



**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. "E" DENGAN *ACUTE  
CORONARY SYNDROME (ACS)* DI RUANG ICU/ICCU  
RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR**

**OLEH:**

**MARDIANA (NS21149011086)**

**MARIA RESKY LOPAK (NS21149011090)**

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN  
NERS SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
STELLA MARIS MAKASSAR**

**2022**



**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. "E" DENGAN *ACUTE  
CORONARY SYNDROME (ACS)* DI RUANG ICU/ICCU  
RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR**

**OLEH:**

**MARDIANA (NS21149011086)**

**MARIA RESKY LOPAK (NS21149011090)**

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN  
NERS SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
STELLA MARIS MAKASSAR**

**2022**

## **PERNYATAAN ORISINALITAS**

Yang bertanda tangan dibawah ini nama :

1. Mardiana (NS21149011086)
2. Maria Resky Lopak (NS21149011090)

Menyatakan dengan sungguh bahwa Karya Ilmiah Akhir ini hasil karya sendiri dan bukan duplikasi ataupun plagiasi (jiplakan) dari hasil Karya Ilmiah orang lain.

Demikian surat pernyataan ini yang kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 5 Juli 2022

Yang menyatakan,

Mardiana

Maria Resky Lopak

## HALAMAN PERSETUJUAN

### KARYA ILMIAH AKHIR

Karya Ilmiah Akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Ny. R dengan *Acute Coronary syndrome* (ACS) di Ruang Intensive Care Unit Rumah Sakit Stella Maris Makassar" telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh:

1. Mardiana (NS2114901086)
2. Maria Resky Lopak (NS2114901090)

Disetujui oleh

Pembimbing I



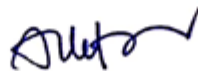
(Yunita Carolina Satti, Ns., M.Kep)  
NIDN: 0904078805

Pembimbing II



(Rosmina Situngkir, Ns., M.Kes.)  
NIDN: 0925117501

Menyetujui,  
Wakil Ketua Bidang Akademik  
STIK Stella Maris Makassar



(Fransiska Anita, Ns., M.Kep.Sp.KMB)  
NIDN. 0913098201

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh:

Nama : 1. Mardiana (NIM: NS2114901086)  
2. Maria Resky Lopak (NIM: NS2114901090)  
Program studi : Profesi Ners  
Judul KIA : Asuhan Keperawatan pada Tn.E dengan  
Acute Coronary Syndrome (ACS) di Ruang  
ICU/ICCU Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji.

## DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing 1 : Yunita Carolina Satti, Ns., M.Kep (  )  
Pembimbing 2 : Rosmina Situngkir, Ns., M.Kes (  )  
Penguji 1 : Siprianus Abdu, S.Si.,Ns.,M.Kes (  )  
Penguji 2 : Kristia Novia, Ns., M.Kep (  )

Ditetapkan di : STIK Stella Maris Makassar

Tanggal : 14 Juli 2022

Mengetahui,

Ketua STIK Stella Maris Makassar

  
  
Siprianus Abdu, S.Si., S.Kep., M.Kes  
NIDN: 0928027101

## **PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI**

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Mardiana (NS21149011086)

Maria Resky Lopak (NS21149011090)

Menyatakan menyetujui dan memberikan kewenangan kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar untuk menyimpan, mengalih informasi/formatkan, merawat dan mempublikasikan karya ilmiah akhir ini untuk kepentingan ilmu pengetahuan.

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 5 Juli 2022

Yang menyatakan

Mardiana

Maria Resky Lopak

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan pada Tuhan Yang Maha Esa, yang telah melimpahkan rahmat dan berkat serta penyertaan-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya ilmiah akhir ini dengan judul **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN “E” DENGAN ACCUTE CORONARY SYNDROME DI RUANG ICU RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR”**.

Penulisan karya ilmiah akhir ini dimaksudkan untuk memenuhi salah satu tugas akhir bagi kelulusan mahasiswa/mahasiswi STIK Stella Maris Makassar Program Profesi Ners dan persyaratan untuk memperoleh gelar Ners di STIK Stella Maris Makassar.

Dalam menyelesaikan karya ilmiah akhir ini penulis mendapat banyak dukungan baik moril, materil maupun spiritual dari berbagai pihak. Tanpa dukungan dan bantuan dari segala pihak penulis tidak mungkin dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini sebagaimana mestinya.

Oleh karena itu pada kesempatan ini perkenankanlah penulis mengucapkan terima kasih yang sedalam-dalamnya kepada:

1. Siprianus Abdu,S.Si.,Ns.,M.Kes, selaku ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar.
2. Fransiska Anita,Ns.,M.kep.,Sp.KMB selaku wakil Ketua Bidang Akademik dan Kerjasama STIK Stella Maris Makassar.
3. Matilda M. Paseno, Ns.,M.Kes, selaku Wakil Ketua Bidang Administrasi dan Keuangan STIK Stella Maris Makassar.
4. Yunita Carolina Satti, Ns.,M.Kep, selaku dosen pembimbing I dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir yang telah meluangkan waktu dan memberikan pengarahan serta bimbingan kepada penulis untuk menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini.

5. Rosmina Situngkir, SKM.,Ns.,M.Kes, selaku dosen pembimbing II dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir yang telah meluangkan waktu dan memberikan pengarahan serta bimbingan kepada penulis untuk menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini.
6. Siprianus Abdu,S.Si.,Ns.,M.Kes, selaku dosen penguji I yang telah memberikan masukan dan pengarahan untuk memperbaiki Karya Ilmiah Akhir ini.
7. Kristia Novia, Ns.,M.Kep, selaku dosen penguji II yang telah memberikan masukan dan pengarahan untuk memperbaiki Karya Ilmiah Akhir ini.
8. Segenap dosen dan staf pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah membimbing, mendidik dan memberikan pengetahuan selama penulis mengikuti pendidikan.
9. Tn'E" selaku penerima asuhan keperawatan dan keluarga yang telah bersedia bekerja sama dalam penerapan asuhan keperawatan.
10. Teristimewa kepada kedua orang tua tercinta dari Mardiana, Bapak (Alm.Zakaria) dan Ibu (Yuliana), suami (Herman) serta keluarga yang telah memberikan dukungan dan doa selama penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
11. Teristimewa kepada orang tua tercinta Maria Resky Lopak Bapak (Alm.Andareas Lobo') dan Ibu (Annas Lopak) serta keluarga yang telah memberikan dukungan dan doa selama penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.

12. Seluruh teman-teman mahasiswa/i STIK Stella Maris Makassar yang selalu setia memberikan dukungan serta kebersamaannya selama penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.

Penulis berharap semoga Karya Ilmiah Akhir ini memberikan manfaat bagi pembaca. Penulis menyadari bahwa masih banyak kekurangan dalam penyusunan Ilmiah ini. Oleh karena itu penulis mohon kritik dan masukan yang membangun dari pembaca untuk membantu penyempurnaan Karya Ilmiah Akhir ini.

Akhir kata penulis berharap semoga Karya Ilmiah Akhir ini dapat bermanfaat bagi semua pihak, terutama bagi mahasiswa/i STIK Stella Maris Makassar.

Makassar, 5 Juli 2022

Penulis

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN SAMPUL.....</b>	<b>i</b>
<b>HALAMAN JUDUL.....</b>	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS .....</b>	<b>iii</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN KARYA ILMIAH AKHIR .....</b>	<b>iv</b>
<b>HALAMAN PEGESAHAN .....</b>	<b>v</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI .....</b>	<b>vi</b>
<b>KATA PENGANTAR .....</b>	<b>vii</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>x</b>
<b>Halaman Daftar Gambar .....</b>	<b>xiii</b>
<b>Halaman Daftar Tabel .....</b>	<b>xiv</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Tujuan Penulisan.....	3
1. Tujuan Umum.....	3
2. Tujuan Khusus .....	3
C. Manfaat Penulisan.....	3
1. Bagi Instansi RS.....	3
2. Bagi Profesi Pendidikan .....	3
3. Bagi Institusi Penulisan .....	4
D. Metode Penulisan.....	4
1. Studi Kepustakaan .....	4
2. Studi Penelitian Kasus .....	4
E. Sistematika Penulisan .....	4
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>6</b>
A. Konsep Dasar.....	6
1. Pengertian.....	6
2. Anatomi dan Fisiologi.....	7
3. Etiologi .....	11
4. Patofisiologi.....	13
5. Manifestasi Klinik .....	15

6. Pemeriksaan Diagnostik.....	17
7. Penatalaksanaan Medis.....	19
8. Komplikasi.....	21
B. Konsep Dasar Keperawatan.....	23
1. Pengkajian .....	23
2. Diagnosis Keperawatan .....	27
3. Luaran dan Perencanaan Keperawatan.....	28
<b>BAB III PENGAMATAN KASUS .....</b>	<b>35</b>
A. Ilustrasi kasus.....	35
B. Pengkajian Primer .....	36
C. Diagnosis Keperawatan Primer .....	37
D. Tindakan Keperawatan yang dilakukan.....	38
E. Evaluasi Hasil Tindakan .....	38
F. Pengkajian Sekunder .....	43
G. Diagnosis Keperawatan.....	55
H. Analisa Data .....	58
I. Diagnosis Keperawatan.....	60
J. Intervensi Keperawatan .....	61
K. Implementasi Keperawatan .....	68
L. Evaluasi Keperawatan.....	81
M. Daftar Obat.....	89
<b>BAB IV PEMBAHASAN KASUS.....</b>	<b>91</b>
A. Pembahasan Asuhan Keperawatan .....	92
B. Pembahasan Penerapan <i>Evidence Based Nursing</i> .....	99
<b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>103</b>
A. Simpulan.....	103
B. Saran.....	104

## DAFTAR PUSTAKA

## LAMPIRAN

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Penyakit kardiovaskular merupakan masalah utama kesehatan dunia. Dalam beberapa tahun terakhir penyakit kardiovaskular menempati urutan pertama penyebab morbiditas dan mortalitas di dunia. Penyakit kardiovaskuler masih menjadi ancaman dunia (global threat) dan merupakan penyakit yang berperan utama sebagai penyebab kematian nomor satu di seluruh dunia.

Data Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menyebutkan lebih dari 17 juta orang di dunia meninggal akibat penyakit jantung dan pembuluh darah. Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 angka kejadian penyakit jantung dan pembuluh darah semakin meningkat dari tahun ke tahun. Setidaknya 15 dari 1000 orang atau sekitar 2.784.064 individu di Indonesia menderita penyakit jantung (Firdaus, 2020). Sedangkan di Sulawesi selatan pada tahun 2018 adalah sekitar 33.693 orang yang menderita penyakit jantung (Kemenkes, 2019).

*Acute Coronary Syndrome* merupakan penyakit yang mengancam nyawa ketika tidak ditangani dengan cepat dan tepat karena waktu merupakan hal yang utama untuk menentukan prognosis penyakit tersebut. Penanganan pertama pada pasien dengan *Acute Coronary Syndrome* adalah MONA ( Morfin, Oksigen, Nitrat dan Aspirin). Tujuan dari penanganan *Acute Coronary Syndrome* adalah untuk mengurangi perluasan iskemik, mengurangi nyeri, mengatasi sesak napas dan menstabilkan kondisi pasien. Salah satu bagian dari MONA yaitu oksigen,

pemberian terapi oksigen dalam penanganan pasien dengan *Acute Coronary Syndrome* dapat mengatasi sesak dan meningkatkan saturasi oksigen untuk mempertahankan oksigenasi jaringan tetap adekuat dan dapat menurunkan kerja miokard akibat kekurangan suplai oksigen serta mencegah perluasan iskemik.

Penelitian yang dilakukan oleh Darmawan (2019) yang menyatakan bahwa pada penyakit *Acute Coronary Syndrome* masalah utamanya adalah hambatan transport (gangguan cardiac output dan denyut jantung) maka dengan pemberian oksigen dapat meningkatkan saturasi oksigen sehingga hemoglobin mampu membawa oksigen lebih banyak dan mencegah terjadinya perluasan iskemik (Darmawan, 2019). Selain penelitian yang dilakukan Darmawan (2019) ada penelitian lain yang dilakukan oleh Ichsan (2016) yang menyatakan bahwa posisi semi fowler akan mempengaruhi keadaan curah jantung dan pengembangan rongga paru-paru pasien, sehingga sesak nafas berkurang dan akan mengoptimalkan kualitas tidur pasien. Pengembangan rongga dada dan paru-paru akan menyebabkan asupan oksigen membaik, sehingga proses respirasi akan kembali normal (Ichsan, 2016).

Pasien dengan ACS memerlukan perhatian khusus dan penanganan yang komprehensif sehingga tidak terjadi komplikasi yang dapat menyebabkan kematian. Salah satu bentuk penanganan yang dapat diberikan adalah melalui pemberian asuhan keperawatan. Oleh karena itu perawat memerlukan pencatatan medis yang berkesinambungan dan monitoring serta dengan cepat dapat dipantau perubahan fisiologis yang terjadi atau akibat dari penurunan fungsi organ-organ tubuh lainnya (Sari, 2019).

Berdasarkan uraian di atas maka penulis tertarik untuk mengangkat Karya Ilmiah Akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan *Acute Coronary Syndrome*”

## B. Tujuan Penulisan

Di dalam penulisan Karya Ilmiah Akhir ini terdapat dua tujuan yaitu tujuan umum dan tujuan khusus yang terdiri dari :

### 1. Tujuan Umum

Memperoleh pengalaman dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan ACS.

### 2. Tujuan Khusus

- a. Melaksanakan pengkajian pada pasien Tn.E dengan diagnosa ACS.
- b. Memutuskan diagnosis keperawatan pada pasien Tn.E dengan diagnosa ACS.
- c. Menyusun rencana tindakan keperawatan pada pasien Tn. E dengan diagnosa ACS.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien Tn.E dan tindakan keperawatan berdasarkan evidence based nursing (EBN).
- e. Melakukan evaluasi pada pasienTn.E dengan diagnosa ACS.

## C. Manfaat Penulisan

### 1. Bagi Instansi RS Stella Maris Makassar

Sebagai masukan untuk pihak rumah sakit agar kedepan memberi pelayanan kepada pasien ACS secara tepat dan tepat agar tidak terjadi komplikasi.

### 2. Bagi Profesi Keperawatan

Diharapkan dapat memberikan penanganan ACS yang cepat dan tepat untuk menghindari perburukan pasien.

### 3. Bagi Institusi Pendidikan.

Bisa membantu melengkapi referensi dan mampu mengembangkan ilmu pegetahuan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien ACS.

#### D. Metode Penulisan

Metode penulisan yang digunakan penulis dalam penyusunan Karya Ilmiah akhir ini adalah :

1. Studi Kepustakaan/Literatur

Menggunakan sumber referensi yang relevan dengan karya ilmiah baik dari buku dan jurnal.

2. Studi Penelitian Kasus

Untuk mengumpulkan informasi terkait dengan permasalahan pasien dengan melakukan:

- a. Wawancara

Wawancara langsung dengan pasien saat kondisi pasien sudah stabil.

- b. Observasi

Melakukan pengamatan langsung pada pasien dengan mengikuti tindakan dalam proses pelaksanaan asuhan keperawatan dengan memonitoring tanda-tanda vital pasien.

- c. Pemeriksaan Fisik

Yang dilakukan secara head to toe dari kepala sampai kaki melalui inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi untuk mengetahui kondisi kesehatan pasien.

- d. Dokumentasi

Catatan yang berhubungan dengan pasien seperti pemeriksaan diagnostik, rekam medis dan catatan perkembangan pasien.

