36	35	
Saturasi	100	100	100	100	95	95	
Skala Nyeri	4	4	4	4	4	4	<ul style="list-style-type: none"> - Luka operasi sudah mulai

EKG	SR	SR	SR	SR	SR	SR
Akral	Hangat	hangat	Hangat	Hangat	hangat	hangat
Minum	200		200		200	200
IV line:						
Dobutamin 250 / 50						
NaCl 0,9%						20
ΣTOTAL INTAKE	200		400		600	820
Drain	Aff Drain 7.00					
Urine	350	AffCha.Urine	480		300	
TOTAL OUTPUT			830		1130	
BALANCE CAIRAN						-310
	<ul style="list-style-type: none"> - Mengkaji skala nyeri pasien - Mengobservasi hasil laboratorium - Bersama Tim perawat melakukan perawatan luka operasi dengan NaCl 0,9 % 					
Coaching :	<ul style="list-style-type: none"> - Mengajarkan dan mempraktekkan pasien melakukan batuk efektif secara perlahan dengan teknik batuk efektif - Melakukan fisioterapi dada , membantu pasien ke posisi duduk - Mengajarkan menggunakan teknik napas dalam dengan abdominal breathing untuk mengurangi nyeri - Bersama Tim Fisioterapi mendampingi pasien untuk berdiri di dekat tempat tidurnya dan berjalan di sekitar ruangan IWB. 					
Comforting :	<ul style="list-style-type: none"> - Menggunakan pendekatan terapeutik yang menenangkan dan menentramkan pasien - Menjelaskan kepada pasien ttg kondisinya saat ini 					

- mengering
 - Akral hangat
 - Nadi di keempat ekstremitas teraba
 - Hb 10,4 g/dL
 - Leukosit 21,41 10³/uL
- A:**
- Dx 1; belum teratasi
 - Dx 2; risiko tidak terjadi
 - Dx 3; risiko tidak terjadi
- P:**
- Pain Management
 - Pantau hemodinamik
 - Wound Care

Hari / Tanggal :Kamis/5-11-15 Diagnosis Medis : Post CABG TB / BB : 167 cm /56,5 kg Total Cairan : 2000 ml/hari Diet : 1650 kkal/hari Perawat/Sift : Syahrul/pagi	CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN POST OPERASI						Nama : Tn. U Tanggal Lahir : 16 Oktober 1962 Nomor Rekam Medik : 2015-38-55-18
OBSERVASI	08.00	09.00	10.00	11.00	12.00	13.00	14.00 (SOAP)
Keluhan Pasien	Nyeri bekas operasi saat pasien batuk	Nyeri bekas operasi saat pasien batuk	Nyeri bekas operasi saat pasien batuk	Nyeri bekas operasi saat pasien batuk	Nyeri bekas operasi saat pasien batuk	Nyeri bekas operasi saat pasien batuk	S: Pasien mengatakan: nyeri bekas operasi saat pasien batuk, Pasien merasa gerah O: - Hemodinamik stabil BP: 118/67 mmHg MAP: 84 mmHg HR: 85 bpm RR: 20 x/mnt - Akral hangat - Nadi di keempat ekstremitas teraba - Hb 9,7 - APTT 37,5 - Skala nyeri 4 - Pasien sudah sering duduk di sisi tempat tidurnya A: - Dx 1; belum teratasi - Dx 2; belum teratasi - Dx 3; belum teratasi - P: - Pantau hemodinamik - Pantau tanda-tanda perdarahan
Tekanan Darah (mmHg)	133/74	122/74	124/66	127/73	100/58	110/74	
MAP (mmHg)	93,7	90	85,3	91	72	90	
Nadi (kali/menit)	85	85	87	88	90	93	
Pernapasan (kali/menit)	18	20	20	18	22	22	
Suhu	35,5	35,3	36,4	36	36	35	
Saturasi	100	100	100	100	100	100	
Skala Nyeri	4	4	4	4	4	4	
EKG	SR	SR	SR	SR	SR	SR	
Akral	hangat	hangat	Hangat	hangat	hangat	hangat	
Minum	150	200		100		200	
IV line:							
Heparin 1000 / 50	20/30						
Humulin 100/50	20/30					stop	
NaCl 0,9%							
∑TOTAL INTAKE	190	390		490		690	
BAK			230				
TOTAL OUTPUT			230			+460	
BALANCE CAIRAN							
Coaching :	- Mengajarkan dan mempraktekkan pasien melakukan batuk efektif secara perlahan - Melakukan fisioterapi dada , membatu pasien ke posisi duduk						
Comforting :	- Menganjurkan relaksasi pernapasan abdominal - Menjelaskan kepada ps ttg kondisinya saat ini						

Hari / Tanggal : Jumát/6-11-15 Diagnosis Medis : Post CABG TB / BB : 167 cm /56,5 kg Total Cairan : 2000 ml/hari Diet : 1650 kkal/hari Perawat/Sift : Syahrul/pagi		CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN POST OPERASI (GP2 Lantai 6)					Nama : Tn. U Tanggal Lahir : 16 Oktober 1962 Nomor Rekam Medik : 2015-38-55-18	
OBSERVASI	08.00	09.00	10.00	11.00	12.00	13.00	14.00 (SOAP)	
Keluhan Pasien	Nyeri bekas operasi saat pasien batuk	Nyeri bekas operasi saat pasien batuk	Nyeri bekas operasi saat pasien batuk	Nyeri bekas operasi saat pasien batuk	Nyeri bekas operasi saat pasien batuk	Nyeri bekas operasi saat pasien batuk	S: Pasien mengatakan: nyeri bekas operasi sudah berkurang O: - Skala nyeri - Hemodinamik stabil BP: 111/56 mmHg MAP: 74,3 mmHg HR: 87 x/mnt RR: 16 x/mnt Saturasi O2 = 97 % - Luka operasi mengering - Akral hangat - Nadi di keempat ekstremitas teraba A: - Dx 1; teratasi sebagian - Dx 2; risiko tidak terjadi - Dx 3; risiko tidak terjadi P: - Pain Management - Pantau hemodinamik - Wound Care	
Tekanan Darah (mmHg)	106/71	107/74	110/66	105/73	109/70	109/74		
MAP (mmHg)	82,7	85	80,7	83,7	83	85,7		
Nadi (kali/menit)	74	78	97	81	77	81		
Pernapasan (kali/menit)	18	20	20	18	22	22		
Suhu	35,5	35,3	36,4	36	36	35		
Saturasi	100	100	100	100	100	100		
Skala Nyeri	2	2	2	2	2	2		
Minum	150	200		200		100		
∑TOTAL INTAKE	150	350		550		650		
BAK	100		250		200			
TOTAL OUTPUT	100		350		550			
BALANCE CAIRAN						+100		
Coaching :	- Bersama Tim Fisioterapi mengajarkan dan mendampingi pasien untuk memulai latihan rehabilitasi, latihan napas dalam, batuk efektif, latihan gerakan leher, latihan gerakan bahu, latihan gerakan tungkai, latihan berjalan di GP Lantai 6 ± 10 meter.							
Comforting :	- Menggunakan pendekatan terapeutik yang menenangkan dan menentramkan pasien - Menjelaskan kepada pasien tentang kondisinya saat ini							

ANALISA DATA

Nama : Tn. U

Umur : 53 Tahun 16 Hari

No RM : 2015-38-55-18

No	Data	Masalah Keperawatan
	PRE-OPERASI	
1.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none">- Pasien dan keluarganya mengatakan merasa cemas dengan tindakan operasi yang akan dijalani pasien. <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none">- Pasien lebih banyak diam sambil berbaring di tempat tidur ruang pre operasi IWB dan didampingi istrinya saat dilakukan pengkajian- Pasien dan keluarganya banyak bertanya tentang kondisi pasien, tahap-tahap operasi, proses perawatan post operasi dan prognosis pasien kedepannya- Pembimbing rohani Islam memberikan sedikit nasehat yang dapat membantu menenangkan pasien dari kecemasannya menjalani operasi.	Ansietas
2.	<p>Faktor risiko</p> <ul style="list-style-type: none">- Riwayat merokok sejak usia dini sebelum SD dan mengkonsumsi makanan tinggi lemak- Pasien memiliki riwayat keluarga penderita penyakit jantung- Akan dilakukan pembedahan jantung: CABG- Kesan angiografi: CAD 3 VD (CTO LAD distal dan RCA mid)- Ejeksi fraksi 74%	Risiko penurunan curah jantung
	POST-OPERASI	

3.	DS : - Pasien mengatakan nyeri pada bekas operasi DO : - Wajah pasien meringis ketika bergerak untuk duduk maupun batuk - Skala nyeri 5	Nyeri akut
4.	DS :- DO : - Ada luka bekas operasi CABG di dada dan tungkai kiri dan kanan pasien. - Luka operasi masih basah	Kerusakan integritas jaringan
5.	Faktor risiko: - Pasien post pembedahan jantung (CABG) CAD 3 Vessel Disease. - Ada luka bekas operasi CABG di dada dan tungkai kiri dan kanan pasien. - Luka operasi masih basah - Pemasangan kateter urin - Leukosit 1.657.000/ uL (tinggi) - Hb: 11,5 g/dL (rendah)	Risiko infeksi

DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Risiko penurunan curah jantung
2. Nyeri akut b.d agens cedera fisik (prosedur bedah)
3. Kerusakan integritas jaringan b.d prosedur bedah
4. Ansietas b.d ancaman pada status saat ini
5. Risiko infeksi

