

KELOMPOK 1 (ASKEP DI RUANG ICU)

Case Description

Pasien bernama Ny. D (perempuan) berusia 44 tahun beralamat di Sumbermanjing Wetan - Kabupaten Malang dengan nomor rekam medis 395xxx masuk ruang ICU RSUD Kanjuruhan pada tanggal 20 Juli 2022 dengan diagnosa Acute Lung Oedema (edema paru akut) dan Acute Decompensated Heart Failure (ADHF). Keluarga mengatakan pasien tanggal 19/07/2022 pukul 21.00 WIB merasa dada ampek dan sesak. Saat di IGD tanggal 20/07/2022 pukul 03.00 WIB kondisi sesak, gelisah dan keringat dingin.

Pada saat pengkajian tanggal 20/07/2022 pada pukul 14.00 WIB pasien mengeluh sesak, batuk kering dan keringat dingin. Namun saat pertama masuk ruang ICU pasien mengalami penurunan kesadaran dan saat ini terpasang ventilator mekanik. Pemeriksaan tanda – tanda vital didapatkan hasil TD 123/80 mmHg, Nadi 101x/menit, RR 28x/menit, Suhu 36.8°C, SpO2 96% dengan ventilator, MAP 94.3 mmHg, dan PP 43 mmHg.

Pada pemeriksaan sistem pernapasan didapatkan hasil pergerakan dada simetris, tidak ada penggunaan otot bantu napas, auskultasi suara napas terdengar ronchi lemah di lapang paru dextra, ada reflek batuk, pasien terpasang ventilator mekanik dengan mode NIV dengan PS 12, Peep 8, FiO2 100%, RR 28x/menit dan Spo2 96%. Pada pemeriksaan sistem kardiovaskular didapatkan hasil TD 123/80 mmHg, Nadi 101x/menit, Suhu 36.8°C, MAP 94.3 mmHg, dan PP 43 mmHg. Pemeriksaan suara jantung S1, S2 tunggal dengan irama jantung irregular. CRT < 3 detik, JVP normal, tidak ada edema dan terpasang CVC pada tanggal 20-07-2022 jam 11.00. Pada pemeriksaan sistem persyarafan didapatkan GCS pasien E:4 V:4 M:6, reaksi pupil terhadap cahaya sebelah kanan dan kiri (+), mata cekung dan diameter pupil isookor. Pada pemeriksaan sistem perkemihan didapatkan pasien terpasang *external catheter* saat hari pertama dengan jumlah urine ± 2000 cc/6 jam atau 285 cc/jam dan berwarna kuning. Pasien tidak mengalami gangguan BAK. Pada pemeriksaan sistem bowel, didapatkan mukosa bibir lembab, lidah tampak bersih, tidak ada nyeri telan, tidak ada distensi abdomen, peristaltik usus normal 12x/menit, tidak ada mual muntah, tidak ada hematemesis, tidak ada melena, tidak terpasang NGT dan tidak diare/konstipasi. Pada pemeriksaan sistem musculoskeletal didapatkan turgor pasien baik, tidak ada pendarahan eksternal, tidak ada ikterus, akral lembab, pergerakan sendi bebas, tidak ada fraktur dan tidak ada luka terbuka.

Pada tanggal 20 Juli 2022 dilakukan pemeriksaan darah lengkap didapatkan peningkatan hematokrit 42.4% dan peningkatan lekosit 12.770 sel/cmm. Pada pemeriksaan kimia darah didapatkan peningkatan gula darah puasa 111 mg/dl dan penurunan albumin 3.12 g/dL. Pada pemeriksaan Analisa Gas Darah didapatkan penurunan pH 7.06, peningkatan PCO2 78.0 mmHg, penurunan PO2 23.0 mmHg, penurunan SO2 35.0 % dan penurunan Base Excess -10.2 mmHg. Pada pemeriksaan radiologi foto rontgen thorax pada tanggal 20 Juli 2022 disimpulkan cardiomegali (pembesaran jantung) bentuk, ukuran membesar dengan CTR 74%, batas jantung dextra bergeser, batas jantung sinistra hampir mencapai ujung hemithorax sinistra dengan gambaran erlenmeyer shape dan edema pulmonum (edema paru). Pada pemeriksaan elektrokardiogram pada tanggal 20 Juli 2022 disimpulkan sinus takikardia (denyut jantung lebih dari normal) dan kemungkinan hipertrofi (peningkatan volume organ) pada ventrikel kanan.