#### E. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan laporan studi kasus ini tersusun dari bab I sampai dengan bab V. Bab I pendahuluan yang berisi latar belakang masalah, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan, dan sistematika penulisan. Bab II tinjauan teoritis,

konsep medis maupun asuhan keperawatan. Bab III tinjauan pustaka menguraikan tentang pengkajian, analisa data, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi serta daftar obat pasien. Bab IV pembahasan kasus yang berisi tentang kesenjangan antara teori dan fakta dari kasus kelolaan yang ditemukan di lapangan, dan bab V yaitu simpulan dan saran.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Dasar *Acute Coronary Syndrome* (ACS)**

##### **1. Pengertian**

Jantung adalah organ tubuh yang berfungsi memompa darah ke seluruh jaringan tubuh melalui pembuluh darah (Arteri), sebaliknya jantung menerima darah kembali melalui pembuluh darah balik (Vena). Untuk dapat menjalankan fungsinya otot-otot jantung mendapat pasokan darah melalui pembuluh darah yang disebut pembuluh darah koroner (Syukri, Panda, & Rotty, 2011). Serangan ACS merupakan peristiwa terhambatnya aliran darah arteri koroner yang menyebabkan otot jantung kekurangan oksigen sampai terjadi infark, dan serangan ACS merupakan Kondisi kegawatdaruratan paling mendesak yang membutuhkan diagnosis dan penanganan tepat dan cepat untuk menyelamatkan jantung dari kerusakan yang lebih parah.

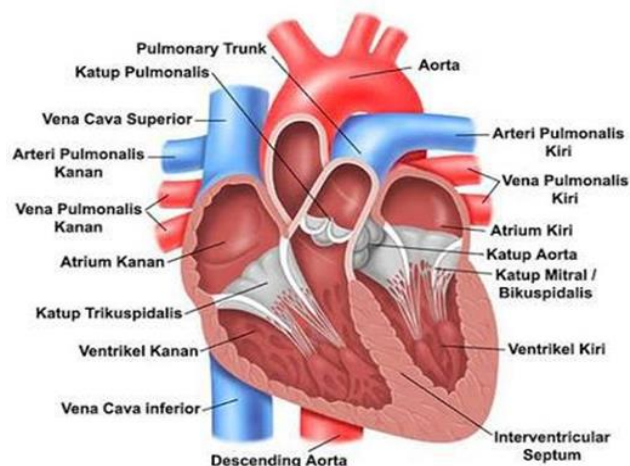
*Acute Coronary Syndrome* (ACS) merupakan istilah yang mengacu pada kelompok gejala klinis yang sesuai dengan iskemia miokardium akut. Hal ini mencakup spektrum kondisi klinis mulai dari angina tidak stabil (UAP), non-ST Elevasi Infark Miokard (NSTEMI), hingga segmen-ST Elevasi Infark Miokard (STEMI). Angina yang tidak stabil dan NSTEMI merupakan kondisi yang berkaitan erat dimana patofisiologis dan presentasi klinisnya serupa namun berbeda dalam derajat keparahan. Diagnosis NSTEMI dapat ditegakkan ketika iskemia cukup berat untuk menyebabkan kerusakan miokard.

*Coronary Artery Disease* adalah penyakit kerusakan pada bagian arteri koroner angina pectoris serta infark miokard. Pengertian Angina secara klinis adalah keadaan iskemia miokard yang disebabkan oleh kurangnya suplai oksigen ke sel-sel otot jantung (miokard) karena adanya penyumbatan atau penyempitan arteri koroner, peningkatan beban kerja jantung, dan menurunnya kemampuan darah mengikat oksigen (Kasron,2016).

## 2. Anatomi dan Fisiologi Jantung

### a. Anatomi

Jantung adalah organ otot yang berongga dan berukuran sebesar kepalan tangan. Fungsi utama jantung adalah memompa darah ke pembuluh darah dengan kontraksi ritmik dan berulang. Jantung normal terdiri dari empat ruang, 2 ruang jantung atas dinamakan atrium dan 2 ruang jantung di bawahnya dinamakan ventrikel, yang berfungsi sebagai pompa. Dinding yang memisahkan kedua atrium dan ventrikel menjadi bagian kanan dan kiri dinamakan septum.



Gambar 1.1. Jantung.

Batas-batas jantung:

- 1) Kanan : vena cava superior (VCS), atrium kanan, vena cava inferior (VCI)
- 2) Kiri : ujung ventrikel kiri
- 3) Anterior : atrium kanan, ventrikel kanan, sebagian kecil ventrikel kiri
- 4) Posterior : atrium kiri, 4 vena pulmonalis
- 5) Inferior : ventrikel kanan yang terletak hampir horizontal sepanjang diafragma sampai apeks jantung
- 6) Superior : apendiks atrium kiri

Darah dipompakan melalui semua ruang jantung dengan bantuan keempat katup yang mencegah agar darah tidak kembali ke belakang dan menjaga agar darah tersebut mengalir ke tempat yang dituju. Keempat katup ini adalah katup trikuspid yang terletak di antara atrium kanan dan ventrikel kanan, katup pulmonal, terletak di antara ventrikel kanan dan arteri pulmonal, katup mitral yang terletak di antara atrium kiri dan ventrikel kiri dan katup aorta, terletak di antara ventrikel kiri dan aorta. Katup mitral memiliki 2 daun (*leaflet*), yaitu leaflet anterior dan posterior. Katup lainnya memiliki tiga daun (*leaflet*).

Jantung dipersarafi aferen dan eferen yang keduanya sistem saraf simpatis dan parasimpatis. Saraf parasimpatis berasal dari saraf vagus melalui preksus jantung. Serabut post ganglion pendek melewati nodus SA dan AV, serta hanya sedikit menyebar pada ventrikel. Saraf simpatis berasal dari trunkus toraksik dan servikal atas, mensuplai kedua atrium dan ventrikel. Walaupun jantung tidak mempunyai persarafan somatik, stimulasi aferen vagal dapat mencapai tingkat kesadaran dan dipersepsi sebagai nyeri.

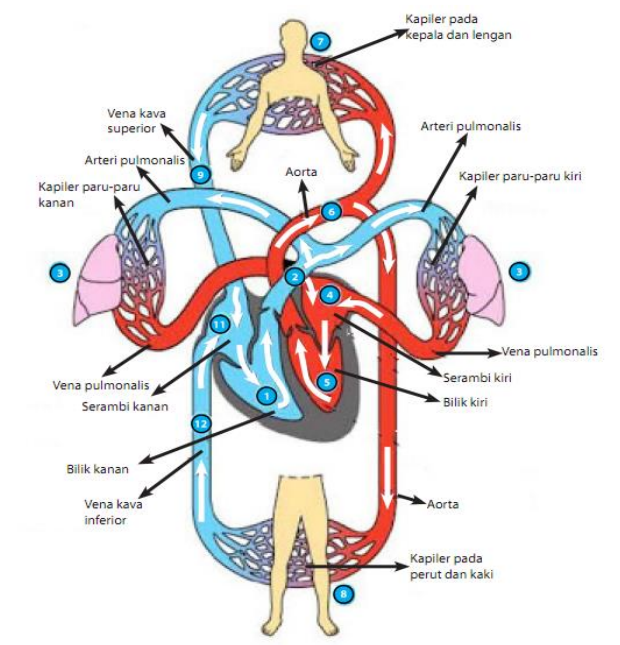
Suplai darah jantung berasal dari arteri koronaria. Arteri koroner kanan berasal dari sinus aorta anterior, melewati diantara trunkus pulmonalis dan apendiks atrium kanan, turun ke lekukan A-V kanan sampai mencapai lekukan interventrikuler posterior. Pada 85% pasien arteri berlanjut sebagai arteri posterior desenden/ posterior decendens artery (PDA) disebut dominan kanan. Arteri koroner kiri berasal dari sinus aorta posterior kiri dan terbagi menjadi arteri anterior desenden kiri/ *left anterior descenden* (LAD) interventrikuler dan sirkumfleks. LAD turun di anterior dan inferior ke apeks jantung. Mayoritas darah vena terdrainase melalui sinus koronarius ke atrium kanan. Sinus koronarius bermuara ke sinus venosus sistemik pada atrium kanan, secara morfologi berhubungan dengan atrium kiri, berjalan dalam celah atrioventrikuler.

#### b. Fisiologi

Jantung dapat dianggap sebagai 2 bagian pompa yang terpisah terkait fungsinya sebagai pompa darah. Masing-masing terdiri dari satu atrium-ventrikel kiri dan kanan. Berdasarkan sirkulasi dari kedua bagian pompa jantung tersebut, pompa kanan berfungsi untuk sirkulasi paru sedangkan bagian pompa jantung yang kiri berperan dalam sirkulasi sistemik untuk seluruh tubuh. Kedua jenis sirkulasi yang dilakukan oleh jantung ini adalah suatu proses yang berkesinambungan dan berkaitan sangat erat untuk asupan oksigen manusia demi kelangsungan hidupnya (LIPI, 2009)

Ada 5 pembuluh darah mayor yang mengalirkan darah dari dan ke jantung. Vena cava inferior dan vena cava superior mengumpulkan darah dari sirkulasi vena (disebut

darah biru) dan mengalirkan darah biru tersebut ke jantung sebelah kanan. Darah masuk ke atrium kanan, dan melalui katup trikuspid menuju ventrikel kanan, kemudian ke paru-paru melalui katup pulmonal. Darah yang biru tersebut melepaskan karbondioksida, mengalami oksigenasi di paru-paru, selanjutnya darah ini menjadi berwarna merah. Darah merah ini kemudian menuju atrium kiri melalui keempat vena pulmonalis. Dari atrium kiri, darah mengalir ke ventrikel kiri melalui katup mitral dan selanjutnya dipompakan ke aorta. Tekanan arteri yang dihasilkan dari kontraksi ventrikel kiri, dinamakan tekanan darah sistolik. Setelah ventrikel kiri berkontraksi maksimal, ventrikel ini mulai mengalami relaksasi dan darah dari atrium kiri akan mengalir ke ventrikel ini. Tekanan dalam arteri akan segera turun saat ventrikel terisi darah. Tekanan ini selanjutnya dinamakan tekanan darah diastolik. Kedua atrium berkontraksi secara bersamaan, begitu pula dengan kedua ventrikel (LIPI, 2009)



Gambar 2.1. Sirkulasi darah

### 3. Etiologi

Menurut Imran Ode (2020) bahwa penyebab Acute Coronary Syndrome (ACS) yaitu:

- a. Tebalnya endapan lemak atau plak pada dinding pembuluh darah menyebabkan penurunan aliran darah miokard akibat penyempitan arteri koroner.
- b. Sumbatan dinamis akibat spasme lokal arteri koroner epicardial
- c. Faktor ekstrinsik seperti anemia, hipotensi dan takikardia.

Menurut Fikriana (2018) ada beberapa faktor resiko yang menyebabkan ACS adalah:

- a. Jenis kelamin

- 1) Laki-laki

Laki-laki memiliki risiko lebih besar terkena serangan jantung dan kejadiannya lebih awal daripada wanita. Morbiditas penyakit ACS pada laki-laki dua kali lebih besar dibandingkan dengan wanita dan kondisi ini terjadi hampir 10 tahun lebih dini pada laki-laki daripada perempuan. Estrogen endogen bersifat protektif pada perempuan, namun setelah monopause insiden ACS meningkat dengan pesat, tetapi tidak sebesar insiden ACS pada laki-laki.

- 2) Wanita

Setelah monopause kadar kolesterol perempuan biasanya akan meningkat menjadi lebih tinggi daripada laki-laki. Hal itu terjadi karena pada perempuan monopause mengalami penurunan produksi hormon estrogen dimana fungsi hormon estrogen dapat menurunkan kadar kolesterol dalam darah.

- b. Diabetes mellitus

Peningkatan kadar gula darah dapat menimbulkan berbagai dampak, seperti; induksi perubahan elektrofisiologis sehingga dapat terjadi aritmia jantung, yang memperburuk luaran atau fatal outcome. Hiperglikemia bersamaan dengan infark miokard akut berpengaruh pada penurunan fungsi ventrikel kiri, yang akan berakibat menurunnya kinerja myocardial.

c. Hipertensi

Hipertensi menyebabkan meningkatnya afterload yang secara tidak langsung akan meningkatkan beban kerja jantung. Kondisi ini akan memicu hipertrophi ventrikel kiri.

d. Hiperlipidemia

Peningkatan kadar kolesterol dalam darah, atau kondisi kelebihan lemak didalam peredaran darah.

e. Merokok

Merokok menimbulkan aterosklerosis, peningkatan trombogenesis, vasokonstriksi, peningkatan tekanan darah, pemicu aritmia jantung, sehingga meningkatkan kebutuhan jantung, dan penurunan kapasitas pengangkutan oksigen.

f. Genetik

Orang yang mempunyai riwayat keluarga positif penyakit jantung memiliki risiko 2,3 kali untuk mendapatkan ACS dibandingkan dengan orang yang tidak mempunyai riwayat keluarga. Riwayat orang tua atau dari beberapa generasi sebelumnya yang menderita penyakit jantung koroner akan meningkatkan kemungkinan terjadinya aterosklerosis pada orang tersebut. Tidak hanya faktor keturunan saja yang dapat menyebabkan aterosklerosis tetapi juga familial lipid mempunyai andil dalam meningkatkan penyakit aterosklerosis tersebut.

Riwayat keluarga dapat juga menggambarkan gaya hidup seseorang yang dapat menyebabkan terjadinya stres dan kegemukan.

g. Stres

Situasi kecemasan dan depresi akan merangsang hipotalamus untuk mensekresikan adreno cortico tropin (ACTH), yang kemudian akan menstimulasi korteks adrenal untuk mengeluarkan hormon kortisol yang berdampak pada perubahan hemodinamik pasien ACS. Perubahan hemodinamik ini terjadi karena adanya pengaturan sistem neurohormonal yang bersifat adaptif maupun maladaptif. Sistem neurohormonal bersifat adaptif jika dapat memelihara MAP selama terjadi penurunan cardiac output (CO). Dikatakan maladaptif ketika terjadi peningkatan hemodinamik tubuh melebihi nilai ambang batas normal, sehingga akan menstimulasi peningkatan kebutuhan oksigen dan memicu cedera sel otot miokard.

#### **4. Patofisiologi**

Sebagian besar ACS adalah manifestasi akut dari plak ateroma pembuluh darah koroner yang koyak atau pecah akibat perubahan komposisi plak dan penipisan fibrosa yang menutupi plak tersebut. Kejadian ini akan diikuti oleh proses agregasi trombosit dan aktivitas jalur koagulasi sehingga terbentuk trombus yang kaya akan trombosit. Trombus ini akan menyumbat lubang pembuluh darah koroner baik secara total maupun parsial atau menjadi mikroemboli yang menyumbat pembuluh koroner yang lebih distal. Selain itu terjadi pelepasan zat vasoaktif yang

menyebabkan vasokonstriksi sehingga memperberat gangguan aliran darah koroner. Berkurangnya aliran darah koroner menyebabkan iskemia miokardium. Suplai oksigen yang berhenti selama kurang lebih 20 menit menyebabkan miokardium mengalami nekrosis (Aroney et al., 2006).

Hal lainnya yang terjadi yaitu pelepasan zat vasoaktif yang mengakibatkan vasokonstriksi sehingga memperberat gangguan aliran darah koroner. Berkurangnya aliran darah koroner menyebabkan iskemia miokardium. Suplai oksigen yang berhenti selama kurang lebih 20 menit menyebabkan miokardium mengalami nekrosis (PERKI, 2018).

Faktor pertumbuhan dan trombosit menyebabkan migrasi otot polos dari tunika media kedalam tunika intima dan proliferasi matriks. Proses ini mengubah bercak lemak menjadi atheroma matur. STEMI disebabkan oleh adanya aterosklerotik pada arteri koroner atau penyebab lainnya yang dapat menyebabkan terjadinya ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen miokardium. (Aspiani R. , 2016)

Proses aterosklerotik terjadi akibat adanya cedera pada sel endotel yang bersentuhan langsung dengan zat-zat dalam darah. Permukaan sel menjadi kasar, sehingga zat-zat didalam darah menempel masuk kelapisan dinding arteri. Kemudian, terjadi fisura, rupture atau ulserasi pada penumpukan plak aterosklerosis dan kondisi lokal atau sistemik dapat memicu tromogenesis sehingga mengakibatkan sumbatan total pada arteri koroner. Infark miokard yang disebabkan thrombus arteri koroner dapat mengenai endokardium sampai epikardium, disebut infark transmural. Tetapi bisa juga terjadi infark subendokardial, yaitu infak yang terjadi hanya mengenai darah

subendokardial. Setelah 20 menit terjadinya sumbatan, infark sudah terbentuk pada subendokardial, dan bila berlanjut tanpa segera ada penanganan maka rata-rata dalam 4 jam dapat terjadi infark transmural. (Aspiani R. , 2016)

Kerusakan terjadi secara menyeluruh dari endocardium sampai epikardium, proses remodeling miokard yang mengalami injury terus berjalan hingga beberapa minggu atau bulan karena darah infark yang meluas dan daerah non infark mengalami pelebaran. Otot yang mengalami infark akan mengalami beberapa perubahan selama berlangsungnya proses pemulihan, dimulai otot yang mengalami infark tampak memar dan sianotik akibat terputusnya aliran daerah regional kemudian dalam jangka waktu 24 jam akan timbul edema pada sel-sel dan muncul respon peradangan disertai infiltrasi leukosit.