RENCANA KEPERAWATAN

Nama : Tn. U

Umur : 53 Tahun 16 Hari

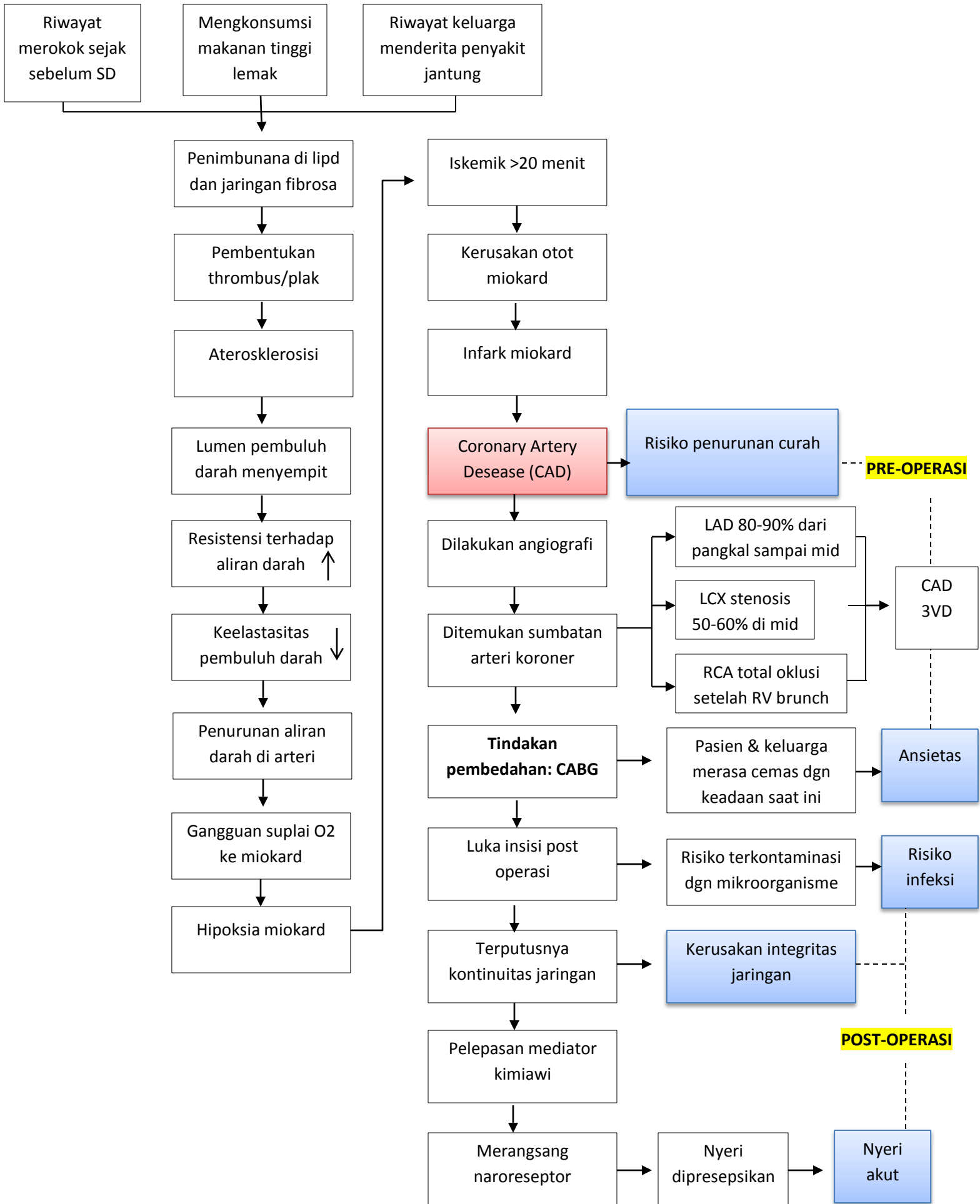
No RM : 2015-38-55-18

	Diagnosa Keperawatan	Outcome	NIC
1.	Risiko penurunan curah jantung	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan risiko perfusi miokard efektif, dengan kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> a. Tanda-tanda vital dalam rentang normal (TD 120/80 mmHg) b. Ejeksi fraksi tidak terganggu c. Edema perifer tidak ada 	Perawatan jantung: Akut <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengawasi adanya perubahan warna kulit 2. Mengawasi adanya perubahan kesadaran 3. Mengukur tanda-tanda vital 4. Memonitor perubahan turgor, membrane mukosa dan <i>capillary refill time</i> 5. Mengobservasi adanya tanda-tanda edema paru: dispnea & ronkhi. 6. Mengkaji kekuatan nadi perifer 7. Mengobservasi balans cairan 8. Mengawasi adanya edema perifer 9. Melakukan perekaman EKG 12 lead 10. Pemberian atau maintenance cairan IV 11. Tindakan kolaborasi berupa: 12. Pemberian oksigen 13. Pemberian analgetik dan aspirin
2.	Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (prosedur bedah)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x 24 jam diharapkan tingkat nyeri berkurang dengan kriteria	Manajemen Nyeri <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif

		<p>hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Skala nyeri menurun 2-3 walaupun pasien bergerak ataupun batuk b. Tidak ada ketegangan otot 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Observasi adanya petunjuk nonverbal ketidaknyamanan 3. Kendalikan faktor lingkungan yang mempengaruhi respon pasien terhadap ketidaknyamanan. 4. Kurangi faktor yang dapat mencetuskan atau meningkatkan nyeri 5. Pilih dan implementasikan tindakan yang beragam (farmakologi atau nonfarmakologi) untuk memfasilitasi penurunan nyeri sesuai kebutuhan. 6. Evaluasi keefektifan tindakan pengontrol nyeri. 7. Penatalaksanaan pemberian analgetik sesuai indikasi.
3.	Kerusakan integritas jaringan b.d prosedur bedah	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, kerusakan integritas jaringan berkurang, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Suhu kulit tidak terganggu b. Sensasi tidak terganggu c. Tekstur/turgor kulit tidak terganggu d. Lesi pada kulit ringan 	<p>Pengecekan kulit:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa kulit terkait adanya kemerahan, kehangatan ektrum, edema 2. Amati warna kulit, kehangatan, bengkak, pulsasi, tekstur, edema dan ulserasi pada ekstremitas 3. Monitor kulit untuk adanya ruam dan lecet 4. Periksa pakaian yang terlalu ketat 5. Monitor warna dan suhu kulit 6. Lakukan langkah-langkah untuk mencegah kerusakan lebih lanjut misalnya melapisi Kasur, menjadwalkan reposisi

			<p>Perawatan Luka:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Angkat balutan dan plester perekat 2. Monitor katarestik luka termasuk drainase, warna, ukuran dan bau 3. Bersihkan dengan normal saline atau pembersih yang tidak beracun dengan tepat 4. berikan rawatan insisi pada luka, jika diperlukan
4.	Ansietas b.d ancaman pada status saat ini	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam , ansietas berkurang, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Rasa takut dan cemas yang disampaikan secara lisan berkurang b. Kegelisahan pasien tampak berkurang c. Wajah tegang tidak tampak d. Klien melaporkan kecemasan yang berkurang 	<p>Pengurangan Kecemasan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 2. Jelaskan semua prosedur termasuk sensasi yang akan dirasakan yang mungkin akan dialami 3. Berada disisi klien untuk meningkatkan rasa aman dan mengurangi ketakutan 4. Dorong keluarga untuk mendampingi dengan cara yang tepat 5. Lakukan usapan punggung, leher dengan cara tepat 6. Dengarkan klien 7. Puji/kuatkan perilaku secara baik 8. Identifikasi pada saat terjadi perubahan tingkat kecemasan 9. Kaji untuk tanda verbal dan non verbal kecemasan

5.	Risiko infeksi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam, diagnosa dapat teratasi dengan kriteria hasil: a. Mengidentifikasi faktor risiko infeksi b. Mengidentifikasi tanda dan gejala infeksi c. Memonitor perubahan status kesehatan	Perlindungan Infeksi 1. Monitor adanya tanda dan gejala infeksi sistemik dan local 2. Tingkatkan asupan nutrisi yang cukup 3. Ajarkan pasien dan keluarga mengenai tanda dan gejala infeksi dan kapan harus melaporkannya 4. Berikan pasien antibiotik yang diresepkan
----	----------------	--	---



**DOKUMENTASI KEPERAWATAN
INTERMEDIATE WARD MEDIKAL (IWM)**

I. PENGKAJIAN

Data demografi	
Nama : Tn. I	Umur : 54 Tahun 2 bln 19 hari
Jenis Kelamin : Laki – laki	Agama : Islam
Pekerjaan : Wirasuasta	Pendidikan : SLTA/Sederajat
Suku/Bangsa : SD	Status Perkawinan : Kawin
Alamat : Jl. Palmerah Utara I No. 22 RT 03 / 016 Palmerah Jakarta Barat 081210112419	Penanggung Biaya : JKN MANDIRI
Tanggal MRS : 22 September 2015	Tanggal Masuk IWM : 24 September 2015
Jam MRS : 10.14	Jam Masuk IWM :
Ruang/Kelas : GP 2 / 3	Tgl Pengkajian : 28 September 2015
Dx. Masuk : Refraktori HF Post ICD tahun 2012, Riwayat STEMI Ant, Post PCI di LAD tahun 2012	No. RM : 2011 – 31 – 03- 99
Tindakan Medis : CRT-P (23/9/2015)	
Riwayat Keperawatan	
<p>Keluhan utama Ketidaknyamanan daerah basal paru kanan , pasien PRO Cardiac Resynchronization Therapy Defibrillator (CRT-D), 23/9/2015 rencana pemasangan CRT-D</p> <p>Riwayat penyakit saat ini Pasien mengeluhkan ketidaknyamanan pada dada sebelah kanannya setelah tindakan medis Cardiac Resynchronisation Therapy-Pacemakers (CRT-P), pada tanggal 23/9/2015 pasien melalui tindakan CRT-P yang diawal direncanakan CRT-D. Pada tanggal 23/9/2015 sebelum tindakan CRT-P pada pagi hari pasien melalui tindakan tapping efusi pleura basal paru dekstra dan didapatkan cairan serohemoragik 1400 cc. Pasien memiliki riwayat STEMI Anterior dan pemasangan PPCI pada LADnya tahun 2011. RCA memiliki oklusi 50 %. Pada tahun 2012 pasien melalui pemasangan Implantable Cardioverter Defibrillator (ICD) karena riwayat VT berulang 10 kali.</p> <p>Riwayat penyakit keluarga: Tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit jantung.</p>	
FISIK	
<p>• Oksigenasi, Kardiovaskuler Jalan nafas paten, nafas spontan dengan O2 spontan, RR: 18 x/mnt, SaO2 100%, sura nafas vesikuer kika. Ada ronkhi dibasal paru kanan S1 dan S2 normal, akral hangat, bibir lembab, nadi perifer teraba, ABP: 96/53 mmHg/ HR: 81 bpm/ T: 36,2 °C.</p>	

- **Nutrisi, cairan & elektrolit**

Intake: 750 / Output: 1300 / BC: - 550 cc/8 jam

TB:174 cm; BB: 60 Kg

Turgor kulit elastis, mukosa bibir lembab,

- **Eliminasi BAK & BAB**

BAB normal BAK normal

Bising Usus baik

- **Integument & Proteksi**

Terdapat luka bekas pekas pemasangan CRT-P, kasa kering,

- **Aktivitas & istirahat**

Pasien berbaring dengan posisi semi fowler dan kadang duduk di tempat tidurnya

- **Endokrin**

Gula darah relative stabil, tidak ada riwayat DM sebelumnya

- **Neurologi**

Kesadaran CM, eks. Motorik baik, pergerakan dibatasi, pupil isokor,

LINGKUNGAN

- **Ventilasi udara**

Ps dirawat diruang IWM, setiap kamar di isi 8 ps.