Terapi dan tindakan:

Infus : NS 0,9% 500 cc/24j

Syring pump:

- NTG 15 mcg/j
- Furosemid 10 mg/j
- Nabic 50 mg/ 12 j

Terapi Injeksi:

- Lanzoprazole 2x30 mg
- Digoxin 0.25 mg
- Vicilin 3x1
- Moxifloxacin 1x400mg

Terapi farmako oral:

- Noticil 0-0-2mg
- NAC 3x200 mg

KELOMPOK 2 (ASKEP DI RUANG IGD)

Case Description

Ny.T berusia 54 tahun datang ke IGD RSUD UMM pada tanggal 7 November 2021 pukul 15.40 WIB. Ny.T sudah menikah dengan pekerjaan wiraswasta. Ny.T datang ke IGD bersama kedua anak dan suaminya. Hasil pengkajian pada primary survey dilakukan saat awal kedatangan Ny.T ke IGD RSUD UMM pada pukul 15.40 didapatkan hasil *general Impression*: Keluarga Ny.T mengatakan, Ny.T mengeluh nyeri kepala bagian belakang mulai dari bulan September. Nyeri seperti ditekan-tekan dan sulit untuk tidur. Sejak satu minggu yang lalu, Ny.T sudah untuk berbicara (pelo). Hari ini, saat pagi hari sebelum ke IGD, Ny.T mengeluh badan terasa lemah dan muntah-muntah sebanyak 2 kali. Keluarga mengatakan muntah dalam jumlah yang banyak. Saat di IGD, orientasi lingkungan Ny.T tidak baik dikarenakan terjadi penurunan kesadaran (somnia), sering bergumam dan melakukan gerakan yang tidak terkendali seperti melepas selang infus dan selang nasal kanul. Pengkajian pada airway: *airway*: jalan napas Ny.T paten; *breathing*: gerakan dada simetris, irama napas normal dan teratur serta tidak terdapat retraksi dinding dada; *circulation*: nadi teraba, regular dan kuat dengan tekanan darah 140/90 mmHg, MAP 106 mmHg, PP 50 mmHg, tidak ada sianosis dan CRT < 2 detik; *disability*: GCS 2-4-5, *exposure*: Bibir Ny.T kering, turgor kulit cukup menurun dan akral dingin. Tidak terdapat deformitas, contusio, abrasi, penetrasi, luka bakar, laserasi dan edema (awal kedatangan di IGD)

Pengkajian pada *Secondary Survey saat anamnesa*: Ny.T penurunan kesadaran (koma). Keluarga mengatakan penyebabnya kemungkinan karena nyeri kepala bagian belakang dan seharusnya hari ini melakukan CT-Scan di RS X Malang namun kondisi Ny.T semakin menurun sehingga langsung dibawa ke IGD. Tidak mempunyai alergi makanan, minuman dan obat-obatan. Terapi obat yang dikonsumsi ibu profen dan obat hipertensi namun keluarga lupa nama obatnya. Terakhir makan dan minum pagi tadi sebelum terjadi penurunan kesadaran. Tanda-tanda vital Ny.T setelah dilakukan resusitasi yaitu tekanan darah 60/40 mmHg, nadi 113x/menit. RR 20x/menit dengan bantuan BVM 15 l/menit dengan frekuensi 12-20x/menit, SpO2 97% dengan bantuan BVM dan suhu 36.6°C. Pemeriksaan Fisik (Temuan Data Abnormal): aArea dada, tidak terdapat pergerakan dinding dada setelah terjadi apnea di jam 17.35.

Pemeriksaan Diagnostik; rontgen: Cor membesar, pulmo cephalisasi (+), kedua sinus normal. Kesimpulan: Cardiomegali dengan congestive Pulmonum. CT scan kepala non kontras tampak gambaran hypoden menyerupai massa pada lobus parietal sinistra dengan vol 8 cc, sistem ventrikel lateralis sinistra terdesak ke extra, tampak deviasi midline struktur 6.6 mm ke dekstra, cisterna, sulcus dan gyrus tampak normal, white matter dan gray matter batas tak jelas, pons dan cerebellum tampak normal, tak tampak kalsifikasi abnormal, tulang-tulang tak tampak kelainan. Kesimpulan: suspect cerebral tumor pada lobus parietal Sinistra. Saran: CT-Scan kepala dengan kontras. EKG: Borderline EKG. Sinus ritme dengan nadi 70x/menit. ST depresi junctional tidak spesifik.

Pada saat dirawat di IGD RSUD UMM, pukul 16.20 Ny.T mendapatkan terapi NS 14 tpm, injeksi Citicolin 250 mg, injeksi Getidin 50 mg dan injeksi Ondansetron 4 mg. Pada pukul 17,20, Ny.T mendapatkan terapi injeksi Piracetam 3 gr dan injeksi Citicolin 250 mg. Adanya penurunan tekanan darah, Ny.T mendapatkan terapi syringe pump NorEpineprin 0.05 mg pada pukul 18.15. Setelah kurang lebih satu jam apnea dan tidak menunjukkan pergerakan dinding dada, maka Ny.T dilakukan pemasangan intubasi pada pukul 19.30 dengan premedikasi injeksi propofol 30 mg, injeksi Friloz 3 gr, injeksi Wuferin 3 mg dan injeksi Rafanyl 100 mg. Diagnosa medis: tumor otak