Enzim jantung akan terlepas dari sel, mulai hari kedua atau ketiga terjadi proses degradasi ringan dan pembuangan semua serabut nekrotik. Selama fase ini dinding nekrotik relatif tipis, kira-kira pada minggu ketiga mulai terbentuk jaringan parut. Lambat laun jaringan penyambung fibrosa menggantikan otot yang nekrosis dan mengalami penebalan yang progresif.

##### 5. Manifestasi Klinik.

Gejala klinisnya yaitu nyeri dada atau rasa tidak enak yang bersifat substernal, menetap yaitu lamanya berlangsung >20 menit, nyeri tidak berkurang dengan istirahat atau pemberian nitrat, nyeri dapat menjalar ke rahang, lengan atau punggung, dan disertai gejala penyerta seperti keringat dingin, mual dan muntah. Nyeri dada yang

tipikal bersifat substernal, berlokasi di tengah atau kiri dada seperti diremas, ditusuk, terbakar. Kadang-kadang nyeri dapat dirasakan didaerah epigastrium dan terjadi salah diagnosis sebagai dispepsia.

Gejala penyerta yang juga dapat timbul adalah pusing seperti melayang, sinkop, dan sesak napas. Pada pasien dengan DM dan usia lanjut gejala nyeri dada dapat bersifat tidak khas. Dianjurkan melakukan pemeriksaan EKG 12 sadapan. Gambaran EKG yang bermakna adalah adanya gambaran depresi segmen ST dan gelombang T yang inversi atau elevasi segmen ST  $> 1$  mm pada 2 atau lebih sadapan prekordial atau ekstremitas yang berhubungan. Ditemukannya gambaran Left Bundle Branch Block (LBBB) yang baru atau dianggap baru bila tidak ada data EKG sebelumnya. Berdasarkan perubahan segmen ST dan gelombang T maka SKA dibagi atas : SKA tanpa elevasi segmen ST (NSTEMI ACS) dan SKA dengan elevasi segmen ST (STEMI ACS).

Pemeriksaan enzim jantung yang paling spesifik adalah CKMB dan troponin. Kedua enzim ini mulai meningkat beberapa jam setelah terjadinya infark miokard. CKMB bertahan 24-48 jam sedangkan troponin bertahan hingga 14 hari. Pemeriksaan enzim mungkin perlu dilakukan secara serial. Bila hasil pemeriksaan pertama hasilnya negatif maka perlu dilakukan pemeriksaan diulang bila gejala klinis mencurigakan infark miokard. Pemeriksaan troponin sebaiknya yang kuantitatif karena dapat membantu menentukan prognosis. Diagnosis ACS dengan ST elevasi dapat ditegakkan tanpa menunggu hasil pemeriksaan enzim jantung sehingga terapi revaskularisasi atau reperfusi dapat secepatnya dilakukan bila memungkinkan. Pemeriksaan

ekokardiografi juga penting dilakukan bila diagnosis SKA dengan elevasi diragukan atau ada kecurigaan penyebab lain seperti diseksi aorta, emboli paru atau efusi perikard. Pemeriksaan ekokardiografi tidak boleh sampai menyebabkan penundaan terapi yang diberikan (Sungkar, 2017).

## 6. Pemeriksaan Diagnostik

### a. Elektrokardiografi (EKG)

Pemeriksaan EKG 12 lead merupakan pemeriksaan pertama dalam menentukan pasien ACS. Pasien dengan keluhan nyeri dada khas harus sudah dilakukan pemeriksaan EKG maksimal 10 menit setelah kontak dengan petugas. Pada ACS STEMI didapatkan gambar hiperakut T, elevasi segmen ST yang diikuti terbentuk gelombang Q patologis, kembalinya segmen ST pada garis isoelektris dan gelombang T terbalik. Perubahan ditemui minimal pada dua lead yang berdekatan.

### b. Enzim Jantung

Troponin T dan I lebih dipilih karena lebih sensitif daripada CKMB. Troponin mengatur interaksi kerja aktin dan myosin dalam otot jantung. Enzim ini mulai meningkat pada jam 3 sampai dengan jam 12 setelah onset iskemik. Mencapai puncak pada 12-24 jam. Peningkatan ini berhubungan dengan bukti adanya nekrosis miokard dan menunjukkan prognosis yang sangat buruk pada acute coronary syndrome (ACS).

### c. Sel darah putih

Leukosit (10.000 – 20.000) biasanya tampak pada hari ke-2 setelah IMA berhubungan dengan proses inflamasi.

d. Analisa Gas Darah

Dapat menunjukkan hypoksia atau proses penyakit paru akut atau kronis.

e. Kolesterol atau Trigliserida

Serum Meningkat, menunjukkan arteriosclerosis sebagai penyebab AMI.

f. Foto dada

Mungkin normal atau menunjukkan pembesaran jantung diduga GJK atau aneurisma ventrikuler.

g. Ekokardiogram

Dilakukan untuk menentukan dimensi serambi, gerakan katup atau dinding ventrikuler dan konfigurasi atau fungsi katup.

h. Angiografi koroner

Menggambarkan penyempitan atau sumbatan arteri koroner. Biasanya dilakukan sehubungan dengan pengukuran tekanan serambi dan mengkaji fungsi ventrikel kiri (fraksi ejeksi). Prosedur tidak selalu dilakukan pada fase IMA kecuali mendekati bedah jantung angioplasty atau emergensi.

i. Nuklear Magnetic Resonance (NMR)

Memungkinkan visualisasi aliran darah, serambi jantung atau katup ventrikel, lesivaskuler, pembentukan plak, area nekrosis atau infark dan bekuan darah.

j. Tes stress olah raga

Menentukan respon kardiovaskuler terhadap aktifitas atau sering dilakukan sehubungan dengan pencitraan talium pada fase penyembuhan.

## 7. Penatalaksanaan Medik untuk pasien STEMI

Penatalaksanaan dimulai sejak kontak medis pertama, baik untuk diagnosis dan pengobatan. Diagnosis kerja infark miokard harus telah dibuat berdasarkan riwayat nyeri dada yang berlangsung selama 20 menit atau lebih jika tidak membaik dengan pemberian nitrogliserin. Adanya riwayat PJK dan penjaran nyeri ke leher, rahang bawah atau lengan kanan memperkuat dugaan ini. Pengawasan EKG perludilakukan pada setiap pasien dengan dugaan IMA-EST. diagnosis IMA-EST perlu dibuat sesegera mungkin melalui perekaman dan interpretasi EKG 12 sadapan, selambat-lambatnya 10 menit dari saat pasien tiba untuk mendukung keberhasilan tata laksana. Gambaran EKG yang atipikal pada pasien dengan tanda dan gejala iskemia miokard yang sedang berlangsung menunjukkan perlunya tindakan segera.

Sebisa mungkin penanganan pasien *Acute Coronary Syndrome* (ACS) sebelum di rumah sakit dibuat berdasarkan jaringan layanan regional yang dirancang untuk memberikan terapi reperfusi secepatnya secara efektif dan bila fasilitas memadai sebanyak mungkin pasien dilakukan IKP. Pusat-pusat kesehatan yang mampu memberikan pelayanan IKP primer harus dapat memberikan pelayanan setiap saat (24 jam selama 7 hari) serta dapat memulai IKP primer sesegera mungkin < 90 menit sejak panggilan awal.

Semua rumah sakit dan sistem emergency medis yang terlibat dalam penanganan pasien ACS harus mencatat dan mengawasi segala penundaan yang terjadi dan berusaha untuk mencapai dan mempertahankan target kualitas berikut ini :

1. Waktu dari kontak medis pertama hingga perekaman EKG pertama >10menit.

2. Waktu dari kontak medis pertama hingga pemberian terapi reperfusi:
  - a. Untuk fibrinolisis <30menit.
  - b. Untuk IKP primer <90menit di faskes dengan kemampuan fasilitas IKP primer (kurang dari 120 menit bila pasien perlu ditransfer ke faskes yang melakukan IKP primer).
3. Kontraindikasi terapi fibrinolitik
  - a. Absolute :
    - 1) Stroke hemoragik atau stroke yang penyebabnya belum diketahui
    - 2) Stroke iskemik 6 bulan terakhir
    - 3) Kerusakan sistem saraf sentral dan neoplasma
    - 4) Trauma operasi/trauma kepala yang berat dalam 3 minggu terakhir
    - 5) Perdarahan saluran cerna dalam 1 bulan terakhir
    - 6) Penyakit perdarahan
    - 7) Diseksi aorta
  - b. Relatif
    - 1) Transient ischaemic attack (TIA) dalam 6 bulan terakhir
    - 2) Pemakaian antikoagulan oral
    - 3) Tempat tusukan yang tidak dapat dikompresi
    - 4) Resusitasi traumatik
    - 5) Hipertensi refrakter (tekanan darah sistolik >180mmHg)
    - 6) Penyakit hati
    - 7) Infeksi endokarditis
    - 8) Ulkus peptikum yang aktif

## 8. Komplikasi.

### a. Gagal jantung

Dalam fase akut dan subakut setelah STEMI, seringkali terjadi disfungsi miokardium. Bila revaskularisasi dilakukan segera dengan IKP atau trombolisis, perbaikan fungsi ventrikel dapat segera terjadi, namun apabila terjadi jejas transmural dan/atau obstruksi mikrovaskular, terutama pada dinding anterior, dapat terjadi komplikasi akut berupa kegagalan pompa dengan remodelling patologis disertai tanda dan gejala klinis kegagalan jantung, yang dapat berakhir dengan gagal jantung kronik. Gagal jantung juga dapat terjadi sebagai konsekuensi dari aritmia yang berkelanjutan atau sebagai komplikasi mekanis.

Diagnosis gagal jantung secara klinis pada fase akut dan subakut STEMI didasari oleh gejala-gejala khas seperti dispnea, tanda seperti sinus takikardi, suara jantung ketiga atau ronkhi pulmonal, dan bukti-bukti objektif disfungsi kardiak seperti dilatasi ventrikel kiri dan berkurangnya fraksi ejeksi.

Penilaian hemodinamik dilakukan berdasarkan pemeriksaan fisik lengkap, pemantauan EKG, saturasi oksigen, tekanan darah dan pengukuran urine output setiap jam. Pasien yang dicurigai menderita gagal jantung perlu dievaluasi segera menggunakan ekokardiografi transtorakal atau Doppler. Ekokardiografi merupakan alat diagnosis utama dan perlu dilakukan untuk menilai fungsi dan volume ventrikel kiri, fungsi katup, derajat kerusakan miokardium, dan untuk mendeteksi adanya komplikasi mekanis (Tebai, 2018).

b. Aritmia

*Acute Coronary Syndrome* dapat menyebabkan berbagai komplikasi. Komplikasi yang paling sering adalah gangguan irama dan gangguan pompa jantung. Gangguan irama dapat bersifat fatal bila menyebabkan henti jantung, misalnya pada VF atau VT tanpa nadi. Komplikasi gangguan pompa jantung dapat menyebabkan gagal jantung akut (Wahiddiyah et al., 2019).

c. Aritmia ventricular

Ventricular premature beats hampir selalu terjadi dalam hari pertama fase akut dan aritmia kompleks seperti kompleks multiform, short runs atau fenomena R-on-T umum ditemukan. Mereka dianggap tidak dapat dijadikan predictor untuk terjadinya VF dan tidak memerlukan terapi spesifik. Takikardi ventrikel perlu dibedakan dengan irama idioventrikular yang terakselerasi. Irama tersebut terjadi akibat reperfusi, di mana laju ventrikel <120 detak per menit dan biasanya tidak berbahaya.

VT yang tidak berlanjut (<30 detik) bukan prediktor yang baik untuk VF awal dan dapat ditoleransi dengan baik, biasanya tidak memerlukan pengobatan. Kejadian yang lebih lama dapat menyebabkan hipotensi dan gagal jantung dan dapat memburuk menjadi VF. Tidak ada bukti bahwa pengobatan VT yang tidak berlanjut dan tanpa gejala dapat memperpanjang hidup, sehingga pengobatan untuk keadaan ini tidak diindikasikan, kecuali bila terjadi ketidakstabilan hemodinamik. VT yang berlanjut atau disertai keadaan hemodinamik yang tidak

stabil memerlukan terapi supresif. Fibrilasi ventrikel memerlukan defibrilasi segera.

Meskipun ditunjukkan bahwa lidokain dapat mengurangi insidensi VF pada fase akut infark miokard, obat ini meningkatkan risiko asistol. VF yang berlanjut atau VF yang terjadi melewati fase akut awal (di mana takiaritmia tersebut terjadi bukan karena penyebab yang reversibel seperti gangguan elektrolit atau iskemi transien/reinfark) dapat berulang dan dikaitkan dengan risiko kematian yang tinggi. Meskipun kemungkinan iskemia miokard perlu selalu disingkirkan dalam kasus aritmia ventrikel, perlu ditekankan bahwa revaskularisasi tidak dapat mencegah henti jantung berulang pada pasien dengan fungsi ventrikel kiri abnormal yang berat atau dengan VT monomorf yang berlanjut, bahkan bila aritmia yang terjadi awalnya merupakan akibat dari iskemia transien (Tebai, 2018).

## B. KONSEP DASAR KEPERAWATAN

### 1. Pengkajian keperawatan.

Pengkajian adalah tahap awal dalam proses keperawatan serta merupakan proses mengidentifikasi masalah kesehatan dan kebutuhan perawatan pada klien. Oleh karena itu pengkajian keperawatan dilakukan dengan cermat dan teliti (Rohmah, 2019).

Pengkajian keperawatan pada pasien ACS menurut (Muttaqin, 2014) antara lain:

#### a. Pengkajian Primer:

B1 (Breathing): terlihat sesak, takipnea, dan keluhan napas seperti tercekik, biasanya terdapat dyspnea yang

timbul pada waktu beristirahat bila keadaannya masih parah.

B2 (Bleeding): pemeriksaan dilakukan melalui teknik inspeksi: adanya jaringan parut, palpasi: denyut nadi perifer melemah, perkusi: 14 tidak ada pergeseran batas jantung, auskultasi: tekanan darah biasanya menurun akibat penurunan volume sekuncup. bunyi jantung tambahan akibat kelainan pada jantung.

B3 (Brain): kesadaran biasanya composmentis, tidak ada masalah pada reaksi pupil.

B4 (Bladder): perlu dipantau adanya oliguria pada klien ACS karena merupakan tanda awal dari syok kardiogenik dengan pengurangan volume keluaran urine yang berhubungan dengan asupan cairan.

B5 (Bowel): Mengkaji pola makan, mukosa bibir tampak kering, peristaltic usus menurun, mual, muntah, konstipasi, yang mungkin terjadi pada pasien.

B6 (Bone): adanya gejala dalam beraktivitas, seperti kelemahan, tidak dapat tidur, akral teraba dingin, dyspnea pada saat istirahat atau aktivitas, dan kesulitan melakukan tugas perawatan diri.

b. Pengkajian Sekunder :

1) Keluhan utama yaitu penyebab klien masuk rumah sakit biasanya berupa nyeri dada, keringat dingin, sesak, mual muntah.

2) Riwayat penyakit sekarang

Merupakan alasan dari awal klien merasakan keluhan sampai akhirnya dibawa ke rumah sakit dan pengembangan dari keluhan utama dengan pada pasien ACS biasanya menggunakan PQRST.

P:(Provokative/Palliative): Penyebab gejala nyeri bertambah berat dan berkurang, biasanya bertambah saat bergerak atau beraktivitas dan berkurang saat beristirahat.

Q:(Quality/Quantity): Sejauh mana gejala nyeri yang timbul atau dirasakan, nyeri yang dirasakan seperti tertusuk atau ditekan benda berat.

R:(Region/Radiation): Lokasi nyeri yang dirasakan seperti dada sebelah kiri tembus belakang.