- **Suasana ruangan**

Suasana ruangan agak bising yang disebabkan oleh bunyi monitor alat – alat yang terpasang pada pasien. Saat ini ps mengatakan tidak mengantuk, tidak begitu terganggu dengan bunyi – bunyi tsb.

- **Pencahayaan**

Pencahayaan cukup, lampu selalu hidup dan terang

- **Suhu**

Suhu kamar diatur dengan AC central,

- **Pemandangan**

Pemandangan terbatas hanya pada kamar rawat saja

- **Fasilitas**

Fasilitas ruangan lengkap.

SOSIOKULTURAL

Hubungan interpersonal, keluarga, sosial, tradisi keluarga, ritual

Hubungan dengan keluarga baik, pasien mendapat dukungan penuh dari keluarganya, ps di antar dari ke RS oleh Istri dan anaknya. Tidak ada tradisi khusus yang berhubungan dengan masalah kesehatan.

PSIKOSPIRITUAL

- Cemas (ringan, sedang, berat)

Sumber kecemasan saat ini adanya rasa ketidaknyamanan pada dada kanan pasien akan tetapi pasien mengatakan turut pada semua instruksi dari semua tenaga kesehatan demi kesembuhannya

- Gangguan konsep diri, harga diri, gambaran diri, peran, ideal diri

Pasien saat dilakukan pengkajian mengatakan bahwa dirinya telah banyak mengetahui prosedur tindakan medis karena telah beberapa kali masuk RS. Pasien merasa bahwa dirinya sudah banyak memiliki pengetahuan berkaitan tentang kondisi penyakitnya. Pasien mengatakan akan tetap mengikuti semua instruksi tenaga kesehatan demi kesembuhannya. Pasien mengharapkan cepat untuk pulih kembali dan dapat pulang untuk melakukan aktifitasnya sehari-hari yakni menjaga toko jualan kebutuhan sehari-hari miliknya. Saat ini banyak peran dalam keluarga diambil alih oleh istri pasien. Istri pasien mengatakan tetap sabar dalam menjaga dan merawat suaminya. Istrinya mengatakan setelah sembuh ia akan melarang suaminya untuk bekerja keras demi kestabilan jantung suaminya.

- Kepuasan seksualitas

Pasien mengatakan karena penyakitnya terjadi ketidak mampuan seksualitas pada dirinya, dimulai setelah pemasangan PPCI pada tahun 2011 dan ICD 2012 serta saat ini pada pemasangan CRT-P

- Praktek keagamaan/keimanan

Pasien pasrah dengan keadaannya saat ini, ps hanya berdoa semoga hasil semua tindakan pada dirinya baik sehingga bisa cepat pulih kembali

PEMERIKSAAN DIAGNOSTIK

EKG

28 September 2015: Pacing Ritme, QRS duration 0,16 sec (melebar), T inverted di Lead V1 V2 V3 V4 V5 V6 dan Lead I dan Lead aVL

FOTO THORAK

25 September 2015: CTR 60%, Apeks downward, Aorta elongasi, tidak dilatasi, Segmen pulmonal bai, vaskularisasi paru tidak meningkat

LABORATORIUM

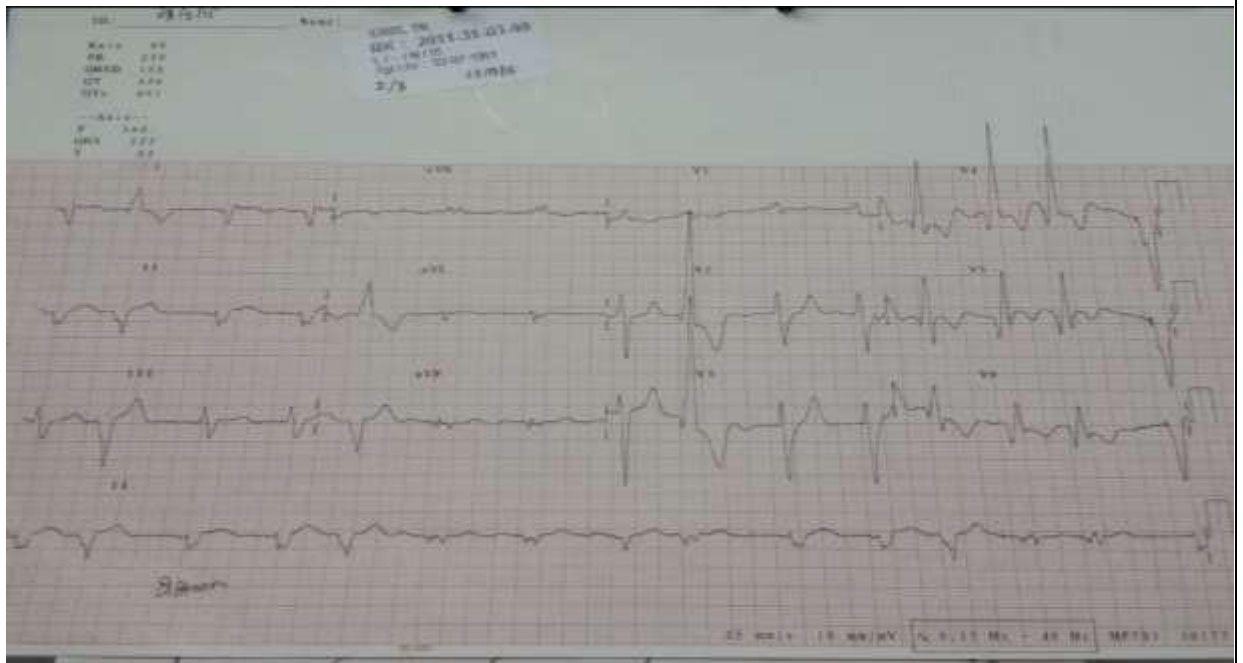
26 September 2015 (jm 06.36):

Elektrolit: K : 4,4 / Na: 136 / Cl: 102 / Ca: 0,98 / Mg: 1,89

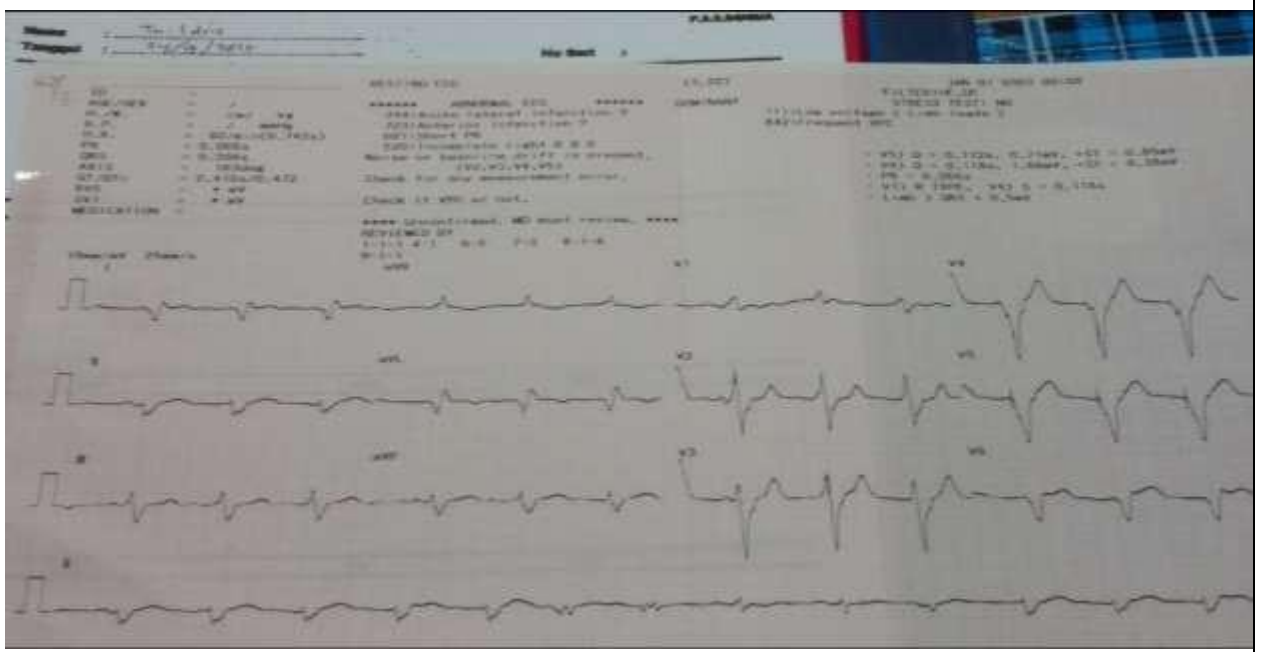
ECHOKARDIOGRAM

6 Juni 2011: **EF 30%**, Fungsi sistolik LV global menurun EF 30%, Akinetik antero septal, apikal, normokinetik basal posterior lateral, segmen lain hipokinetik, MR mild. TR mild, PH moderat. Kontraktilitas RV menurun, Thrombus (-), SEC (+) LV

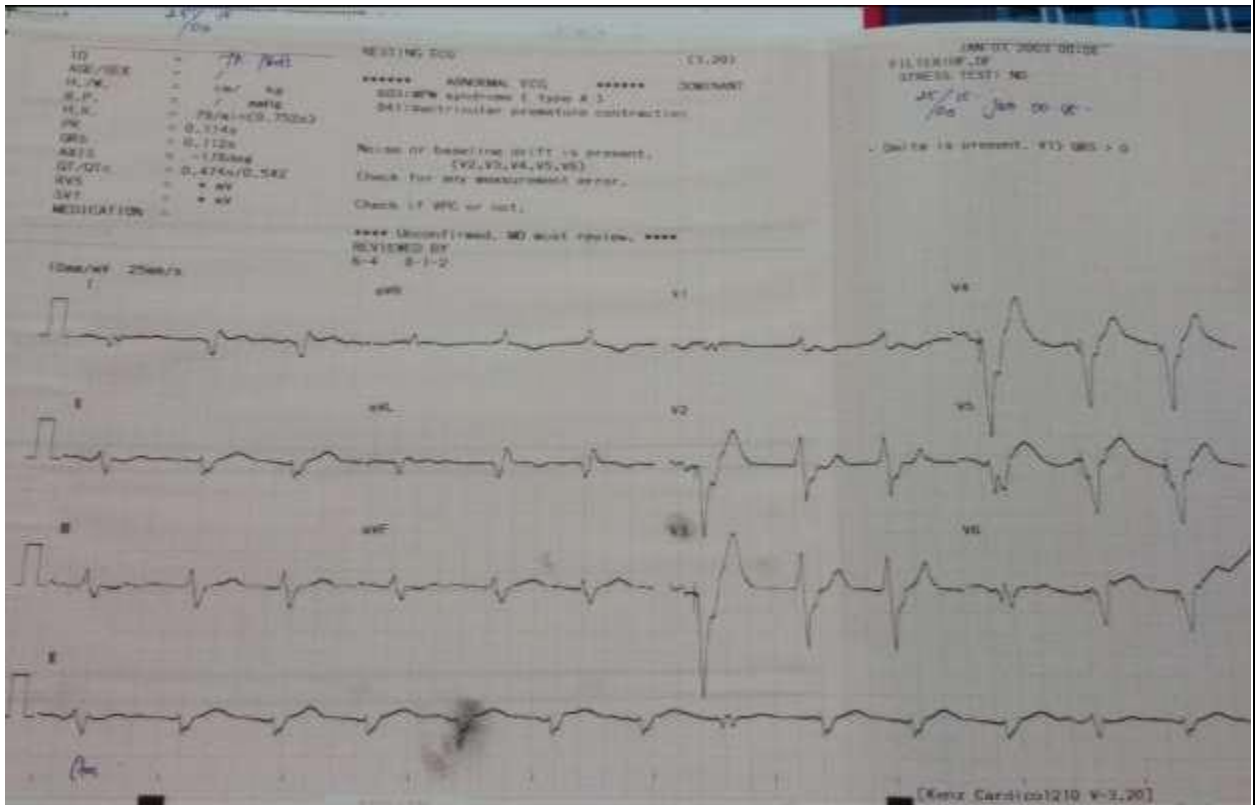
23 September 2015



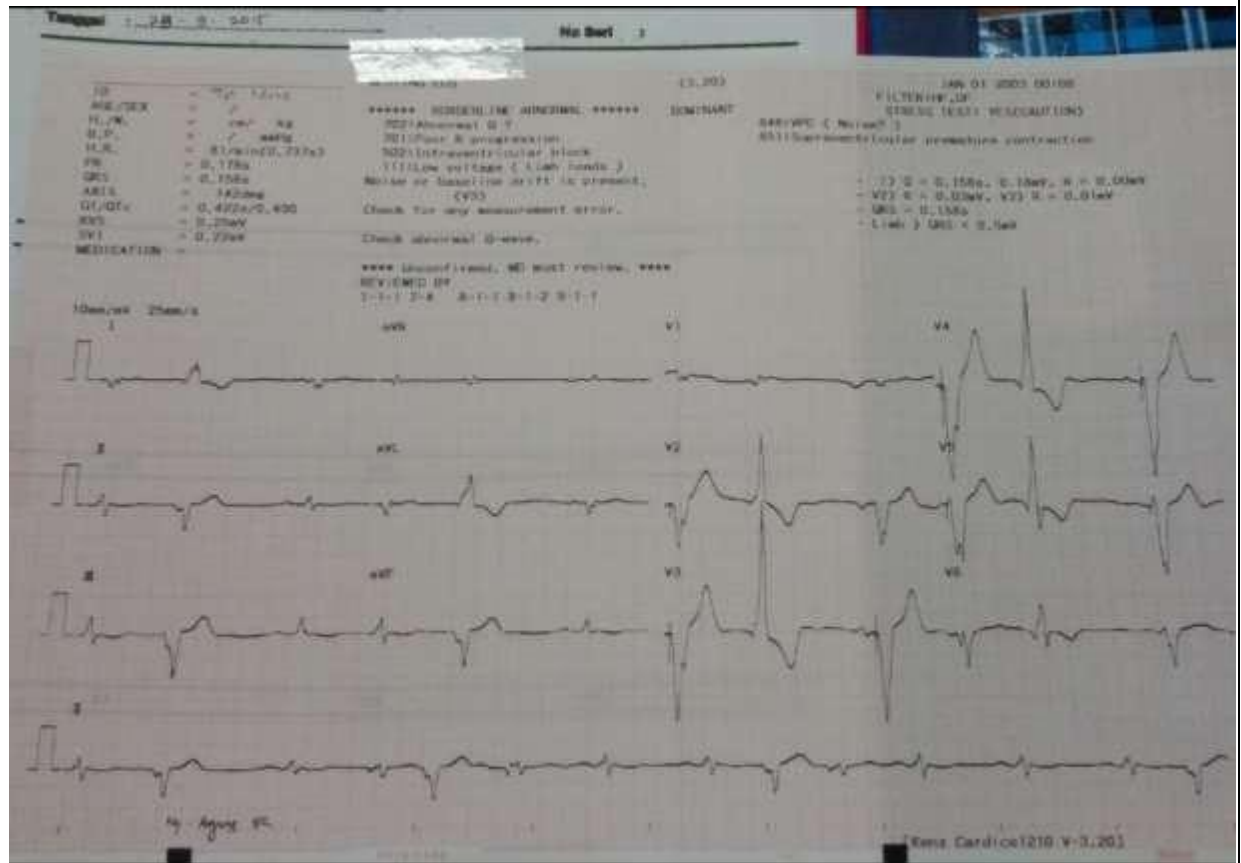
24 September 2015



25 September 2015



28 September 2015



Lead II



Angiografi:

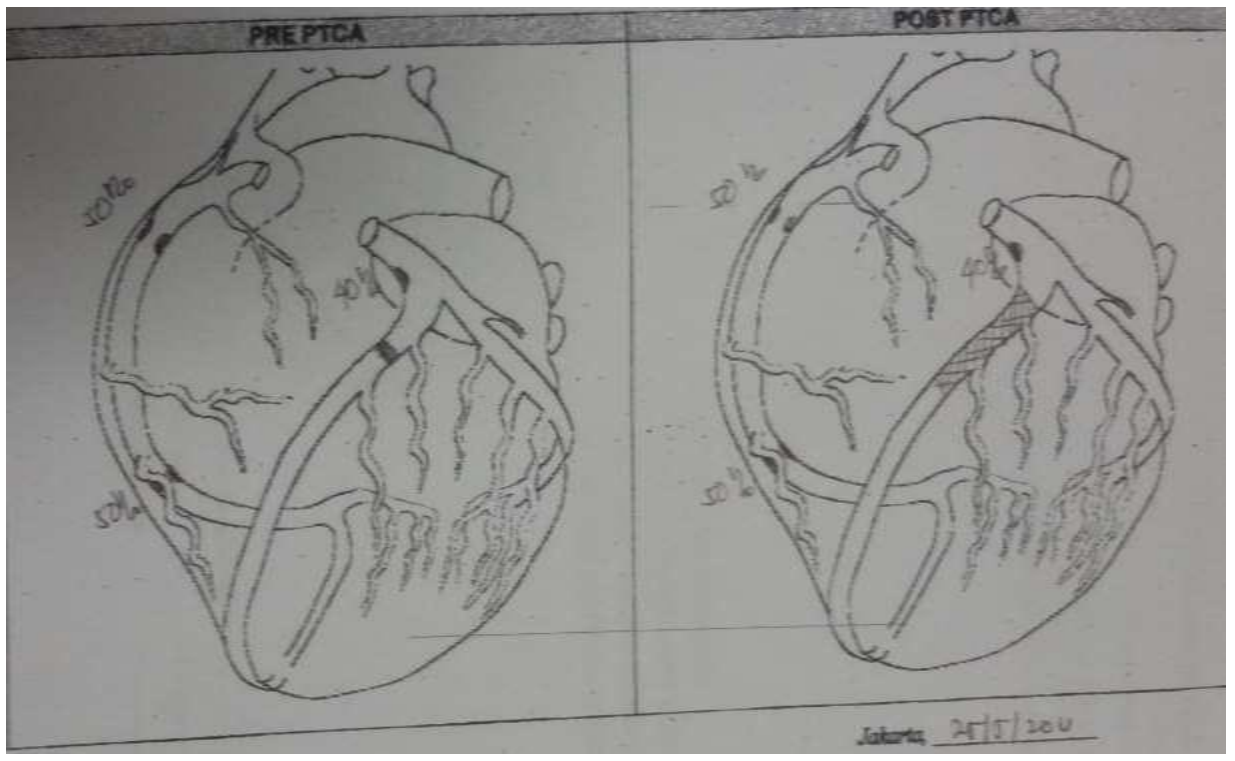
25 Mei 2011:

LM : Stenosis 4% di distal

LAD : Total oklusi proximal

LCx : Normal

RCA : Stenosis 50 % di Proksimal dan Distal



ICD IMPLANTATION REPORT

Nama : Idris, Mr
Umur : 51 yo
Jenis Kelamin : Male
No. Med. Rec. : 2011-31-03-99
No. Tindakan : 0611-XII-02-I-ICD
Tgl. Tindakan : 04-02-2012
Pengirim : Dr.dr Yoga Yuniadi, SpJP(K)
Indikasi : Recurrent VT

PROCEDURE

1. About four centimeters incision of left deltoideo-pectoralis junction area was done after a/antiseptic procedure.
2. Isolation of left cephalica vein which was appropriate size for lead insertion. Active lead was inserted into low septal RV.
3. RV lead measurement showed: output threshold of 1,1 V resistance of 437 Ohm; R wave of 7,3 mV.
4. The lead was connected to ICD generator then inserted to the pocket.
5. Defibrillator treshold was done with shock on T wave and induced VF → succesfully terminated with ICD shock of 10 Joule.
6. After fixation of lead to surrounding muscle and tissue, an appropriate size of pocket was tailored submuscular. Bactesyn 1.5 g was douched.
7. The incised wound was stitched.