S:(Saferity/Scale): Tingkat keparahan atau skala nyeri yang dirasakan. Skala nyeri yang dirasakan pasien jantung biasanya masuk dalam kategori berat yaitu (8-10)

T:(Timing): Lama atau durasi gejala nyeri yang dirasakan biasanya nyeri dirasakan terus-menerus atau menetap.

Riwayat penyakit dahulu

Riwayat penyakit dahulu seperti; penyakit jantung, hipertensi, perokok hebat, riwayat gagal jantung, pernah dirawat dengan penyakit jantung.

### 3) Riwayat penyakit keluarga

Hal yang perlu dikaji dalam keluarga klien, adakah yang menderita penyakit sama dengan klien, penyakit jantung, hipertensi.

### 4) Pola Pemeliharaan Kesehatan

Pasien dengan penyakit jantung terkadang tidak menerapkan pemeliharaan kesehatan yang baik seperti jarang melakukan pemeriksaan ke dokter, mengkonsumsi makanan yang tidak sehat, tidak rutin dalam mengkonsumsi obat.

### 5) Pola Persepsi Kognitif-Sensori

Biasanya terkait penglihatan, pendengaran, pengecap, perasa, peraba. Pada pasien dirasakan berupa nyeri yang diukur menggunakan (PQRST) Proaktif/Paliatif, Quantity, Region, Scale, Timing.

6) Pola Persepsi dan Konsep Diri

Resiko yang dapat timbul seperti, kecemasan akibat penyakitnya. Dimana klien tidak bisa beraktivitas seperti dulu dikarenakan kerja jantung yang mulai melemah.

7) Pola Aktivitas Sehari-hari

Kemampuan aktivitas pasien dengan penyakit jantung mengalami keterbatasan, akibat nyeri dan sesak yang dirasakan, sehingga dibantu keluarga dan perawat.

8) Pola Nutrisi

Kebiasaan makan klien sehari-hari, kebiasaan makan-makanan yang dikonsumsi dan kebiasaan minum klien sehari-hari, pasien dengan penyakit jantung akan mengalami penurunan nafsu makan, meliputi frekuensi, jenis, jumlah dan masalah yang dirasakan.

9) Pola Eliminasi

BAB dan BAK klien dengan penyakit jantung biasanya mengalami perubahan, seperti penurunan volume urine.

10) Pola Istirahat Tidur

Klien dengan penyakit jantung, biasanya akan mengalami nyeri dada, sesak nafas, sehingga hal ini dapat mengganggu tidur klien.

11) Personal Hygiene

Pemenuhan kebutuhan personal hygiene pasien jantung dibantu oleh keluarga maupun perawat.

12) Pola Peran dan Hubungan Dengan Sesama

Pasien dengan penyakit jantung, biasanya tidak memenuhi peran sebagai suami atau istri dengan baik akibat penyakit yang dialami, namun hubungan dengan sesama biasanya tidak mengalami masalah.

#### 13) Pola Koping dan stress

Dalam mengatasi kecemasan yang dialami oleh pasien jantung, biasanya pasien memerlukan dukungan dari sesama seperti keluarga. Dukungan keluarga terhadap pasien jantung penting dimana dapat mengurangi kecemasan yang dialami.

### 2. Diagnosa keperawatan berdasarkan SDKI

- a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload.
- b. Gangguan pertukaran gas ketidakseimbangan ventilasi perfusi.
- c. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis.
- d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

## 3. Intervensi Keperawatan Berdasarkan SDKI

SDKI	SLKI	SIKI	RASIONAL
Penurunan curah jantungberhungan dengan perubahan afterload	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan curah jantung meningkat dengan kriteria hasil <b>(L.02008)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pucat cukup menurun</li> <li>2. Dispneu cukup menurun</li> <li>3. Bradikardi cukup meningkat</li> <li>4. Tekanan darah cukup membaik</li> <li>5. <i>Capillary refill time</i> cukup membaik</li> <li>6. nadi perifer cukup meningkat</li> </ol>	<p><b>A. Perawatan jantung Akut (I.02076)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi karakteristik nyeri dada (meliputi factor pemicu dan Pereda, kualitas, lokasi , skala durasi, frekuensi)</li> <li>2. Monitor EKG 12 sadapan untuk perubahan ST</li> <li>3. Monitor enzim jantung Troponin T</li> <li>4. Monitor saturasi oksigen</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pertahankan tirah baring 12 jam</li> <li>2. Sediakan lingkungan yang kondusif untuk beristirahat</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan segera melaporkan nyeri dada.</li> </ol>	<p><b>A. Perawatan jantung Akut Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengetahui faktor penyebab dan pereda nyeri</li> <li>2. Mengetahui kelainan pada system kelistrikan jantung</li> <li>3. Untuk mendeteksi ketidaknormalan pada jantung</li> <li>4. Untuk mendeteksi kadar oksigen dalam darah</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengurangi aktivitas serta nyeri dan sesak dapat berkurang</li> <li>2. Untuk memberikan kenyamanan pada pasien untuk dapat istirahat</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mendeteksi nyeri yang dirasakan pasien</li> <li>2. Agar pasien mengerti tindakan perawatan yang</li> </ol>

		<p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi antiplatelet, <i>jika perlu</i> (lovenox 0,6 mg/12 jam)</li> <li>2. Kolaborasi pemberian morfin, <i>jika perlu</i> (morfin 2cc/iv/12 jam)</li> <li>3. Kolaborasi pemberian inotropik, <i>jika perlu</i> (dobutamin 1 gram/SP/12 jam)</li> </ol> <p><b>B. Perawatan jantung (I.02075)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tekanan darah</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi &gt;94%</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi</li> </ol>	<p>sedang dijalani dan meningkat hubungan saling percaya</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk menghentikan penggumpalan darah</li> <li>2. Untuk meredakan nyeri hebat</li> <li>3. Untuk membantu kerja jantung dalam memomp darah dan meningkatkan tekanan darah.</li> </ol> <p><b>B. Perawatan jantung</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mendeteksi perbuahan tekanan darah</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mempertahankan oksigen dalam batas normal</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Agar sesak tidak semakin bertambah</li> </ol>
--	--	---	---

<p>Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan Ketidakseimbangan ventilasi perfusi</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan pertukaran gas meningkat dengan Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dipsnea menurun</li> <li>2. bunyi nafas tambahan menurun</li> <li>3. pola nafas membaik</li> <li>4. PCO<sub>2</sub> dan O<sub>2</sub> membaik</li> </ol>	<p><b>Pemantauan respirasi</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor frekuensi irama, kedalaman dan upaya nafas</li> <li>2. Monitor pola nafas</li> <li>3. Monitor nilai AGD</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien</li> <li>2. Dokumentasikan hasil pemantauan</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</li> <li>2. Infomasikan hasil pemantauan jika perlu</li> </ol>	<p><b>Pemantauan Respirasi</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membantu dalam pemantauan perubahan terkait irama, frekuensi, kedalaman napas.</li> <li>2. Membantu mengetahui perubahan pola napas</li> <li>3. Untuk membantu memantau ketidakseimbangan asam basa dalam tubuh pasien, karena AGD merupakan parameter atau patokan dalam terjadinya gangguan pertukaran gas.</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membantu memantau kondisi pernapasan pasien.</li> <li>2. Sebagai hasil pemantauan membandingkan dengan pemantauan sebelumnya dan sebagai acuan evaluasi asuhan keperawatan.</li> </ol>
---	--	---	---

			<b>Edukasi:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pentingnya edukasi terkait tindakan yang akan dilakukan pada pasien terhadap keluarga, untuk mengurangi kecemasan yang sewaktu-waktu dapat terjadi.</li> <li>2. Informasi hasil tindakan yang diberikan kepada keluarga pasien dapat menjadi pencapaian terkait keberhasilan suatu Tindakan keperawatan yang telah dilakukan.</li> </ol>
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (iskemis)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan tingkat nyeri menurun. Kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan nyeri berkurang</li> <li>2. Pasien menunjukkan ekspresi wajah tenang</li> <li>3. Pasien dapat beristirahat dengan nyaman</li> </ol>	<b>Manajemen nyeri Observasi</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi respon nyeri nonverbal</li> </ol>	<b>Manajemen Nyeri Observasi:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, kualitas, frekuensi nyeri yang dirasakan pasien.</li> <li>2. Mengetahui seberapa berat tingkat nyeri yang dirasakan oleh pasien.</li> <li>3. Mengetahui respon nonverbal dari pasien.</li> </ol>

		<p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan terapi non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> <li>2. Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> </ol> <p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>2. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri</li> </ol> <p><b>Kolaborasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian analgetik</li> </ol>	<p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terapi non farmakologis membantu mengurangi nyeri yang dirasakan oleh pasien selain terapi farmakologi yang diberikan.</li> <li>2. Pengontrolan lingkungan membantu pasien agar tetap nyaman.</li> </ol> <p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tindakan mandiri yang diajarkan perawat kepada pasien membantu pengontrolan yang dapat dilakukan oleh pasien tanpa bantuan perawat.</li> <li>2. Teknik non farmakologis yang diajarkan perawat kepada pasien membantu pasien dapat melakukan secara mandiri dan bertahap sesuai kemampuan pasien</li> </ol> <p><b>Kolaborasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kandungan yang terkandung dalam obat analgetic membantu meredakan nyeri</li> </ol>
--	--	--	--

			yang dirasakan oleh pasien.
Intoleransi aktivitas berhubungan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan toleransi aktifitas meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari</li> <li>2. Keluhan lelah cukup menurun</li> <li>3. Dispneu setelah beraktivitas cukup menurun</li> </ol>	<p><b>Manajemen energi (I.05178)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</li> <li>2. Monitor pola dan jam tidur</li> <li>3. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sediakan lingkungan yang nyaman</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan tirah baring</li> <li>2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan dan diet jantung</li> </ol>	<p><b>Manajemen energi (I.05178)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mendeteksi penyebab yang kelelahan</li> <li>2. Untuk mengetahui adanya masalah pada pola dan jam tidur</li> <li>3. Untuk mengetahui lokasi yang mengalami ketidaknyamanan setelah beraktivitas</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk memberikan kenyamanan pada pasien untuk dapat istirahat</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengurangi aktivitas dan mengurangi ketidaknyamanan</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk membantu pasien menentukan makanan sesuai dengan keadaan</li> </ol>

			penyakitnya.
--	--	--	--------------

### **BAB III**

#### **PENGAMATAN KASUS**

Pasien dengan initial Tn. E umur 37 tahun, jenis kelamin Pria, bekerja sebagai Pegawai Swasta, agama Khatolik, dengan diagnosa medis *Acute Coronary Syndrom*. Pasien masuk UGD diantar keluarganya pada tanggal 14 juni 2022, dengan keluhan nyeri dada, dan rasa kebas di lengan kiri. Karena nyeri dada tidak hilang, sehingga keluarga membawa pasien ke RS Stella Maris. Di IGD dilakukan pemeriksaan EKG, gambaran STEMI, diberikan obat CPG 4 tablet, Aspilet 2 tablet, Farsorbid 5mg/sublingual. Dokter menyarankan untuk masuk rawat inap dan akan diberikan terapi trombolitik sebagai tindakan yang harus diberikan. Pasien dan keluarga setuju dan pasien dibawa ke ICU jam 01:00 WITA, untuk pemberian trombolitik dan pengawasan lebih lanjut. Tiba di ICU diberikan terapi trombolitik (Fibrion 1500.000,dalam PB Dextrose 5%/IP dan dilakukan EKG ulang post trombolitik dan hasilnya LEAD II, III, AVF, V1-V6, Post trombolitik. . Pasien juga ada riwayat pemeriksaan ECHO dengan EF 40%. Saat pengkajian didapatkan kesadaran compos mentis, GCS (M6, V5, E4). Tampak pasien kelelahan, sesak SPO<sub>2</sub> 95%, diberikan O<sub>2</sub> Nasal canule 4 liter / menit SPO<sub>2</sub> menjadi 99%. Tampak terpasang infus NaCl 14 tetes/menit, tampak terpasang kateter. TTV didapatkan, TD :170/100 mmHg, N : 129 kali / menit, S : 36. 4°C, P : 24 kali / menit, SPO<sub>2</sub> : 99%.

Pada saat pengkajian didapatkan keluhan nyeri dada berkurang skala 4 setelah pemberian trombolitik. Pasien juga mengeluh cepat merasa lelah dan agak sesak jika bergerak banyak. Pasien diberikan O<sub>2</sub> nasal 4 liter / menit, pasien diberi posisi semi fowler karena merasa kurang nyaman jika kepala rendah. Kebutuhan pasien dipenuhi/dibantu oleh petugas dan keluarga pasien.

## A. Pengkajian

## Primer

Breath (B1)	Pergerakan dada	Tampak Simetris kiri dan kanan
	Pemakaian otot bantu napas	Tampak pasien tidak menggunakan otot bantu pernafasan.
	Palpasi	Vocal premitus : getaran paru kiri dan kanan sama
	Perkusi	Sonor di kedua lapang paru Pekak di daerah batas jantung -Batas atas ICS-2 sinistra -Batas kanan Linea sternalis dextra -Batas bawah ICS-5 sinistra -Batas kiri linea medio clavicularis kiri
	Suara napas	Ronchi minimal di daerah lobus superior kanan dan kiri
	Batuk	Batuk sesekali
	Sputum	Tidak ada
	Alat bantu napas	Nasal kanul 4 liter / menit
	Lain – lain	P : 24 kali / menit Nadi : 129 kali / menit SPO <sub>2</sub> : 99%
Blood (B2)	Suara jantung	S1 S2 S3 S4 Tunggal
	Irama jantung	Reguler
	CRT	memanjang 3 detik
	JVP	Meningkat : 5+3cm
	CVP	Tidak ada
	Edema	Tidak tampak ada edema
	EKG	Elevasi Segmen ST (LEAD II, III, AVF, V1-V6) Post trombolitik.
	Lain-lain	-Hasil ECHO : EF 40%, -Nyeri dada skala 4 -Hasil enzim jantung : Troponin T 205 ng/L
Brain (B3)	Tingkat kesadaran	Kualitatif : compos mentis Kuantitatif (GCS) : 15(E4V5M6)
	Reaksi pupil : • Kanan • Kiri	Isokor kiri dan kanan
	Refleks fisiologis	Ada -Ekstremitas atas dextra/sinistra: Biseps/Trisep positif -Ekstremitas bawah dextra/sinistra : Patella positif

	Refleks patologis	Refleks Babinski dextra/sinistra negatif
	Meningeal sign	Tidak ada
	Lain-lain	
Bladder (B4)	Urin	Jumlah : 600 cc/ 7jam Warna kuning jernih
	Kateter	Ada, hari pertama. Jenis : kateter nomor. 16
	Kesulitan BAK	Tidak ada
	Lain-lain	Pasien terpasang kateter urine
Bowel (B5)	Mukosa bibir	Tampak mukosa bibir pasien kering
	Lidah	Tampak lidah bersih
	Keadaan gigi	Tampak bersih, ada caries di geraham bawah kiri
	Nyeri telan	Tidak
	Abdomen	Tidak distensi
	Peristaltik usus	-Normal -Nilai : 10x/mnt
	Mual	Tidak
	Muntah	Tidak
	Hematemesis	Tidak
	Melena	Tidak
	Terpasang NGT	Tidak
	Terpasang colostomy bag	Tidak
	Diare	Tidak
	Konstipasi	Tidak
	Asites	Tidak
	Lain-lain	
Bone (B6)	Turgor	Baik
	Perdarahan kulit	Tidak ada
	Icterus	Tidak ada
	Akral	Dingin
	Pergerakan sendi	Bebas
	Fraktur	Tidak ada
	Luka	<u>Tidak ada</u>
	Lain-lain	Pasien kelelahan saat beraktifitas banyak dan pembatasan aktifitas

A. Diagnosa Keperawatan : (Berdasarkan Data Yang Diperoleh Saat Pengkajian Primer)

B-1 : Tidak ada masalah.

B-2 : Penurunan curah jantung b/d perubahan kontraktilitas

B-3 : Tidak ada masalah.

B-4 : Tidak ada masalah.

B-5 : Tidak ada masalah.

B-6 : Tidak ada masalah.