CRT-P Implantation Report

Patient Name	Idris, Mr	Age	54 yo	Male
MR No	2011-31-03-99	Date	23-9-2015	
Case No	6178-0915-II-CRT	Insurance	JKN	
Ref.Dokter	Dr.dr. Yoga Yuniadi,SpJP (K)	Clinic/Hospital	PJN Harapan Kita	

Clinical Diagnosis : Refractory HF post ICD (2012), History of STEMI anterior extensive (2012), Post PPCI 1 BMS at LAD in CAD2VD + LM disease, Pleural effusion

PROCEDURE




1. Aseptic and antiseptic on right deltoideo-pectoralis junction.
2. Four centimeter incision of right deltoideo-pectoralis junction area was done after a/antiseptic procedure.
3. Right cephalic vein was punctured. 3 peel-away sheath was inserted via right chepalic vein. LV lead would be placed in the coronary sinus (posterolateral branch), but the access was difficult. It has been tried many times, but failed.
4. RV lead was inserted to RVOT. The measurement of showed: output threshold 0,7 V, current 1,1 mA, R wave was 6,6 mV, and impedance of 610 ohm.
5. RA lead was inserted via right cephalic vein in the RA Appendage. The measurement of showed: output threshold 0.7 V, current 1.8 mA, P wave was 3.8 mV, and impedance of 482 ohm.
6. After fixation of lead to surrounding muscle and tissue, an appropriate size of pocket was tailored, intramuscularly Bactecyn 1,5 g was douched. All leads were then connected to CRT generator. The ECG showed atrial sensing and bi-ventricular pacing.
7. CRT set with DDDR mode and rate 60- 130 bpm.

Suggestion: Epicardial LV lead (surgical)

II. CATATAN PERKEMBANGAN

Tgl/Jam	Dx Kep	Implementasi	Evaluasi
28/9/15 08.00		<p>Teknikal :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengukur dan mengobservasi hemodinamik, gambaran EKG, skala nyeri, : 08.00: BP: 96/60 mmHg; HR: 80 bpm; MAP: 72 mmHg; RR: 18 x/mnt; SaO2: 100 %; Kesadaran: CM; EKG: PR (pacing Rate); Jumlah dan tipe O2: spontan; Skala Nyeri: 0/10; Pulsasi ekstremitas: +/+ ; Kehangatan: +/+ (akral hangat); 09.00: BP: 78/54 mmHg; HR: 80 bpm; MAP: 62 mmHg; RR: 20 x/mnt; SaO2: 100 %; Kesadaran: CM; EKG: PR (pacing Rate); Jumlah dan tipe O2: spontan; Skala Nyeri: 0/10; Pulsasi ekstremitas: +/+ ; Kehangatan: +/+ (akral hangat); 10.00: BP: 83/58 mmHg; HR: 86 bpm; MAP: 66,3 mmHg; RR: 18 x/mnt; SaO2: 100 %; Kesadaran: CM; EKG: PR (pacing Rate); Jumlah dan tipe O2: spontan; Skala Nyeri: 0/10; Pulsasi ekstremitas: +/+ ; Kehangatan: +/+ (akral hangat); 11.00: BP: 81/53 mmHg; HR: 62 bpm; MAP: 62,3 mmHg; RR: 18 x/mnt; SaO2: 100 %; Kesadaran: CM; EKG: PR (pacing Rate); Jumlah dan tipe O2: spontan; Skala Nyeri: 0/10; Pulsasi ekstremitas: +/+ ; Kehangatan: +/+ (akral hangat); 12.00: BP: 93/58 mmHg; HR: 90 bpm; MAP: 69,7 mmHg; RR: 18 x/mnt; SaO2: 100 %; Kesadaran: CM; EKG: PR (pacing Rate); Jumlah dan tipe O2: spontan; Skala Nyeri: 0/10; Pulsasi ekstremitas: +/+ ; Kehangatan: +/+ (akral hangat); 13.00: BP: 90/61 mmHg; HR: 86 bpm; MAP: 70,7 mmHg; RR: 18 x/mnt; SaO2: 100 %; Kesadaran: CM; EKG: PR (pacing Rate); Jumlah dan tipe O2: spontan; Skala Nyeri: 0/10; Pulsasi ekstremitas: +/+ ; Kehangatan: +/+ (akral hangat); 	<p>14.00</p> <p>S: Ps mengatakan: Tangan dan dada kanannya post CRT-P masih terasa pegal Terasa tidak nyaman di dada sebelah kanannya</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemodinamik stabil - BP: 90/61 mmHg; - HR: 86 bpm; - MAP: 70,7 mmHg; - RR: 18 x/mnt; - SaO2: 100 %; - Kesadaran: CM; - EKG: PR (pacing Rate) on beat; - Jumlah dan tipe O2: spontan; - Skala Nyeri: 0/10; - Pulsasi ekstremitas: +/+ ; - Kehangatan: +/+ (akral hangat); - Produksi urine 60 – 90 cc/jam <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dx 1: Faktor resiko tidak terjadi - Dx 2: teratasi sebagian <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observasi hemodinamik - cek kembali elektrolit - kolaborasi jika terdapat temuan yang tidak baik, - terapi lain lanjutkan - rencana reprogram CRT-P di dada kanan konfirmasi poli aritmia - rencana tapping pleura kanan, konfirmasi dokter paru - sedang kultur cairan pleura tanggal 23/9/2015 - sedang cek sitologi tanggal 23/9/2015 - laporkan hasil sitologi
09.30		- Memantau ps minum teh manis 150 cc	
10.00		- Mengauskultasi paru anterior posterior ronkhi positif	
10.10		- Perkusi paru hasil redup pada basal paru dekstra	
10.20		- Mengobservasi hasil foto toraks 22/9/2015: efusi pleura basal dekstra, hasil foto toraks 25/9/2015 setelah tapping pleura 23/9/2015 (1400 cc transudat) : efusi pleura basal dekstra.	

11.00		- Mengukur haluaran urine: produksi urine 0,5 – 1 cc/KgBB/jam ; 800 cc	
11.15		- Memantau ps minum air putih 200 cc	
13.00		- Memantau ps makan dan minum dengan jumlah cairan 200 cc	
13.45		- Mengukur haluaran urine: produksi urine 0,5 – 1 cc/KgBB/jam ; 500 cc	
		- Mengukur balance cairan: Intake: 750 cc ; Output: 1300 ; BC: -550cc/8 jam	
		Coaching :	
		- Mengajarkan relaksasi nafas dalam	
		Comforting :	
		- Menjelaskan kepada ps ttg kondisinya saat ini	
		- Touching	
		- Empati dalam menghadapi ps	
29/9/15		Diiperkan dinas malam: hemodinamik stabil, kesadaran CM, lanjutkan perawatan	14.00
08.00		- Mengkaji kondisi ps: keadaan umum baik	S: Ps mengatakan: Batuk setelah tapping efusi pleura
		- Mengukur dan mengobservasi hemodinamik, gambaran EKG, skala nyeri, BP:	O:
		08.00: BP: 95/61 mmHg; HR: 82 bpm; MAP: 72,3 mmHg; RR: 20 x/mnt; SaO2: 95 %; Kesadaran: CM; EKG: PR (pacing Rate); Jumlah dan tipe O2: spontan; Skala Nyeri: 0/10; Pulsasi ekstremitas: +/+ ; Kehangatan: +/+ (akral hangat);	- Kesadaran CM
		09.00: BP: 88/64 mmHg; HR: 78 bpm; MAP: 72 mmHg; RR: 16 x/mnt; SaO2: 97 %; Kesadaran: CM; EKG: PR (pacing Rate); Jumlah dan tipe O2: spontan; Skala Nyeri: 0/10; Pulsasi ekstremitas: +/+ ; Kehangatan: +/+ (akral hangat);	- Hemodinamik stabil
		10.00: BP: 85/60 mmHg; HR: 83 bpm; MAP: 68,3 mmHg; RR: 20 x/mnt; SaO2: 99 %; Kesadaran: CM; EKG: PR (pacing Rate); Jumlah dan tipe O2: spontan; Skala Nyeri: 0/10; Pulsasi ekstremitas: +/+ ; Kehangatan: +/+ (akral hangat);	- BP: 89/60 mmHg;
		11.00: BP: 82/54 mmHg; HR: 66 bpm; MAP: 63,3 mmHg; RR: 16 x/mnt; SaO2: 96 %; Kesadaran: CM; EKG: PR (pacing Rate); Jumlah dan tipe O2: spontan; Skala Nyeri: 0/10; Pulsasi ekstremitas: +/+ ; Kehangatan: +/+ (akral hangat);	- HR: 87 bpm;
		12.00: BP: 94/57 mmHg; HR: 88 bpm; MAP: 69,3 mmHg; RR: 18 x/mnt; SaO2: 95	- MAP: 69,7 mmHg;
			- RR: 18 x/mnt;
			- SaO2: 100 %;
			- Kesadaran: CM;
			- EKG: PR (pacing Rate) on beat;
			- Jumlah dan tipe O2: spontan;
			- Skala Nyeri: 0/10;
			- Pulsasi ekstremitas: +/+ ;
			- Kehangatan: +/+ (akral hangat);
			- Produksi urine 60 – 90 cc/jam
			A:
			- Dx 1: Faktor resiko tidak terjadi
			- Dx 2: teratasi sebagian
			P:
			- Observasi hemodinamik
			- cek kembali elektrolit
			- kolaborasi jika terdapat temuan yang tidak baik,
			- terapi lain lanjutkan

		<p>%; Kesadaran: CM; EKG: PR (pacing Rate); Jumlah dan tipe O2: spontan; Skala Nyeri: 0/10; Pulsasi ekstremitas: ++ ; Kehangatan: ++ (akral hangat);</p> <p>13.00: BP: 95/60 mmHg; HR: 89 bpm; MAP: 71,7 mmHg; RR: 20 x/mnt; SaO2: 97 %; Kesadaran: CM; EKG: PR (pacing Rate); Jumlah dan tipe O2: spontan; Skala Nyeri: 0/10; Pulsasi ekstremitas: ++ ; Kehangatan: ++ (akral hangat);</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memantau ps minum teh manis 150 cc - Mengauskultasi paru anterior posterior ronkhi positif - Perkusi paru hasil redup pada basal paru dekstra - Memantau hasil laboratorium Sitologi cairan pleura serohemoragik / transudat 23/9/2015: inprogres - Mengobservasi hasil foto toraks 22/9/2015: efusi pleura basal dekstra, hasil foto toraks 25/9/2015 setelah tapping pleura 23/9/2015 (1400 cc transudat) : efusi pleura basal dekstra. - Mengukur haluaran urine: produksi urine 0,5 – 1 cc/KgBB/jam ; 300 cc - Mempersiapkan instrumen dan obat-obatan pelaksanaan tapping cairan pleura - Penatalaksanaan tapping cairan pleura Pre tekanan darah 88/52 mmHg, HR; 78 kali/menit, Echo Efusi pleura 6,8 cm 	<ul style="list-style-type: none"> - rencana pindah GP 2 - sedang kultur cairan pleura tanggal 29/9/2015 - sedang cek sitologi tanggal 29/9/2015 - laporkan hasil sitologi
09.30			
09.40			
09.50			
10.00			
10.10			
10.20			
10.30			
10.40			
11.00		<p>- Dikeluarkan cairan pleura serohemoragik 1400 cc, tidak ada masalah saat pengeluaran cairan pleura.</p>	
		  	

11.05		- Tekanan darah post tapping efusi pleura 74/51 mmHg, HR 80 bpm, Echo: 3,8 cm.	
11.20		- Memantau ps minum air putih 200 cc	
11.30		- Memantau ps makan dan minum dengan jumlah cairan 200 cc	
		- Mengukur haluaran urine: produksi urine 0,5 – 1 cc/KgBB/jam ; 200 cc	
13.30		- Mengukur balance cairan: Intake: 550 cc ; Output: 500 ; BC: +50cc/8 jam	
13.58		- Menganalisa hasil laboratorium: HB: 11,6 g/dL; Hematokrit 34,4%; Eritrosit 3,57 10 ⁶ /uL; MCV 96,4 fl (N:79,0-92,2), MCH 32,5 pg (N: 25,7-32,3); RDW 14,7 % (N: 11,6 – 14,4); Leukosit 4,16 10 ³ /uL	
		Coaching :	
		- Mengajarkan relaksasi nafas dalam	
		Comforting :	
		- Menjelaskan kepada ps ttg kondisinya saat ini	
		- Touching	
		- Empati dalam menghadapi ps	
30/9/15		Dioperkan dinas malam: keluhan pasien sementara tidak ada	14.00
08.00		- Mengkaji kondisi ps: keadaan umum baik	S: Ps mengatakan: Belum ada keluhan ketidaknyamanan
		- Mengukur dan mengobservasi hemodinamik, gambaran EKG, skala nyeri, BP:	O:
		08.00: BP: 90/62 mmHg; HR: 82 bpm; MAP: 71,3 mmHg; RR: 20 x/mnt; SaO ₂ : 98 %; Kesadaran: CM; EKG: PR (pacing Rate); Jumlah dan tipe O ₂ : spontan; Skala Nyeri: 0/10; Pulsasi ekstremitas: +/+ ; Kehangatan: +/+ (akral hangat);	- Kesadaran CM
		09.00: BP: 87/65 mmHg; HR: 80 bpm; MAP: 72,3 mmHg; RR: 18 x/mnt; SaO ₂ : 100 %; Kesadaran: CM; EKG: PR (pacing Rate); Jumlah dan tipe O ₂ : spontan; Skala Nyeri: 0/10; Pulsasi ekstremitas: +/+ ; Kehangatan: +/+ (akral hangat);	- Hemodinamik stabil
		10.00: BP: 83/59 mmHg; HR: 85 bpm; MAP: 67 mmHg; RR: 19 x/mnt; SaO ₂ : 95 %; Kesadaran: CM; EKG: PR (pacing Rate); Jumlah dan tipe O ₂ : spontan; Skala Nyeri: 0/10; Pulsasi ekstremitas: +/+ ; Kehangatan: +/+ (akral hangat);	- BP: 99/70 mmHg;
		11.00: BP: 88/59 mmHg; HR: 68 bpm; MAP: 68,7 mmHg; RR: 20 x/mnt; SaO ₂ : 97 %; Kesadaran: CM; EKG: PR (pacing Rate); Jumlah dan tipe O ₂ : spontan; Skala Nyeri: 0/10; Pulsasi ekstremitas: +/+ ; Kehangatan:	- HR: 87 bpm;
			- MAP: 79,7 mmHg;
			- RR: 20 x/mnt;
			- SaO ₂ : 100 %;
			- Kesadaran: CM;
			- EKG: PR (pacing Rate) on beat;
			- Jumlah dan tipe O ₂ : spontan;
			- Skala Nyeri: 0/10;
			- Pulsasi ekstremitas: +/+ ;
			- Kehangatan: +/+ (akral hangat);
			- Produksi urine 60 – 90 cc/jam
			A:
			- Dx 1: Faktor resiko tidak terjadi
			- Dx 2: teratasi sebagian
			P:
			- Observasi hemodinamik cek kembali elektrolit

		<p>+/+ (akral hangat); 12.00: BP: 95/58 mmHg; HR: 87 bpm; MAP: 70,3 mmHg; RR: 18 x/mnt; SaO₂: 93 %; Kesadaran: CM; EKG: PR (pacing Rate); Jumlah dan tipe O₂: spontan; Skala Nyeri: 0/10; Pulsasi ekstremitas: +/+ ; Kehangatan: +/+ (akral hangat); 13.00: BP: 98/62 mmHg; HR: 90 bpm; MAP: 74 mmHg; RR: 20 x/mnt; SaO₂: 97 %; Kesadaran: CM; EKG: PR (pacing Rate); Jumlah dan tipe O₂: spontan; Skala Nyeri: 0/10; Pulsasi ekstremitas: +/+ ; Kehangatan: +/+ (akral hangat);</p>	<ul style="list-style-type: none"> - kolaborasi jika terdapat temuan yang tidak baik, - terapi lain lanjutkan - rencana pindah GP 2 - sedang kultur cairan pleura tanggal 29/9/2015 - sedang cek sitologi tanggal 29/9/2015 - laporkan hasil sitologi - Rencana pindah GP
09.30	-	Memantau ps minum teh manis 200 cc	
10.00	-	Mengauskultasi paru anterior posterior ronkhi negatif	
10.15	-	Perkusi paru hasil sonor pada basal paru dekstra	
10.30	-	Memantau hasil laboratorium Sitologi cairan pleura serohemoragik / transudat 23/9/2015: inprogres dan 29/9/2015 inprogres	
10.40	-	Mengobservasi hasil foto toraks 22/9/2015: efusi pleura basal dekstra, hasil foto toraks 25/9/2015 setelah tapping pleura 23/9/2015 (1400 cc transudat) : efusi pleura basal dekstra, 29/9/2015 hasil foto toraks 29/9/2015	
10.55	-	Mengukur haluaran urine: produksi urine 0,5 – 1 cc/KgBB/jam ; 400 cc	
10.59	-	Memantau ps minum air putih 200 cc	
11.00	-	Memantau ps makan dan minum dengan jumlah cairan 300 cc	
11.10	-	Mengukur haluaran urine: produksi urine 0,5 – 1 cc/KgBB/jam ; 600 cc	
13.30	-	Mengukur balance cairan: Intake: 700 cc ; Output: 1000 ; BC: -300cc/8 jam	
13.40	-	Menganalisa hasil laboratorium: HB: 11,6 g/dL; Hematokrit 34,4%; Eritrosit 3,57 10 ⁶ /uL; MCV 96,4 fl (N:79,0-92,2), MCH 32,5 pg (N: 25,7-32,3); RDW 14,7 % (N: 11,6 – 14,4); Leukosit 4,16 10 ³ /uL	
		Coaching :	
	-	Mengajarkan relaksasi nafas dalam	
		Comforting :	
	-	Menjelaskan kepada ps ttg kondisinya saat ini	
	-	Touching	
	-	Empati dalam menghadapi ps	

B. ANALISA DATA

ANALISA DATA	MASALAH KEPERAWATAN
<p>DS: -</p> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Auskultasi terdengar ronkhi dibasal paru kanan2. Intake: 750, output: 1300, balance cairan -550cc/8jam3. Perkusi paru hasil redup pada basal paru dekstra4. Hasil foto toraks (22 sept 2015): Efusi pleura dekstra	Gangguan pertukaran gas
<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Pasien memiliki riwayat STEMI anterior dan pemasangan PPCI pada LADnya tahun 2012, RCA memiliki oklusi 50%2. Pada tahun 2012 pasien memiliki riwayat pemasangan Implantable Cardioverter Defibrilator (ICD) karena VT berulang 10 kali <p>DO:</p> <p>Perubahan frekuensi/irama jantung</p> <ol style="list-style-type: none">1. Hasil EKG (28 sept 2015): Pacing Ritme, QRS duration 0,16 sec (melebar), T inverted pada lead V1 V2 V3 V4 V5 V6 dan Lead 1 dan lead aVL (septal, anterior, low lateral, high lateral, inferior) <p>Perubahan afterload</p> <ol style="list-style-type: none">2. TD: 96/53 mmHg <p>Perubahan kontraktilitas</p> <ol style="list-style-type: none">3. Hasil foto toraks (25 sept 2015): CRT 60%, Apeks downward, Aorta elongasi,4. Hasil Echo (6 juni 2011): EF 30%, Fungsi sistolik LV global menurun EF 30%, Akinetik antero	Penurunan curah jantung