B. Tindakan keperawatan yang dilakukan :

1. Identifikasi karakteristik nyeri dada (meliputi factor pemicu dan pereda, kualitas, lokasi, radiasi, skala, durasi dan frekuensi).
2. Monitor TTV
3. Memberi posisi semi fowler
4. Mengajarkan teknik relaksasi
5. Memberikan oksigen nasal kanul 4 liter / menit
6. Membatasi aktivitas pasien
7. Memasang pengaman tempat tidur.
8. Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi ansietas dan stress
9. Sediakan lingkungan yang kondusif untuk beristirahat dan pemulihan
10. dukungan emosional dan spiritual

C. Evaluasi Pengkajian

NO	EVALUASI	PERAWAT
13:00	Penurunan curah jantung S :- Pasien mengatakan rasa sesak - Pasien mengatakan nyeri dada skala 3, memberat saat bergerak banyak - Pasien mengatakan kepalanya sangat sakit, skala 9 seperti mau pecah. O : - Tampak berbaring posisi semi	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak sesak</li> <li>- O<sub>2</sub> nasal canule 4 liter / menit</li> <li>- P : 26 kali / menit</li> <li>- N : 125 kali / menit</li> <li>- Nadi teraba cepat dan dangkal</li> <li>- EKG Elevasi Segmen ST (LEAD II, III, AVF, V1-V6) Post trombolitik</li> <li>- Hasil ECHO : EF 40%</li> <li>- Hasil enzim jantung : Troponin T 205 ng/L</li> </ul> <p>A : Masalah penurunan curah jantung belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi : 2, 3, 4, 7, 11, 14, 15, 16, 17</p>	
--	--	--

#### D. Pengkajian Primer (13:00)

Breath	Pergerakan dada	Pernafasan cepat
(B1)	Pemakaian otot bantu napas	<p>Jam 13:00</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak pasien menggunakan otot bantu pernafasan :</li> <li>- Pernafasan cuping hidung</li> <li>- Ada retraksi dada</li> </ul> <p>Jam 16:00</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Penggunaan Ventilator mekanik, mode :</li> <li>• Mode Ventilator : SIMV</li> <li>• TV/ETV : 420</li> <li>• RATE/IMV : 15</li> <li>• Total Rate : 15</li> <li>• Inspirasi Pressure : 15</li> <li>• PEEP/Pressure Support : 5</li> <li>• PEAK Inspirasi Pressure : 35</li> <li>• F102/O2 :100%</li> <li>• ETCO2/SPO2 : 100%</li> <li>• Cuff Pressure/ Position ETT : 5/22</li> <li>• Suction oral : ada</li> <li>• Reaksi Pupil : +/-</li> <li>• GCS :Tersedasi</li> </ul>

		• Tampak Terpasang : ETT
	Palpasi	Vocal premitus : tidak diperiksa
	Perkusi	Sonor di kedua lapang paru Pekak di daerah batas jantung Batas atas ICS-2 sinistra Batas kanan Linea sternalis dextra Batas bawah ICS-5 sinistra Batas kiri linea medio clavicularis kiri
	Suara napas	Ronchi di daerah lobus superior kanan dan kiri
	Batuk	Batuk non produktif
	Sputum	Tidak ada
	Alat bantu napas	Jam 13:00 -O <sub>2</sub> menggunakan Non Rebreathing Mask 15 liter / menit. Jam 16:00 Terpasang ventilator mekanik
	Lain – lain	Jam 13:00 -Pasien tampak pucat -Akral dingin -P : 32 kali / menit -SPO <sub>2</sub> : 78% dengan Nasal Kanul 4 liter / menit dan menjadi 99% setelah memakai NRM 15 liter / menit. -Hasil AGD : Asidosis Respiratorik Jam 16:00 -Pasien menggunakan ventilator mekanik -S : 38. 8`C
Brain	Tingkat	Jam 13:00

(B3)	kesadaran	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kualitatif : Compos Mentis</li> <li>• Kuantitatif : GCS 15 (E4, V5, M6)</li> </ul> <p>Jam 14:00</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kualitatif : Apatis</li> <li>• Kuantitatif : GCS 13 (E3, V4, M6)</li> </ul> <p>Jam 16:00</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• GCS : tidak bisa dinilai (tersedasi)</li> </ul>
	Reaksi pupil :	Isokor
	Refleks fisiologis	Tidak diperiksa
	Refleks patologis	Tidak diperiksa
	Meningeal sign	Tidak ada
	Lain-lain	<p>Nyeri kepala skala 9, rasa mau pecah.</p> <p>Gelisah</p> <p>Muntah proyektil (sekitar 150 cc)</p> <p>TD : 190/100 mmhg</p> <p>Nadi : 129 kali / menit</p> <p>Hasil CT Scan kepala : Subdural regio frontotemporoparietal sinistra. Edema cerebri terutama sinistra dengan herniasi subfalcine sejauh 1.1 cm ke dextra.</p>

E. Diagnosa Keperawatan yang muncul saat pengkajian kedua setelah terjadi perubahan kondisi pasien :

B1 : Gangguan pertukaran gas

B3 : Penurunan kapasitas adaptif intrakranial

F. Evaluasi Hasil Tindakan ( Kondisi Yang didapatkan setelah tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah keperawatan)

NO	EVALUASI	PERAWAT
1. 20:00	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial S : - O : - GCS : tersedasi - N : 116 kali / menit - TD : 190/100 kali / menit - P : 27 kali / menit - S : 38`C - Pupil anisokor (4mm/3mm) - Ventilator terpasang A : Masalah penurunan kapasitas adaptif intrakranial belum teratasi P : Lanjutkan intervensi : - Manajemen TIK : 2, 3, 4, 5, 7. - Manajemen elektrolit : 1,6	Mardiana
2 20:00	Gangguan pertukaran gas S : O : - GCS (tersedasi) - S : 37. 7`C - Terpasang ventilator : - Mode Ventilator : SIMV = TV / ETV : 420 = RATE / IMV : 15 = Total Rate : 15 = Inspirasi Pressure : 15 = PEEP/Pressure Support : 5 = PEAK Inspirasi Pressure : 35 = F102 / O2 : 100% = ETCO2 / SPO2 : 100% = Cuff Pressure / Position ETT : 5 / 22 - Suction oral : ada - Tampak Terpasang : ETT A : Masalah gangguan pertukaran gas belum teratasi  1. : Lanjutkan Intervensi : Manajemen Ventilasi Mekanik : 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9.	

G. Pengkajian Sekunder (Pengkajian riwayat keperawatan dan Head To Toe)

## KAJIAN KEPERAWATAN

Unit : Intensive care unit (ICU)

Autoanamnese : ✓

Kamar : HCU

Alloanamnese : ✓

Tgl masuk RS : 14 Juni 2022 ( jam 00. 20 )

Tgl pengkajian : 14 Juni 2022 ( jam 07. 30 )

### A. IDENTIFIKASI

#### 1. Pasien.

Nama/initial : Tn. E

Umur : 37 Tahun

Jenis kelamin : Laki-laki

Jumlah anak : 2 (Dua)

Agama/Suku : Katolik/Toraja

Warga Negara : Indonesia

Bahasa yang digunakan : Bahasa Indonesia

Pendidikan : S1

Pekerjaan : Pegawai Swasta

Alamat rumah : Perumahan Stella Maris Jl. Tidung X

#### 2. Penanggung Jawab

Nama : Ny. V

Umur : 32 Tahun

Alamat : Perumahan Stella Maris jl. Tidung X

Hubungan dengan pasien : Istri

### B. DATA MEDIK

Diagnosa Medik :

Saat masuk : ACS

Saat pengkajian : ACS

### C. KEADAAN UMUM

#### 1. Keadaan Sakit

Pasien tampak sakit berat

Alasan:

Tampak pasien terbaring lemah di atas tempat tidur dengan kesadaran compos mentis GCS 15, tampak terpasang IVFD NaCl 14 tetes/menit, tampak pasien terpasang kateter, tampak terpasang O2 nasal kanul 4 ltr/menit, terpasang monitor EKG:ST elevasi.

## 2. Tanda-tanda Vital

a. Kesadaran (kualitatif) : Compos mentis

Skala coma Glasgow (kuantitatif)

- 1) Respon motorik : 6
- 2) Respon verbal : 5
- 3) Respon membuka mata : 4

Jumlah : 15

Kesimpulan : Compos mentis

b. Tekanan darah : 170/90 mmHg

MAP : 140 mmHg

Kesimpulan: perfusi ginjal tidak memadai

c. Suhu : 37. 7°C di Axilla

d. Pernapasan : 29 x/menit

Irama: Takipnea

Jenis: Dada

e. Nadi : 119 x/menit

Irama : Takikardi/lemah

## 3. Pengukuran

a. Lingkar lengan atas : 25 cm

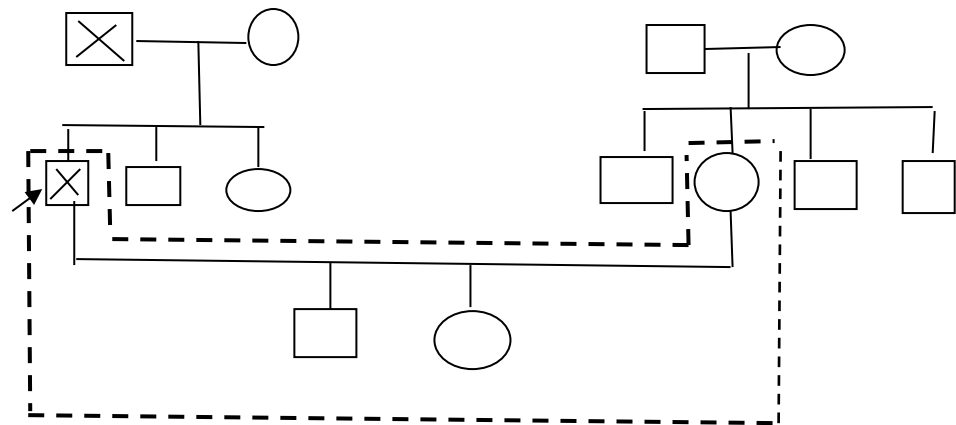
b. Tinggi badan : 159 cm

c. Berat badan : 55 kg

d. IMT : 21,8

e. Kesimpulan : Berat Badan Ideal

## 4. Genogram



Keterangan :

□ : Laki-laki

○ : Perempuan

➔ : Pasien

- - : Tinggal serumah

⊗ : Meninggal

## D. PENGKAJIAN POLA KESEHATAN

## 1. Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan.

## a. Keadaan Sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan bahwa kesehatan adalah hal yang terpenting. Bila ada anggota keluarga yang sakit langsung dibawa ke rumah sakit atau ke pusat kesehatan terdekat. Keluarga pasien mengatakan pasien rutin mengonsumsi obat jantung dan rutin memeriksakan diri di dokter. Adapun obat-obat yang dikonsumsi pasien antara lain : clopidogrel 1x1 pagi, simvastatin 1x1, furosemide 2x1, Untuk amlodipine 5mg 1x1 dianjurkan oleh dokter untuk rutin

tapi pasien meminumnya hanya saat TD nya meningkat.minta/mengingatkan Keluarga mengatakan dulu pasien merupakan perokok aktif selama kurang lebih 8 tahun tetapi setelah pasien sakit bulan maret lalu, pasien memutuskan untuk berhenti merokok.

b. Riwayat keluhan utama

1) Keluhan Utama : nyeri dada

2) Riwayat Keluhan utama :

Keluarga Pasien mengatakan pasien mengeluh kelelahan seminggu terakhir di tempat kerja dan merasa stres karena kesibukannya, sampai tidur tidak pulas. Pada tanggal 13/6/2022, saat pulang di rumah pasien mengeluh nyeri dada sejak sore disertai tidak enak perasaan, keringat dingin dan muntah 1x di rumah. Keluarga pasien mengatakan tidak langsung membawa pasien ke rumah sakit saat keluhan muncul karena keluhan berkurang setelah minum obat Farsorbid 5 mg 1 tablet di bawah lidah yang biasa disarankan oleh dokter. Karena keluhan tidak berkurang maka keluarga membawa pasien ke Rs Stella Maris dan dirawat di ruang ICU.Pasien mengatakan dokter akan memberikan untuk mengurangi nyeri dada. Pada saat pengkajian didapatkan keluhan nyeri dada berkurang skala 4 setelah pemberian trombolitik. Pasien juga mengeluh cepat merasa lelah dan agak sesak jika bergerak banyak. Pasien diberikan O2 nasal 4 liter / menit, pasien diberi posisi semi fowler karena merasa kurang nyaman jika kepala rendah. Kebutuhan pasien dipenuhi/dibantu oleh petugas dan keluarga pasien.

3) Riwayat kesehatan yang pernah dialami :

Keluarga pasien mengatakan pasien pernah dirawat di rumah sakit stella maris dengan keluhan sesak dan nyeri dada pada bulan maret 2022. Keluarga juga mengatakan kadang tekanan darah pasien tinggi.

4) Riwayat kesehatan keluarga :

Keluarga pasien mengatakan ayah dari pasien pernah mengalami penyakit jantung hingga ayahnya meninggal.

a) Pemeriksaan Fisik

- Kebersihan rambut : tampak rambut pasien bersih
- Kulit kepala : tampak kulit kepala bersih
- Kebersihan kulit : tampak kulit bersih
- Hygiene rongga mulut : tampak rongga mulut bersih
- Kebersihan genitalia : tidak dikaji
- Kebersihan anus : tidak dikaji

2. Pola Nutrisi dan Metabolik

a. Keadaan Sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakkn makan 3x sehari dengan lauk pauk dan sayur. Keluarga mengatakan pasien mengurangi mengkonsumsi lemak berlebihan dan goreng-gorengan. Namun terkadang masih konsumsi jika menghadiri pesta atau acara makan bersama keluarga/teman.

b. Keadaan Sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien makan seperti biasa tapi setelah kesadaran menurun dipasang NGT dengan diet jantung dan diet rendah garam.

c. Observasi

Tampak pasien terpasang NGT dengan jenis makanan bubur saring 100 cc dan air putih 50 cc.

1) Pemeriksaan fisik:

- a) Keadaan rambut : tampak rambut pasien bersih dan berwarna hitam
- b) Hidrasi kulit : tampak kulit elastis, turgor kulit baik
- c) Palpebra/conjungtiva : tampak tidak edema/tampak tidak anemis
- d) Sclera : tampak sclera tidak ikterik
- e) Hidung : tampak tidak ada secret
- f) Rongga mulut : tampak rongga mulut bersih
- g) Gigi : tampak gigi bersih dan gigi lengkap, tampak tidak ada gigi palsu
- h) Kemampuan mengunyah : pasien mampu mengunyah
- i) Lidah : tampak lidah bersih
- j) Pharing : tampak tidak ada pembesaran
- k) Kelenjar getah bening : tampak tidak ada pembesaran dan benjolan
- l) parotis : tampak tidak ada peradangan
- m) Abdomen
  - Inspeksi : tampak perut datar, tidak ada pembengkakan
  - Auskultasi : peristaltic usus 10 x/menit
  - Palpasi : teraba tidak ada nyeri tekan
  - Perkusi : terdengar tympani
- n) Kulit
  - Edema : negatif
  - Icteric : negatif
  - Tanda-tanda radang : negatif

3. Pola Eliminasi

- a. Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit BAB setiap hari atau kadang dua hari konsistensi padat warna kuning.

b. Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan belum BAB sejak di rumah sampai masuk RS.

c. Observasi :

Tampak pasien memakai pampers dan kateter. Urine warna kuning pekat.

d. Pemeriksaan fisik

- Peristaltik usus : 10 kali / menit
- Palpasi kandung kemih : kosong
- Nyeri ketuk ginjal : negatif
- Mulut uretra : -
- Anus

Peradangan : tampak tidak ada peradangan

Hemoroid : tampak tidak ada hemoroid

Fistula : tampak tidak ada fistula

4. Pola Aktivitas dan Latihan

a. Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien sangat jarang berolahraga karena harus bekerja.

b. Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan selama sakit pasien hanya berbaring lemah di tempat tidur dan semua kebutuhan dibantu oleh perawat dan keluarga.

c. Observasi

Tampak pasien terbaring ditempat tidur dengan posisi semi fowler dan aktivitasnya dibantu oleh perawat

1) Aktivitas harian :

Makan : 2

Keterangan:

0 : Mandiri

1. : bantuan dengan alat

2 : bantuan orang

3 : bantuan alat dan

orang

Mandi : 2  
 Pakaian : 2  
 Kerapihan : 2  
 Buang air besar : 2  
 Buang air kecil : 2  
 Mobilisasi di tempat tidur : 2

- 2) Postur tubuh : bedrest
- 3) Gaya jalan : Tampak pasien terbaring ditempat tidur
- 4) Anggota gerak yang cacat : Tidak ada
- 5) Fiksasi: : Tidak ada
- 6) Tracheostomi : Tidak ada

#### 5. Pola Tidur dan Istirahat

##### a. Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan waktu tidur malam  $\pm 6-7$  jam.  
 Keluarga Pasien mengatakan pasien sangat jarang tidur siang karena bekerja.