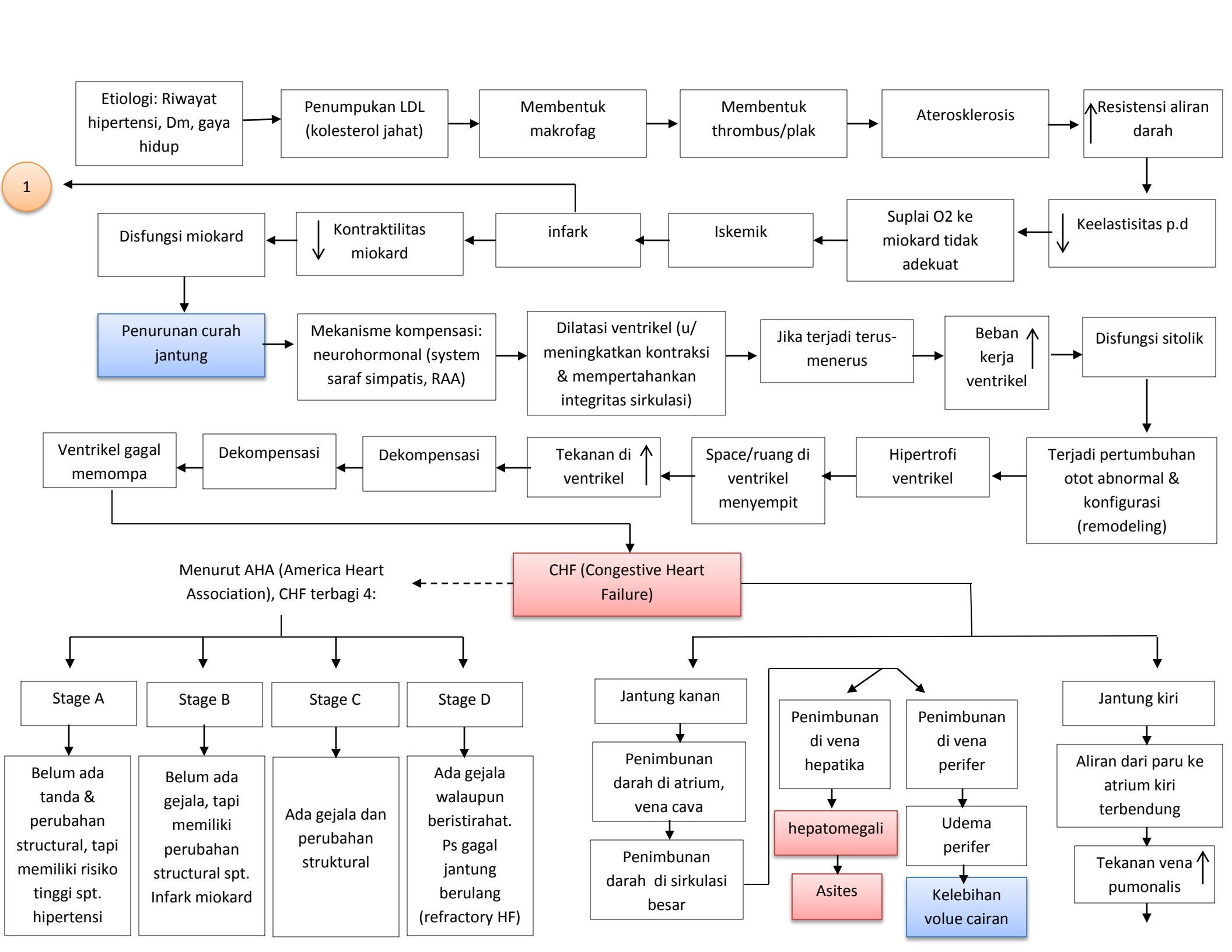
<p>septal, apikal, normokinetik basal posterior lateral, segmen lain hipokinetik, MR mild. TR mild, PH moderat, Kontraktilitas RV menurun, Thrombus (-), SEC (+) LV</p> <p>5. Hasil angiografi (25 mei 2011): LM : Stenosis 4% di distal LAD : Total oklusi proximal LCx : Normal RCA : Stenosis 50 % di Proksimal dan Distal</p>	
<p>DS:</p> <p>Merasa tidak nyaman</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengeluh ketidaknyamanan pada tangan dan dada sebelah kanan setelah tindakan medis Cardiac Resynchronisation Teraphy-Pacemakers (CRT-P) masih terasa pegal <p>Berkeluh kesah</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Pasien mengatakan sumber kecemasan pasien saat ini adanya rasa ketidaknyamanan pada dada pasien akan pasien mengatakan turut pada semua instruksi dari semua tenaga kesehatan demi kesembuhannya <p>DO:</p> <p>Ketidakmampuan untuk relaks</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien berbaring dengan posisi semi fowler dan kadang duduk di tempat tidurnya 	<p>Hambatan rasa nyaman</p>

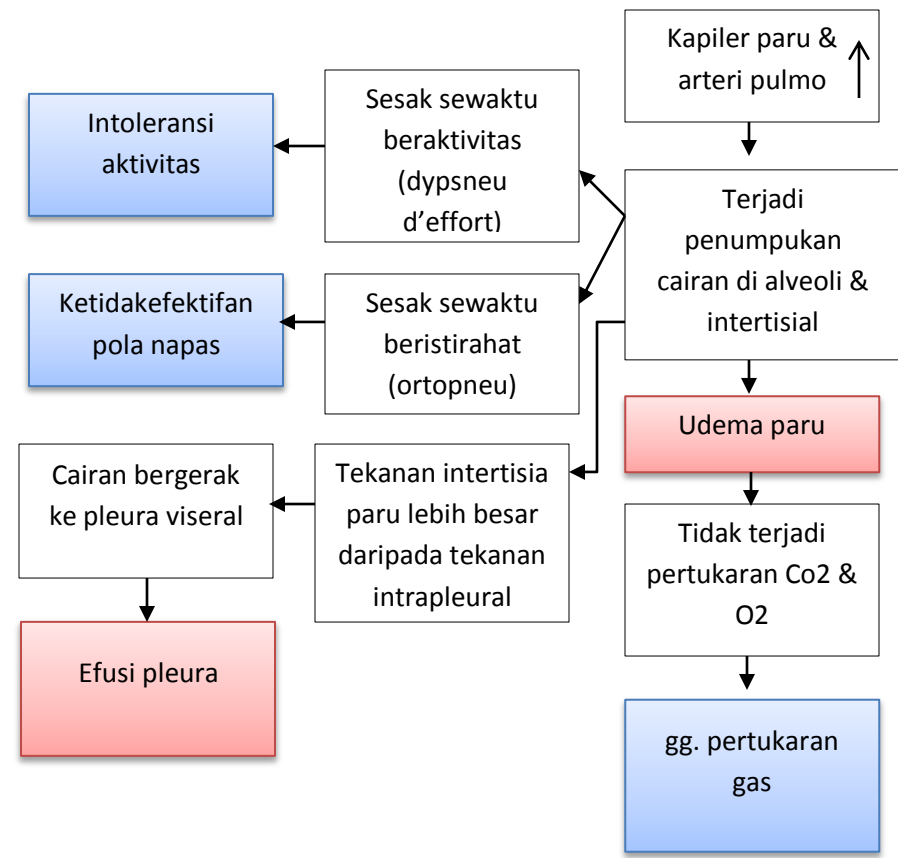
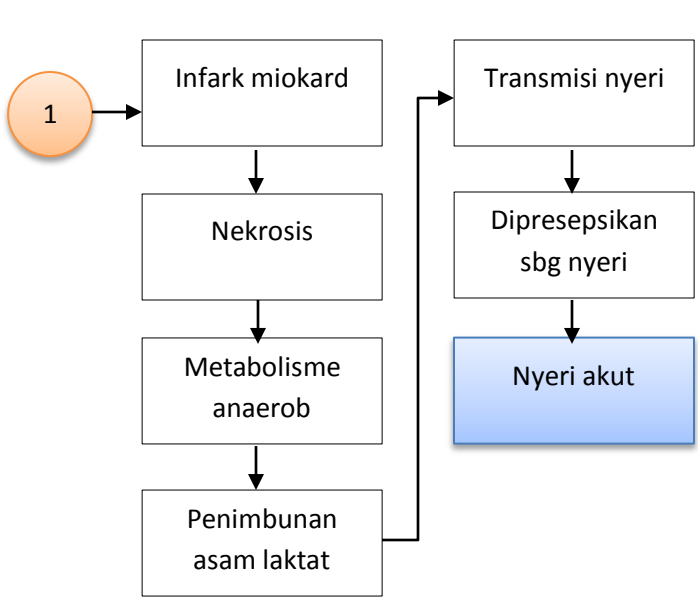
C. DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi-perfusi
2. Penurunan curah jantung b.d perubahan kontraktilitas
3. Hambatan rasa nyaman b.d program pengobatan

No.	DIAGNOSIS KEPERAWATAN	LUARAN KEPERAWATAN	INTERVENSI KEPERAWATAN
1.	<p>Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi-perfusi</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan status pernafasan: pertukaran gas tidak terganggu dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> Keseimbangan ventilasi dan perfusi Bunyi ronchi berkurang Tidak terdengar bunyi redup 	<p>Manajemen Asam Basa</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Monitor pola pernapasan (frekuensi, irama, kedalaman dan pola) Monitor tanda dan gejala kelebihan asam karbonat dan asidosis respiratorik Mengobservasi hasil foto toraks 22/9/2015: efusi pleura basal dekstra, hasil foto toraks 25/9/2015 setelah tapping pleura 23/9/2015 (1400 cc transudat): efusi pleura basal dekstra. <p>Terapiutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> Pemberian obat sesuai dosis <ul style="list-style-type: none"> Lasix (20 mg 1x PO) <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengedukasi pasien dalam hal intake dan output cairan Mengedukasi kepada pasien relaksasi nafas dalam Mengedukasi kepada ps ttg kondisinya saat ini <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Kolaborasi pemberian tapping pleura kanan
2.	<p>Penurunan curah jantung b.d kontraktilitas</p>	<p>Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tanda vital dalam batas yang dapat diterima dan bebas gejala gagal jantung.</p> <p>Kriteria Hasil:</p>	<p>Cardiac Care</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Catat adanya disritmia jantung Monitor status kardiovaskuler Monitor status pernafasan yang menandakan gagal jantung Monitor adanya perubahan tekanan darah Monitor adanya takipneu dan

		<p>a. Tanda vital dalam rentang normal (tekanan darah)</p> <p>b. EF dan CTR dalam keadaan normal</p>	<p>ortopneu</p> <p>Terapeutik:</p> <p>6. Pemberian obat sesuai dengan dosis</p> <ul style="list-style-type: none"> - ISDN Isosorbide dinitrate (5mg 2x PO) - Aspilet (80 mg 1x PO) - V-Block (6-25 mg 2x PO) - Lisinopril (10 mg 1x PO) - Aldactone (25 mg 1x PO) - KSR (3x PO) <p>Edukasi:</p> <p>6. Berikan edukasi terkait posisi nyaman, istirahat untuk menghindari kelelahan</p> <p>Kolaborasi:</p> <p>7. Kolaborasikan pemasangan EKG 12 lead</p>
3.	Hambatan rasa nyaman b.d program pengobatan	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan rasa nyaman berkurang dengan kriteria hasil:</p> <p>a. Tidak ada keluhan rasa tidak nyaman</p>	<p>Teknik menenangkan:</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan sikap yang tenang dan hati-hati 2. Pertahankan kontak mata 3. Kurangi stimulasi yang menciptakan perasaan takut ataupun cemas 4. Berada di sisi pasien <p>Edukasi:</p> <p>5. Intruksikan untuk menggunakan metode mengurangi kecemasan (missal teknik napas dalam, distraksi atau mendengarkan music lembut)</p>





JOURNAL READING

Judul penelitian: **Benson's Relaxation for Fatigue Patient With Coronary Artery Disease**

(Relaksasi Benson untuk Pasien Kelelahan Dengan Jantung Koroner)

Penulis: Mulyanti Roberto Muliantino, Tuti Herawati. Masfur

Jurnal: Indonesian Journal of Nursing Science

Tahun: 2020

Volume: 2

Issue: 1

1. Latar belakang

Ada empat gejala utama pada penderita CAD, salah satunya adalah kelelahan. Kelelahan adalah perasaan tidak enak karena ketidakmampuan untuk melakukan upaya fisik atau intelektual yang mengakibatkan perubahan kinerja dan kualitas hidup. Itu dikeluhkan selama masa pemulihan setelah kejadian jantung dan selama rehabilitasi jantung fase 2. Sekitar 72% pasien CAD mengalami kelelahan dalam aktivitas sehari-hari.

Kebanyakan penelitian telah difokuskan pada faktor asosiasi yang berhubungan dengan kelelahan pada pasien CAD. Namun hanya studi terbatas yang difokuskan pada intervensi keperawatan untuk mengurangi kelelahan. Salah satu terapi modalitas adalah teknik relaksasi. Relaksasi Benson merupakan pengembangan respon relaksasi dengan memasukkan unsur-unsur kepercayaan diri yang mempengaruhi respon penurunan aktivitas saraf simpatis dan peningkatan aktivitas saraf parasimpatis, penurunan detak jantung, tekanan darah dan konsumsi oksigen. Metode relaksasi juga merangsang sekresi endorfin yang membuat tubuh menjadi rileks. Selama relaksasi, tubuh akan seimbang dan otot-otot akan rileks. Aktivasi saraf parasimpatis mengurangi vasokonstriksi dan resistensi perifer, lebih banyak darah mengalir ke otak, otot dan kulit. Sebagian besar studi tentang efek Relaksasi Benson untuk mengurangi rasa sakit, kecemasan, tekanan darah dan kadar glukosa darah pada pasien dengan penyakit kronis

2. Tujuan penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi efek Relaksasi Benson pada kelelahan pada pasien CAD.

3. Metode penelitian

Penelitian ini adalah eksperimen semu dengan desain pretest post-test. Studi ini membandingkan dua kelompok pasien CAD selama rehabilitasi jantung, kelompok intervensi yang menerima Relaksasi Benson dan kelompok kontrol yang hanya menerima perawatan rutin. Setting penelitian di RSUD Dr.M.Djamil Padang selama April-Mei 2017. Besar sampel adalah 29 (15 pada kelompok eksperimen dan 14 pada kelompok kontrol). Teknik pengambilan sampel adalah metode pengambilan sampel yang mudah. Kriteria inklusi adalah:

1. Pasien
2. Terdiagnosis penyakit jantung koroner, angina pectoris stabil dan tidak stabil, pasien pasca infark miokard dengan Intervensi Koroner Perkutan (PCI), Coronary Artery Bypass Graft (CABG), Corangiografi, trombolitik atau dalam pengobatan medis.
3. Sedang menjalani rehabilitasi jantung fase 2.
4. Pasien dengan skor *New York Heart Association* (NYHA) Klasifikasi Fungsional I dan II.
5. Bersedia menjadi responden dan menandatangani informed consent.

Intervensi relaksasi Benson diberikan selama 5 hari 2 kali sehari, masing-masing 20 menit pada kelompok intervensi. Perekrutan sampel diadakan di rumah sakit, dan intervensi relaksasi Benson dilakukan di rumah pasien. Ini mengharuskan pasien untuk duduk atau tidur dalam posisi yang nyaman, menutup mata dan mengendurkan semua otot mereka, bernapas melalui simpul mereka, dan fokus pada pikiran, mengucapkan kata "sehat" dengan tenang kepada diri mereka sendiri ketika nafas keluar. Setelah 20 menit, pasien diminta membuka mata. Kelompok kontrol mendapat perawatan rutin dari rumah sakit. Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner karakteristik responden, Depression Anxiety and Stress Scale (DASS) untuk depresi, uji reliabilitas 0,91 untuk item depresi, 0,84 untuk item kecemasan, 0,90-0,48 untuk item stres dan uji validitas -0,68. Maastricht Questionnaire (MQ) digunakan untuk kelelahan dan reliabilitas $\alpha = 0,912$.

4. Hasil penelitian

1. Berdasarkan hasil studi tersebut teridentifikasi beberapa poin karakteristik partisipan. Usia merupakan salah satu faktor risiko penyakit jantung koroner. Rata-rata usia dalam penelitian ini adalah 52,55 tahun, dan laki-laki 65,5%.

2. Hasil uji Paired t-test menunjukkan selisih rata-rata kelelahan sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok kontrol adalah 1,57 (SD: 3,25, nilai $p = 0,094$) (nilai $p < 0,05$). Hal yang berbeda ditemukan pada pasien penyakit jantung koroner yang dilakukan intervensi relaksasi Benson selama 5 hari (2 kali sehari selama 20 menit), rerata perbedaan kelelahan sebelum dan sesudah relaksasi Benson adalah 10,27 (SD: 4,891) dan nilai $p < 0,001$ (p nilai $< 0,05$). Hal ini menunjukkan penurunan kelelahan yang signifikan pada pasien penyakit jantung koroner yang menjalani rehabilitasi jantung fase II dan relaksasi Benson. Ada perbedaan rata-rata kelelahan yang signifikan antara kelompok relaksasi Benson dan kelompok kontrol. Ini menunjukkan efek relaksasi Benson untuk mengurangi kelelahan pada pasien CAD selama rehabilitasi jantung.

5. Diskusi penelitian

Aksis hipotalamus-hipofisis-adrenal (HPA) adalah suatu kompleks yang terdiri dari kelenjar hipotalamus, hipofisis dan adrenal yang bertanggung jawab dalam respon stres dengan mengatur sekresi kortisol dan stimulasi saraf otonom. Selain itu sistem hipotalamus-hipofisis-adrenal (HPA) juga berperan dalam pemeliharaan tubuh, mood dan emosi, penyimpanan dan manajemen energi. HPA menurunkan ketidakaturan sekresi endorfin produksi kortisol. Sekresi kortikotropin akan ditingkatkan oleh hipotalamus, dan akhirnya menurunkan imunitas dan kelelahan. Gangguan neuroendokrin, peningkatan aktivitas saraf simpatis, dan sistem Renin-Angiotensin- Aldosteron akan meningkatkan vasokonstriksi dan resistensi perifer, yang mengakibatkan peningkatan tekanan darah dan denyut nadi. Ini mempengaruhi suplai darah (oksigen dan nutrisi) dan terkait dengan gangguan metabolisme oksidatif otot perifer yang mengakibatkan kelelahan

Relaksasi Benson bekerja melalui mekanisme antagonis dari reaksi fight/flight yang melibatkan sistem saraf otonom (simpatis dan parasimpatis). Selama respon relaksasi terjadi penurunan aktivitas saraf simpatis dan peningkatan aktivitas saraf parasimpatis sehingga terjadi penurunan denyut jantung, tekanan darah dan konsumsi oksigen. Selain itu peningkatan aktivitas saraf parasimpatis akan mengakibatkan vasodilatasi dan penurunan resistensi perifer. Jadi, selama relaksasi meningkatkan aliran darah ke otak, otot dan kulit.

6. Kesimpulan penelitian

Penelitian ini menunjukkan bahwa relaksasi Benson dapat digunakan sebagai salah satu intervensi keperawatan dan terapi modalitas untuk kelelahan pada pasien penyakit jantung koroner.

7. Implikasi penelitian

Adanya sumber penelitian ini, kita sebagai mahasiswa dan calon perawat mengedukasi atau menganjurkan intervensi relaksasi benson pada pasien CAD, untuk meningkatkan kualitas hidup pasien setelah menjalani rehabilitas.