##### b. Keadaan sejak sakit

Keluarga mengatakan pasien susah tidur karena nyeri kepala yang dirasakan.

##### c. Observasi

Ekspresi wajah mengantuk : Negatif

Banyak menguap : Negatif

Palpebra inferior berwarna gelap : Negatif

#### Pola Persepsi Kognitif

##### a. Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan sudah dua kali masuk rumah sakit dengan keluhan yang sama.

##### b. Keadaan sejak sakit

Keluarga Pasien mengatakan pasien mengeluh nyeri dada, dan nyeri kepala yang sangat mengganggu aktifitas, sehingga

saat ini hanya berbaring di tempat tidur, segala aktifitas dibatasi dan harus dibantu.

c. Observasi

Tampak semua kebutuhan pasien dibantu perawat dan menggunakan alat bantu.

d. Pemeriksaan Fisik

1) Penglihatan

Kornea : jernih

Pupil : isokor

Lensa mata : tampak jernih

TIO : teraba kenyal pada kedua mata

2) Pendengaran

Pina : tampak simetris kiri dan kanan

Kanalis : tampak bersih antara kiri dan kanan

Membrane timpani : tampak utuh dan memancarkan cahaya

6. Pola Persepsi dan Konsep Diri

a. Keadaan Sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien adalah seorang kepala keluarga yang memiliki 1 orang istri dan 2 orang anak dimana pasien harus menghidupi semua anggota keluarganya.

b. Keadaan Sejak sakit

Keluarga Pasien mengatakan sangat cemas dengan keadaan pasien saat ini apalagi anak-anak mereka masih kecil.

c. Observasi

1) Kontak mata : tampak kontak mata ada

- 2) Rentang perhatian : tampak rentang perhatian ada
  - 3) Suara dan bicara : tampak pasien mampu berbicara
  - 4) Postur tubuh : normal
  - d. Pemeriksaan fisik
    - 1) Kelainan bawaan yang nyata : tidak ada
    - 2) Bentuk/postur tubuh : normal
    - 3) Kulit : tampak bersih
7. Pola Peran dan Hubungan dengan Sesama
- a. Keadaan Sebelum sakit
 

Keluarga Pasien mengatakan pasien sebelum sakit hubungan dengan semua anggota keluarga terjalin dengan baik maupun orang-orang di sekitar tempat tinggalnya.
  - b. Keadaan sejak keluarga
 

Keluarga pasien mengatakan selama sakit hubungan dengan anggota keluarga tetap terjalin dengan baik karena banyak keluarga yang datang berkunjung untuk menjenguk.
  - c. Observasi
 

Tampak pasien di jaga oleh istri dan keluarga yang lain, banyak anggota keluarga dan teman yang datang untuk menjenguk.
8. Pola Reproduksi dan Seksualitas
- a. Keadaan sebelum sakit
 

Keluarga pasien mengatakan tidak ada masalah
  - b. Keadaan sejak sakit
 

Keluarga mengatakan pasien tidak ada masalah dalam gangguan reproduksi
  - c. Observasi : Tidak dikaji.
  - d. Pemeriksaan fisik : tidak dikaji

#### 9. Pola Mekanisme Koping dan Toleransi Terhadap Stres

##### a. Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan jika ada masalah selalu berunding dengan suaminya.

##### b. Keadaan sejak sakit

Keluarga Pasien (istri) mengatakan keputusan pengobatan dan perawatan terhadap pasien dirundingkan dengan keluarga besar pasien (orang tua). Karena kondisi pasien tidak memungkinkan untuk mengambil keputusan.

##### c. Observasi

Pasien tampak tenang tapi kadang-kadang tampak gelisah

#### 10. Pola Sistem Nilai dan Kepercayaan

##### a. Keadaan Sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien mengatakan menganut agama katolik

##### b. Keadaan Sejak sakit

Keluarga Pasien mengatakan sejak sakit suaminya tidak dapat berdoa seperti biasanya

##### c. Observasi

Tampak pasien memakai kalung rosario, tampak pasien di dengarkan lagu rohani, tampak disamping pasien ada buku doa dan keluarga selalu mendukung lewat doa.

#### E. PEMERIKSAAN PENUNJANG

##### 1. CT SCAN KEPALA tgl 12-06-2022 jam 15. 00

Kesan :

##### a. Perdarahan subdural regio frontotemporoparietal sinistra.

##### b. Edema cerebri terutama sinistra dengan herniasi subfalcine sejauh 1. 1 cm ke dextra.

- c. Sinusitis maxillaris bilateral terutama dextra, ethmoidalis dextra.
- d. Deviasi septum nasi ke dextra.

## 2. Pemeriksaan laboratorium

Tanggal 14-06-2022 jam 07. 00

Cardiac Marker

Troponin T

Test	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
Troponin T	205	<50	ng/L

Tanggal 14-06-2022 jam 12. 09

Pemeriksaan elektrolit

Test	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
Natrium	140	136-145	mmol/L
Kalium	2, 9	3. 4-4. 5	mmol/L
Clorida	96	100-108	mmol/L

Tanggal 14-06-2022 jam 13. 29

Test	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
SGOT	350	<38	U/L
SGPT	56	<41	U/L
Ureum	51, 1	10-50	mg/dL
creatinin	1, 42	1, 4	mg/dL

Tanggal 14-06-2022 jam 16. 07

Hemostatis

Test	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
Protrombin (PTT)	21, 1	9, 7-13, 1	Detik

Hasil dalam INR	1, 95		
APTT	25, 2	25, 5-42, 1	detik

T

an	Test	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
gg	GDS	164	<160	mg/dl

al 14-06-2022 jam 17. 32

Tanggal 14-06-2022 jam 06. 01

Analisa Gas Darah

Test	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
BE	-2. 3	-2 s/d +2	mmol/L
HCO <sub>3</sub>	24. 7	22-26	
pH	7. 275	7. 35-7. 45	
PCO <sub>2</sub>	52. 7	35-45	mmHg
PO <sub>2</sub>	184. 6	83-108	mmHg
O <sub>2</sub> sat	99. 4	95-99	%

Tanggal 15-06-2022 jam 12. 53

Darah Rutin

Test	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
WBC	21. 23	4. 8-10. 2	10 <sup>3</sup> /uL
RBC	4. 96	4. 0-5. 5	10 <sup>6</sup> /uL
HGB	14. 3	12. 2-16. 2	g/dl

Tanggal 16-06-2022 jam 00. 07

Elektrolit

Test	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
natrium	163	136-145	mmol/L
Kalium	2.7	3.4-4.5	mmol/L
clorida	124	100-108	mmol/L

F. Diagnosa Keperawatan ( Sesuai dengan pengkajian sekunder)

1. Intoleransi aktifitas b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
  - a. Prinsip-prinsip Tindakan (Tindakan Mandiri dan Kolaborasi Serta Rasional Tindakan )

PRINSIP DAN TINDAKAN	RASIONAL
<b>Tindakan keperawatan melakukan tehnik relaksasi nafas dalam.</b>  Ciptakan lingkungan yang tenang, usahakan tetap rileks dan tenang	Untuk menciptakan lingkungan yang nyaman bagi pasien
Menjelaskan prosedur yang akan dilakukan dan tujuan dari teknik relaksasi nafas dalam	Agar keluarga pasien mengetahui tindakan dan fungsi teknik relaksasi nafas dalam  Tujuan : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Meningkatkan ventilasi paru</li> <li>- Meningkatkan oksigenasi darah</li> <li>- Memelihara pertukaran gas</li> <li>- Mengurangi stres fisik/emosional</li> <li>- Menurunkan intensitas nyeri</li> <li>- Menurunkan kecemasan</li> </ul>
Tindakan keperawatan	Untuk mencegah penyebaran mikroorganisme sehingga

melakukan suction : Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan(gunakan handscoen)	mengurangi penyebab bakteri maupun penularan penyakit lainnya
Memvalidasi identitas pasien	Agar tidak terjadi kesalahpahaman yang akan diberikan tindakan,dilakukan sesuai dengan identitas pasien yang dituju
Menjelaskan prosedur yang akan dilakukan dan tujuan dari tindakan melakukan suction	a. Agar keluarga pasien mengetahui tindakan dan fungsi teknik suction b. Tujuan : 1) Menjaga kepatenan jalan napas 2) Membuang sekret (saliva,cairan paru),darah,cairan muntah atau benda asing yang terletak pada jalan napas.
4. Kontraindikasi	

b. Monitor Klien ( Monitor/pengkajian berkelanjutan dan Hasil yang didapatkan)

DS :

- Keluarga mengatakan pasien semua aktifitas dibantu keluarga dan perawat.
- Keluarga mengatakan pasien merasakan nyeri kepala

DO :

- Tampak pasien terbaring lemah ditempat tidur
- Tampak pasien sesak
- Tampak semua aktifitas dibantu perawat dan keluarga

- Tampak wajah pasien meringis

c. Evaluasi Diri (Selama Merawat Pasien)

- 1) Hati-hati
- 2) Kerjasama
- 3) Teliti
- 4) Tenang
- 5) Sabar
- 6) Peka

### ANALISA DATA

DATA	ETIOLOGI	MASALAH
<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan rasa sesak</li> <li>- Pasien mengatakan nyeri dada skala 4, seperti diremas dan rasa berat, memberat saat bergerak banyak</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak sesak</li> <li>- P : 24 kali / menit</li> <li>- N : 129 kali / menit</li> <li>- Nadi teraba cepat dan dangkal</li> <li>- Hasil EKG Elevasi Segmen ST (LEAD II, III, AVF, V1 - V6) Post trombolitik</li> <li>- Hasil ECHO : EF 40%</li> <li>- Hasil enzim jantung : Troponin T 205 ng/L</li> <li>- JVP meningkat 5 + 3 cm</li> <li>- CRT memanjang 3 detik</li> </ul>	Perubahan kontraktilitas	Penurunan curah jantung (D. 0008)
<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga mengatakan sebelumnya pasien mengeluh nyeri kepala serasa mau pecah</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kesadaran menurun</li> <li>- GCS 13 (E3, V4, M6)</li> <li>- Tampak gelisah</li> <li>- Pupil isokor</li> <li>- TD : 180/100mmhg</li> <li>- N : 129 kali / menit,</li> </ul>	Edema serebral (subdural hematoma)	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial (D. 0066)

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nadi teraba cepat dan dangkal</li> <li>- S : 38°C</li> <li>- Muntah proyektil 150 cc</li> <li>- Hasil CT Scan kepala : Perdarahan subdural regio frontotemporoparietal sinistra. Edema cerebri terutama sinistra dengan herniasi subfalcine sejauh 1.1 cm ke dextra.</li> </ul>		
<p>DS :</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kesadaran menurun</li> <li>- Pernafasan cuping hidung</li> <li>- Kulit tampak pucat</li> <li>- Ada retraksi dada</li> <li>- P 32 kali / menit</li> <li>- O<sub>2</sub> NRM 15 liter / menit</li> <li>- SPO<sub>2</sub> 99%</li> <li>- Kulit tampak pucat</li> <li>- Hasil AGD asidosis respiratorik</li> </ul>	Ketidakseimbangan ventilasi-perkusi	Gangguan pertukaran gas (D. 0003)
<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan rasa lelah jika bergerak banyak</li> <li>- Pasien mengatakan sesak</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keadaan umum tampak lemah</li> <li>- TD : 180/100 mmHg</li> <li>- P : 30 kali/menit</li> <li>- N 129 kali / menit</li> <li>- Hasil EKG Elevasi Segmen ST (LEAD II, III, AVF, V1 - V6) Post trombolitik.</li> </ul>	Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	Intoleransi aktifitas (D. 0056)

### DIAGNOSA KEPERAWATAN

NO	DIAGNOSA
1	<p>Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas dibuktikan dengan : Tampak sesak, P : 24 kali / menit, N : 129 kali / menit, Nadi teraba cepat dan dangkal, Hasil EKG Elevasi Segmen ST (LEAD II, III, AVF, V1 - V6) post trombolitik, Hasil ECHO : EF 40%, Hasil enzim jantung : Troponin T 205 ng/L, JVP meningkat 5 + 3 cm, CRT memanjang 3 detik</p>
2.	<p>Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral (subdural hematoma) dibuktikan dengan : Kesadaran menurun, GCS 13 (E3, V4, M6), Tampak gelisah, Pupil isokor, TD : 180/100mmhg, N : 129 kali / menit, Nadi teraba cepat dan dangkal, Muntah proyektil 150 cc, Hasil CT Scan kepala : Perdarahan subdural regio frontotemporo-parietal sinistra. Edema cerebri terutama sinistra dengan herniasi subfalcine sejauh 1.1 cm ke dextra.</p>
3.	<p>Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi perkusi dibuktikan dengan : Kesadaran menurun, GCS 13 (E3, V4, M6), Tampak gelisah, Pupil isokor, TD : 180/100mmhg, N : 129 kali / menit, Nadi teraba cepat dan dangkal, S : 38°C, Muntah proyektil 150 cc, Hasil CT Scan kepala : Perdarahan subdural regio frontotemporo-parietal sinistra. Edema cerebri terutama sinistra dengan herniasi subfalcine sejauh 1.1 cm ke dextra.</p>
4.	<p>Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen dibuktikan dengan : Pasien mengatakan rasa lelah jika bergerak banyak, Pasien mengatakan sesak, O<sub>2</sub> NRM 15 liter / menit, N 129 kali / menit, Hasil EKG Elevasi Segmen ST (LEAD II, III, AVF, V1 - V6) Post trombolitik.</p>

### INTERVENSI KEPERAWATAN

Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Luaran yang diharapkan (SLKI)	Intervensi (SIKI)
<p>Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas dibuktikan dengan :</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan rasa sesak</li> <li>- Pasien mengatakan nyeri dada skala 4, seperti diremas dan rasa berat, memberat saat bergerak banyak</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak sesak</li> <li>- P : 24 kali / menit</li> <li>-N : 129 kali / menit</li> <li>-Nadi teraba cepat dan dangkal</li> <li>-Hasil EKG Elevasi Segmen ST (LEAD II, III, AVF, V1 - V6) Post</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan curah jantung meningkat dengan kriteria hasil : (L. 02008)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kekuatan nadi perifer meningkat</li> <li>2. Palpitasi menurun</li> <li>3. Batuk menurun</li> <li>4. Lelah menurun</li> <li>5. Dyspnea menurun</li> <li>6. Distensi vena jugularis menurun</li> <li>7. Gambaran EKG aritmia menurun</li> <li>8. TD membaik</li> <li>9. CRT membaik</li> </ol>	<p><b>Perawatan Jantung Akut(I. 02076)</b></p> <p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi karakteristik nyeri dada (meliputi factor pemicu dan pereda, kualitas, lokasi, radiasi, skala, durasi dan frekuensi)</li> <li>2. Monitor EKG 12 sandapan untuk perubahan ST dan T</li> <li>3. Monitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi)</li> <li>4. Monitor elektrolit yang dapat meningkatkan risiko aritmia (mis. Kalium, magnesium serum)</li> <li>5. Monitor enzim jantung (mis. CK, CK-MB, Troponin T, Troponin I)</li> <li>6. Monitor saturasi oksigen</li> </ol> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Pertahankan tirah baring minimal 12 jam</li> <li>8. Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi ansietas dan stress</li> </ol>

<p>trombolitik</p> <p>-Hasil ECHO : EF 40%</p> <p>-Hasil enzim jantung : Troponin T 205 ng/L</p> <p>-JVP meningkat 5 + 3 cm</p> <p>-CRT memanjang 3 detik</p>		<p>9. Sediakan lingkungan yang kondusif untuk beristirahat dan pemulihan</p> <p>10. Berikan dukungan emosional dan spiritual</p> <p><i>Edukasi:</i></p> <p>11. Anjurkan segera melaporkan nyeri dada</p> <p>12. Anjurkan menghindari manuver</p> <p><i>Kolaborasi:</i></p> <p>13. Kolaborasi pemberian antianginal (Nitrogliserin, 5 mcg/kgBB/J/SP)</p> <p>14. Kolaborasi pemberian morfin ( sebanyak 2 cc satu kali pemberian sesaat sebelum ke Radiologi)</p> <p>15. Kolaborasi pemberian inotropik (Dobutamin 5 mcg/kgBB/J/SP, Vascon 0.1 mcg/kgBB/J/SP)</p> <p>16. Kolaborasi pencegahan trombus dengan antikoagulan, (Vitamin K 1 amp/8 jam)</p>
<p>Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral ( subdural hematoma) dibuktikan dengan : DS :</p> <p>- Keluarga mengatakan</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan kapasitas adaptif intrakranial meningkat dengan kriteria hasil : (L. 06049)</p>	<p>Manajemen peningkatan tekanan intrakranial (l. 06194)</p> <p>Tindakan :</p> <p><i>Observasi :</i></p> <p>1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK</p>

<p>sebelumnya pasien mengeluh nyeri kepala serasa mau pecah</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak kesadaran menurun             <ul style="list-style-type: none"> <li>- GCS 13 (E3, V4, M6)</li> <li>- Tampak gelisah</li> <li>- Pupil isokor</li> <li>- TD : 180/100mmhg</li> <li>- N : 129 kali / menit,</li> <li>- Nadi teraba cepat dan dangkal</li> <li>- S : 38°C</li> <li>- Muntah proyektil 150 cc</li> <li>- Hasil CT Scan kepala : Perdarahan subdural regio frontotemporoparietal sinistra. Edema cerebri terutama sinistra dengan herniasi subfalcine sejauh 1.1 cm ke dextra.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Tingkat kesadaran meningkat</li> <li>2. Sakit kepala menurun</li> </ul> <p>k</p>	<p>( misalnya edema serebral)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (misalnya tekanan darah meningkat, pola nafas ireguler, kesadaran menurun)</li> <li>3. Monitor status pernafasan</li> <li>4. Monitor intake dan output cairan</li> </ul> <p><i>Terapeutik:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>5. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang</li> <li>6. Atur ventilator agar PaCo2 optimal</li> <li>7. Pertahankan suhu tubuh normal</li> <li>8. Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan ( Fentanyl 3cc/j/SP, Midazolam 3 cc/j/SP )</li> <li>9. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis (Manitol 150 cc/8jam/drips)</li> <li>10. Kolaborasi pemberian antibiotik (Ceftriaxone 1 gr/24 jam, Moxifloxacin 1 botol/24 jam</li> <li>11. Kolaborasi pemberian anti Hipertensi (Nicardipine 0.5 mcg/kgBB/J/Hour)</li> </ul>
--	--	---

		<p>Manajemen elektrolit (I. 03102)</p> <p>Tindakan</p> <p><i>Observasi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor kadar elektrolit</li> <li>2. Monitor efek samping pemberian suplemen elektrolit</li> </ol> <p><i>Terapeutik:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Berikan cairan jika perlu</li> <li>4. Pasang akses intravena 2 line</li> </ol> <p><i>Edukasi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Jelaskan jenis penyebab dan penanganan ketidakseimbangan elektrolit</li> </ol> <p><i>Kolaborasi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Kolaborasi pemberian suplemen elektrolit ( KCL 1 flacon dalam PBNS/24 jam</li> </ol>
<p>Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perkusi dibuktikan dengan :</p> <p>DS :</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak kesadaran menurun</li> <li>- Pernafasan cuping hidung</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24jam maka diharapkan pertukaran gas meningkat dengan kriteria hasil : (L. 01004)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tingkat kesadaran meningkat</li> <li>2. Dispnea menurun</li> <li>3. Gelisah menurun</li> </ol>	<p>Dukungan ventilasi (I01002)</p> <p>Tindakan</p> <p><i>Observasi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya kelelahan otot bantu nafas</li> <li>2. Identifikasi efek perubahan posisi terhadap status pernafasan</li> <li>3. Monitor status respirasi dan oksigenasi</li> </ol>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kulit tampak pucat</li> <li>- Ada retraksi dada</li> <li>- P : 32 kali / menit</li> <li>- O2 NRM 15 liter / menit</li> <li>- SPO2 99%</li> <li>- Kulit tampak pucat</li> <li>- Hasil AGD asidosis respiratorik</li> </ul>	<p>4. Nafas cuping hidung menurun</p> <p>5. PCO2 membaik</p> <p>6. PO2 membaik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• PH arteri membaik.</li> <li>• Warna kulit membaik</li> </ul>	<p><i>Terapeutik:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Pertahankan kepatenan jalan nafas</li> <li>5. Berikan oksigenasi sesuai kebutuhan</li> </ol> <p><i>Edukasi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Ajarkan melakukan tehnik relaksasi nafas dalam</li> </ol> <p><i>Kolaborasi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Pemberian bronkodilator jika perlu</li> </ol> <p>Manajemen ventilasi mekanik (I. 01013)</p> <p>Tindakan</p> <p><i>Observasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa indikasi ventilator mekanik (misalnya kelelahan otot nafas, disfungsi neurologis, dan asidosis respiratori )</li> <li>2. Monitor efek ventilator terhadap status oksigenasi (misalnya bunyi paru, X-ray paru, AGD, SaO2, SvO2, ETCO2, respon subjektif pasien</li> <li>3. Monitor kondisi yang meningkatkan konsumsi oksigen (misalnya demam, menggigil, kejang, dan nyeri)</li> </ol> <p><i>Terapeutik:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Reposisi pasien setiap dua jam jika perlu</li> </ol>
--	--	---

		<p>5. Lakukan perawatan mulut secara rutin termasuk sikat gigi setiap 12 jam</p> <p>6. Lakukan penghisapan lendir sesuai kebutuhan</p> <p><i>Kolaborasi:</i></p> <p>7. Kolaborasi pemilihan mode ventilator (misalnya kontrol volume, tekanan atau gabungan)</p> <p>8. Kolaborasi pemberian agen pelumpuh otot, sedatif, analgetik, sesuai kebutuhan</p> <p>9. Kolaborasi penggunaan PS atau PEEP untuk meminimalkan hipoventilasi alveolus</p>
<p>Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen dibuktikan dengan :</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan rasa lelah jika bergerak banyak</li> <li>- Pasien mengatakan sesak</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak Keadaan umum lemah</li> <li>- TD : 180/100 mmHg</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24jam maka diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil : (L. 05047)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• SPO2 meningkat</li> <li>• Kemudahan dalam melakukan aktivitas meningkat</li> <li>• Keluhan lelah menurun</li> <li>• Warna kulit membaik</li> </ul>	<p>Manajemen Energi (I. 05178)</p> <p>Tindakan</p> <p><i>Observasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</li> </ol> <p><i>Terapeutik:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus</li> </ol> <p><i>Edukasi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang</li> </ol>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- P : 30 kali/menit</li> <li>- N 129 kali / menit</li> <li>- Hasil EKG Elevasi Segmen ST (LEAD II, III, AVF, V1 - V6) Post trombolitik.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TD membaik</li> <li>• Frekuensi nafas membaik</li> </ul>	<p>Terapi Oksigen (I. 01026)</p> <p>Tindakan</p> <p><i>Observasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor efektifitas terapi oksigen(mis. Oksimetri, analisa gas darah)</li> </ol> <p><i>Terapeutik :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Bersihkan secret pada mulut, hidung dan trakea, jika perlu.</li> <li>3. Pertahankan kepatenan jalan nafas</li> </ol> <p><i>Kolaborasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Kolaborasi penentuan dosis oksigen</li> </ol>
---	---	--

### IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama/Umur : Tn. E / 37 tahun

Ruangan : ICU

Hari/Tgl	DP	Waktu	Pelaksanaan Keperawatan	Perawat
Selasa/14 Juni 2022	I	07:30	Mengidentifikasi karakteristik keluhan nyeri pasien Hasil : - Pasien masih mengeluh nyeri dada skala 4 rasa diremas, memberat saat bergerak banyak. - Pasien istirahat posisi semifowler. - Tampak pasien kelelahan.	Maria
	I	07:45	Memonitor TTV Hasil : - TD : 150/90 mmHg - N : 129 kali/menit - P : 24 kali/menit - S : 36.8`C - SPO2 : 99%,Terpasang O2 Nasal 4 liter/menit	Maria
	I	08:00	Memonitor EKG 12 sadapan (post trombolitik) Hasil : - EKG :	Maria
	I	08:10	Memberikan obat-obat oral dan injeksi ke pasien Hasil : -Clopidogrel 1x1 tablet -Furosemide 2x1 tablet -Omeprazole 1 amp/12 jam/iv -Dexamethasone 1 ampul/ekstra/iv	Maria
	I	08:30	Menganjurkan pasien untuk melaporkan jika ada keluhan nyeri dada dan menganjurkan coba istirahat. Hasil : -Tampak pasien mencoba untuk tidur - Pengaman tempat tidur terpasang	Maria
	I, IV	08:40	Memberikan terapi relaksasi untuk mengurangi nyeri Hasil :	Maria

			- Pasien mampu melakukan teknik relaksasi nafas dalam beberapa kali.	
	II	12:00	Monitor TTV dan keluhan pasien Hasil : - TD : 160/98 mmHg - N : 125 kali/menit - Pasien mengeluh kepala rasa mau pecah, skala 9. - Tampak pasien sangat gelisah, sebentar duduk, sebentar baring. - Tampak pasien kesakitan dan gelisah - Pasien muntah 1 kali sekitar 150 cc	Maria
	I	12:05	Memberikan obat atas instruksi dokter Hasil : - Membantu pasien minum obat Paracetamol 1000mg/oral - Memberi injeksi Ondansetron 4 mg/iv	Maria
	I	12:09	Melakukan pemeriksaan Lab : Elektrolit, SGPT, SGOT, Ureum, Kreatinin. Hasil : - Mengambil sampel darah	Maria
	I	13:30	Menyiapkan pasien rencana CT Scan Kepala Hasil : - Pasien diinjeksi Morfin 1 cc/iv karena sangat gelisah sebelum dibawa ke ruang radiologi	Mardiana
	I	14:00	Mengantar pasien ke Radiologi Hasil : - GCS 13 ; Apatis (E3, V4, M6) - Selesai CT.Scan, hasil Subdural Hemoragik	Mardiana
	II	14:20	Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK Hasil : - Hasil CT Scan subdural hemoragik	Mardiana
	I, II, III	14:30	Monitor TTV dan tingkat kesadaran dan peningkatan tekanan intrakranial Hasil - GCS 13 (E3 V4 M6)	Mardiana

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pupil anisokor (4mm/3mm)</li> <li>- TD :140/80 mmHg</li> <li>- N : 100 kali/menit</li> <li>- P : 30 kali/menit</li> <li>- S : 37`C</li> <li>- SPO2 : 78%</li> <li>- Memasang oksigen NRM 15 liter/menit</li> </ul>	
	III	14:33	<p>Menidentifikasi adanya kelelahan otot bantu nafas</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-P 30 kali/menit</li> <li>-Kesadaran menurun</li> <li>-SPO2 turun ke 92% dengan NRM 15 liter/menit</li> </ul>	Mardiana
	II	14:35	<p>Memonitor intake output cairan</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Pasien terakhir minum jam 09:00</li> <li>-Terpasang infus NaCl 0.9% 14 tetes/menit kolf kedua</li> </ul>	Mardiana
	III	14:40	<p>Memfasilitasi rencana konsul ke dokter syaraf dan bedah syaraf dengan memberikan <i>informed concent</i></p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memberikan informed concent untuk rencana konsul rawat sama dengan dokter bedah syaraf dan dokter syaraf</li> </ul>	Mardiana
	III	15:00	<p>Monitor TTV dan rencana konsul Anastesi untuk persiapan pemasangan Ventilator</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kesadaran menurun</li> <li>- TD : 130/70 mmHg</li> <li>- N : 98 kali/menit</li> <li>- P : 20-24 kali/menit</li> <li>- S : 36.7`C</li> <li>- SPO2 : 97% - 99%</li> </ul>	Mardiana
	III	15:35	<p>Memberikan injeksi Manitol, dan antibiotik dan memasang infus 2 line</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Injeksi Manitol 250 cc loading/drips</li> </ul>	Mardiana

			(lanjut 150 cc/8jam/drips) -Injeksi Citicoline 1 amp/8 jam/iv -Injeksi Asam Tranexamat 500mg/iv (lanjut 500mg/6 jam/iv -Injeksi Ceftriaxone 1 gram/iv (lanjut 1gr/24jam/iv) Sudah skintest sebelum diberikan)	
	III	16:00	Mendampingi dokter untuk tindakan intubasi endotrakeal dan pemasangan ventilator Hasil : -Ventilator terpasang mode : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mode Ventilator : SIMV</li> <li>• TV/ETV : 420</li> <li>• RATE/IMV : 15</li> <li>• Total Rate : 15</li> <li>• Inspirasi Pressure : 15</li> <li>• PEEP/Pressure Support : 5</li> <li>• PEAK Inspirasi Pressure : 35</li> <li>• F102/O2 :100%</li> <li>• ETCO2/SPO2 : 100%</li> <li>• Cuff Pressure/ Position ETT : 5/22</li> </ul> - Suction oral : ada - Reaksi Pupil : +/- - GCS Tersedasi - Tampak Terpasang : ETT - Terpasang NGT	Mardiana
	I, II, III	16:30	Memberikan obat-obat Hasil : -Maintenance dengan Fentanyl 3 cc/jam/SP -Injeksi Nicordipine 0.5 mcg/kgBB/menit/SP/iv -Injeksi Midazolam 3 mcg/jam/SP/iv -Infus NS 0.9% 14 tetes/menit	Mardiana
	III	17:00	Memonitor hasil Elektrolit ke Lab Hasil : -Kalium rendah : 2.9 mmol/L -Clorida 96 mmol/L -Injeksi KCL 1 flacon dalam PBNS 0.9% / 24 jam	Mardiana

	III	17:05	Memonitor hasil pembekuan darah Hasil : PT 21.1 detik APTT 25.2 detik -Injeksi Vitamin K 1 amp/8 jam/iv (selama 3 hari)	Mardiana
	III	18:00	Melakukan pemeriksaan fisik Hasil : -Auskultasi : Ronchi di kedua lapang paru Melakukan suction,tampak sputum kental	Mardiana
	II	18:10	Melakukan pemeriksaan GDS Hasil - GDS 164 mg/dl (Target GDS 120-180 mg/dl)	Mardiana
	II	18:15	Memberikan makanan ke pasien Hasil : -bubur halus per sonde (250cc) -Memberikan curcuma tablet per sonde -Memberikan Dextrose 5% 50 ml per jam (4 kali pemberian)	Mardiana
	I, II, III,	19:00	Memonitor TTV Hasil : - TD 130/92 mmHg - N 92 kali/menit - P 24 kali/menit -S 36.5`C -SPO2 99% - Sonde Dextrose 5% 50 ml	Mardiana
	IV	19:05	Menciptakan lingkungan yang tenang untuk pasien dan mengatur posisi pasien -Membatasi pengunjung,sementara pasien hanya dapat dilihat dari luar kamar Hasil : -Pasien posisi head up 20 derajat (diperbolehkan 15-30 derajat)	Mardiana
	II III	20:00	Memonitoring intake output pasien Hasil : Urine buang dari jam 13:00 - 20:00 1500 cc warna kuning jernih.	Mardiana

	II	20:05	Memberikan sonde Dextrose 5 % Hasil : Sonde 50 ml	Mardiana
	II	21:05	Memberikan sonde Dextrose 5 % Hasil : Sonde 50 ml	Perawat ICU
	I, II, III	22:00	Memonitor TTV -GCS : tersedasi -TD 170/100 mmHg -N 112 kali/menit -P 30 kali/menit -S 38`C -Ventilator terpasang,mode : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mode Ventilator : SIMV</li> <li>• TV/ETV : 425</li> <li>• RATE/IMV : 16</li> <li>• Total Rate : 17</li> <li>• Inspirasi Pressure :</li> <li>• PEEP/Pressure Support : 5/8</li> <li>• PEAK Inspirasi Pressure : 30</li> <li>• F102/O2 :50%</li> <li>• ETCO2/SPO2 : 97%</li> <li>• Cuff Pressure/ Position ETT : 5/22</li> </ul> -Suction oral : Sputum banyak	
	II, III	00:00	Memberikan injeksi sesuai jam pemberian sebelumnya Hasil : -Injeksi Omeprazole 1 flacon/iv -Injeksi Citicoline 1 am/iv -Injeksi asam Tranexamat 500mg/iv -Injeksi vitamin K 1 amp/iv -Injeksi Monitol 150 cc/drips	Perawat ICU
	I, II, III	01:00	Memonitor TTV TD 150/94 mmHg N 112 kali/menit P 23 kali/menit S 37`C SPO2	Perawat ICU
	IV	02:50	Memonitor efektifitas terapi oksigen Hasil :	Perawat ICU

			SPO2 95% -Sputum banyak,suction oral dan ETT -Setelah itu cek SPO2,muali meningkat ke 98%	
	II	03:00	Melakukan pengisapan lendir per oral dan melalui ETT Hasil : -Ronchi minimal setelah suction,sputum ada banyak warna putih	Perawat ICU
	IV	05:00	Memandikan pasien ( washlap ) Hasil : -Selesai mengganti pakaian pasien/laken basah	Perawat ICU
	I, II, III	06:00	Mempertahankan suhu tubuh: Hasil : -S : 38`C	Perawat ICU
		06:15	Melaporkan ke dokter, suhu badan pasien meningkat. Hasil : -Memberikan injeksi Paracetamol 1 gr/drips -Memberikan sonde 250 cc bubur cair,diet jantung dan HT -Memberikan injeksi Asam Tranexamat 1 amp/iv	Perawat ICU
Rabu/ 15/6/2022	II	07:30	Memonitor adanya peningkatan tekanan intra kranial Hasil : TD : 120/85 mmhg N : 92 kali/menit P : dua22 kali/menit S 37.5`C	Maria
	II	08:00	Memonitor GDS Hasil : GDS 127 mg/dl	Maria
	I, II, III	08:15	Memberikan injeksi pagi : -Injeksi Omeprazole 1 amp/iv -Injeksi Citicoline 1 amp/iv -Manitol 150 cc/drips -Nefrosteril 1 botol/24 jam/drips -Injeksi Vit K 1 amp/iv	Maria
	II	09:00	Memonitor peningkatan TIK Hasil :	Maria

			TD 90/60mmHg N 98 kali/menit P 30 kali/menit S 37.5`C -Injeksi Nicordipine stop	
	II	09:30	Monitor TD 100/62 mmHg Hasil : -Injeksi Dobutamin 5 mcg/kgBB/SP/iv -Injeksi Vascon -Injeksi Nitrogliserin 1.5 cc/jam/SP/iv	Maria
	II,IV	10:00	Memonitor status pernafasan pasien Hasil : -Sputum banyak -Mengatur posisi pasien head up 10 derajat -P : 35 kali/menit -SPO2 92% -Auskultasi : Ronchi kiri dan kanan	Maria
	III	10:10	Melakukan pengisapan lendir Hasil : -SPO2 sebelum suction 92%. -Suction oral dan ETT SPO2 sesudah suction 97%	
	I-III	12:00	Memonitor TTV Hasil : -TD 110/72 mmHg -N 88 kali/menit -P 24 kali/menit -S 37`C -Ventilator terpasang mode : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mode Ventilator : SIMV</li> <li>• TV/ETV : 423</li> <li>• MV/EMV : 7.4</li> <li>• RATE/IMV : 16</li> <li>• Total Rate : 16</li> <li>• Inspirasi Pressure : 15</li> <li>• PEEP/Pressure Support : 5/8</li> <li>• PEAK Inspirasi Pressure : 33</li> <li>• F102/O2 :50%</li> <li>• ETCO2/SPO2 : 100%</li> <li>• Cuff Pressure/ Position ETT :</li> </ul>	Maria

			5/23 -Pupil anisokor (4mm/3mm)	
	I-IV	12:30	Memberi makan per sonde Hasil : -Sonde bubur 250 cc -Memberi obat Maxiliv 1 tablet	Maria
		14:15	Mengukur suhu badan,kulit teraba panas Hasil : -Sb 38.5`C -Memberi injeksi sistenol 1 amp/iv ( bila demam) -Injeksi Paracetamol di stop	Mardiana
		15:30 II	Memonitor hasil lab. Darah rutin Hasil : -WBC 21.230uL -Injeksi Ceftriaxone dinaikkan 2 gr/24 jam/iv -Injeksi metronidazole 1 botol/8 jam/iv -Injeksi Moxifloxacin 400mg/24 jam/iv	Mardiana
	I-III	16:00	Memberi injeksi : Hasil : -Injeksi Omeprazole 1 amp/iv -Manitol 150 cc/drips -Injeksi Citicolin 1 amp/iv -Injeksi Asam Tranexamat 1 amp/iv	Mardiana
	II	17:00	Memonitor efek ventilator terhadap status oksigenasi Hasil : -TD 111/73 mmHg -N 98 kali/menit -P 24 kali/menit -SPO2 99% -Auskultasi dada : Ronchi ada -Melakukan suction oral dan ETT,sputum kental warna putih	Mardiana
	II	17:00	Memberi obat untuk Elektrolit Hasil : -Injeksi KCL 1 flacon dalam PBNS 0.9%	Mardiana
	III	18:00	Memberi makan per sonde Hasil : -Sonde 250cc	Mardiana

			-Memberi obat oral per sonde (Maxiliv 1 tablet)	
	III	20:00	Membuang urine -Urine warna kuning jernih -Jumlah 450 cc	Mardiana
I-III		22:00	Memonitor TTV Hasil : -TD 120/76 mmhg -N 98 kali/menit -P 23 kali/menit -S 37`C -Ventilator ada mode : SIMV -Ronchi ada : Selesai suction	Peawat ICU
II, III		00:00	Memberikan obat-obat injeksi Hasil : -Injeksi Omeprazole 1 flacon/iv -Injeksi Citicoline 1 am/iv -Injeksi asam Tranexamat 500mg/iv -Injeksi vitamin K 1 amp/iv -Injeksi Monitol 150 cc/drips	Perawat ICU
	II, III	01:00	Memonitor TTV dan alat ventilator Hasil : -TD 120/71 mmhg -N 100 kali/menit -P 25 kali/menit -S 37.1`C -Ventilator ada mode : SIMV -Pupil anisokor (4mm/3mm)	Perawat ICU
	III	03:00	Melakukan suction Hasil : -P 34 kali/menit -Ronchi di kedua lapang paru -Melakukan tindakan suction -Tampak sputum warna putih,banyak	Perawat ICU
	IV	05:00	Memandikan pasien dan melakukan oral hygiene Hasil : -Pasien selesai dimandikan -Tampak bibir kering,kulit pucat,akral dingin	Perawat ICU
	I-IV	06:00	Mengukur TTV dan balance cairan Hasil :	Perawat ICU

			-TD 110/68 mmhg -N 88 kali/menit -P 22 kali/menit -S 36.1`C -SPO2 99%	
	II	06:15	Mengecek GDS dan memberi makan per sonde Hasil : -GDS 150 kali/menit -Sonde 250 cc bubur + Maxiliv 1 tablet	Perawat ICU
Kamis/ 16/6/2022	I	07:30	Memonitor TTV -TD 127/82 mmHg, MAP 98mmHg -N 103 kali/menit -P 17 kali/menit -S 36`C -SPO2 99% -Pupil anisokor (4mm/3.5mm) -Ventilator mode SIMV -Melakukan tindakan suction	Maria
	I, II, III	08:00	Memberikan injeksi pagi : -Injeksi Omeprazole 1 amp/iv -Injeksi Citicoline 1 amp/iv -Manitol 150 cc/drips -Nefrosteril 1 botol/24 jam/drips -Injeksi Vit K 1 amp/iv	Maria
	IV	09:00	Membantu mengganti pakaian pasien karena lembab Hasil : Selesai mengganti pakaian pasien	Maria
	II	11:00	Mengikuti dokter visite, rencana cek lab kontrol PT, APTT, Elektrolit dan kreatinin Hasil : -Lab Elektrolit sudah dicek subuh hasil =Natrium 163mmol/L =Kalium 2.7mmol/L =Clorida 124 mmol/L -Terkirim permintaan untuk pemeriksaan PT, APTT, dan kreatinin.	Maria
	II	14:30	Mendampingi keluarga untuk diedukasi kondisi pasien saat ini oleh dokter neuro Hasil : -GCS 3 E1, V1, M1.	Maria + Mardiana

			-Pupil dilatasi -Refleks kornea tidak ada -Susp Brain Death -Respon keluarga inti belum sepenuhnya menerima	
	iv	15:00	Memonitor status respirasi dan oksigenasi Hasil : -TD 98/72 mmHg -N 102 kali/menit -P 19 kali/menit -S 36`C -SPO2 97% -Ventilator SIMV -Akral dingin -Pupil dilatasi	Maria + Mardiana
	I, II,III	16:00	Memberikan obat-obat injeksi Hasil : Injeksi Ceftriaxone dinaikkan 2 gr/24 jam/iv -Injeksi metronidazole 1 botol/8 jam/iv -Injeksi Moxifloxacin 400mg/24 jam/iv Injeksi Omeprazole 1 amp/iv -Manitol 150 cc/drips -Injeksi Citicolin 1 amp/iv -Injeksi Asam Tranexamat 1 amp/iv -Injeksi Vitamin K stop	Maria + Mardiana
		16:30	Melakukan suction Hasil : -SPO <sub>2</sub> meningkat setelah dilakukan suction	Maria + Mardiana
	III	18:00	Memonitor TTV Hasil : -TD 90/80 mmHg -N 89 kali/menit -P 22 kali/menit -S 36`C -SPO2 97%	Maria + Mardiana
		20:00	Memberi ruang buat keluarga tapi tetap meminta untuk membatasi masuk ke ruang pasien Hasil : Keluarga inti mendampingi pasien,	Maria + Mardiana

### EVALUASI KEPERAWATAN

Nama/Umur : Tn. E / 37 tahun

Ruangan : ICU

Hari / Tgl	DP	Evaluasi ( SOAP )
14/6/2022 13:00	I	<p>Penurunan curah jantung</p> <p>S :- Pasien mengatakan rasa sesak</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri dada skala 3, memberat saat bergerak banyak</li> <li>- Pasien mengatakan kepalanya sangat sakit, skala 9 seperti mau pecah.</li> </ul> <p>O :- Tampak berbaring posisi semi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak batuk</li> <li>- O2 nasal canule 4 liter / menit</li> <li>- P 26 kali / menit</li> <li>- N 125 kali / menit</li> <li>- Nadi teraba cepat dan dangkal</li> <li>- EKG Elevasi Segmen ST (LEAD II, III, AVF, V1-V6) Post trombolitik</li> <li>- Hasil ECHO : EF 40%</li> <li>- Hasil enzim jantung : Troponin T 205 ng/L</li> </ul> <p>A : Masalah penurunan curah jantung belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor EKG 12 sandapan untuk perubahan ST dan T</li> <li>- Monitor aritmia</li> <li>- Monitor elektrolit yang dapat meningkatkan risiko aritmia</li> <li>- Pertahankan tirah baring minimal 12 jam</li> <li>- Anjurkan segera melaporkan nyeri dada</li> <li>- Kolaborasi pemberian antianginal</li> <li>- Kolaborasi pemberian morfin,</li> <li>- Kolaborasi pemberian inotropik,</li> <li>- Kolaborasi pencegahan trombus dengan antikoagulan,</li> </ul>
20:00		<p>Penurunan kapasitas adaptif intrakranial</p> <p>S :-</p> <p>O :- GCS tersedasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- N 116 kali / menit</li> <li>- TD 190/100 kali / menit</li> <li>- P 27 kali / menit</li> <li>- Pupil anisokor (4mm/3mm)</li> </ul> <p>A : Masalah penurunan kapasitas adaptif intrakranial belum teratasi</p>

		<p>P : Lanjutkan intervensi :</p> <p>Manajemen peningkatan tekanan intra kranial :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi penyebab peningkatan TIK ( misalnya edema serebral)</li> <li>- Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (misalnya tekanan darah meningkat, pola nafas ireguler, kesadaran menurun)</li> <li>-Atur ventilator agar PaCo2 optimal</li> <li>-Pertahankan suhu tubuh normal</li> <li>-Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan jika perlu</li> <li>-Kolaborasi pemberian diuretik osmosis jika perlu</li> </ul> <p>Manajemen elektrolit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Monitor kadar elektrolit</li> <li>-Kolaborasi pemberian suplemen elektrolit ( misalnya oral, NGT, IV) sesuai indikasi</li> </ul>
20:00		<p>Gangguan pertukaran gas</p> <p>S :</p> <p>O : - GCS (tersedasi)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- S 37. 7`C</li> <li>- Terpasang ventilator :</li> <li>- Mode Ventilator : SIMV</li> <li>= TV / ETV : 420</li> <li>= RATE / IMV : 15</li> <li>= Total Rate : 15</li> <li>= Inspirasi Pressure : 15</li> <li>= PEEP/Pressure Support : 5</li> <li>= PEAK Inspirasi Pressure : 35</li> <li>= F102 / O2 : 100%</li> <li>= ETCO2 / SPO2 : 100%</li> <li>= Cuff Pressure / Position ETT : 5 / 22</li> <li>- Suction oral : ada</li> <li>- Tampak Terpasang : ETT</li> </ul> <p>A : Masalah gangguan pertukaran gas belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi :</p> <p>Manajemen Ventilasi Mekanik :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Monitor efek ventilator terhadap status oksigenasi (misalnya bunyi paru, X-ray paru, AGD, SaO2, SvO2, ETCO2, respon subjektif pasien</li> <li>-Monitor kondisi yang meningkatkan konsumsi oksigen (misalnya demam, menggigil, kejang, dan nyeri)</li> <li>-Lakukan perawatan mulut secara rutin termasuk sikat gigi setiap 12 jam</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Lakukan penghisapan lendir sesuai kebutuhan</li> <li>-Kolaborasi pemilihan mode ventilator</li> <li>-Kolaborasi pemberian agen pelumpuh otot, sedatif, analgetik, sesuai kebutuhan</li> <li>-Kolaborasi penggunaan PS atau PEEP untuk meminimalkan hipoventilasi alveolus</li> </ul>
		<p>Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga mengatakan saat sadar sampai pasien terventilator,kebutuhan pasien dibantu oleh perawat dan keluarga</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak pasien memakai ventuilator</li> <li>- Pasien total care</li> <li>- Kebutuhan pasien akan oksigen dari alat medis yang terpasang</li> </ul> <p>A : Masalah intoleransi aktifitas belum teratasi,</p> <p>P : Lanjutkan intervensi :</p> <p>Energi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus</li> </ul> <p>Terapi oksigen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor efektifitas terapi oksigen(mis. Oksimetri, analisa gas darah)</li> <li>- Bersihkan secret pada mulut, hidung dan trakea, jika perlu.</li> <li>-Pertahankan kepatenan jalan nafas</li> <li>-Kolaborasi penentuan dosis oksigen</li> </ul>
Rabu/ 15-7-2022 13:00	1	<p>Penurunan curah jantung</p> <p>S :</p> <p>O :- GCS : tersedasi,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- P : 35 kali/menit</li> <li>- JVP meningkat 5+3 cm</li> <li>- Hasil ECHO : EF 40%</li> <li>- Hasil enzim jantung : Troponin T 205 ng/L</li> </ul> <p>A : Masalah penurunan curah jantung belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Monitor saturasi oksigen</li> <li>- Kolaborasi pemberian antianginal</li> <li>- Kolaborasi pemberian inotropik,</li> <li>- Kolaborasi pencegahan trombus dengan antikoagulan,</li> </ul>
13:00		<p>Penurunan kapasitas adaptif intrakranial</p> <p>S : -</p>

		<p>O : - GCS tersedasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- N : 94 kali / menit</li> <li>- TD : 100/62 kali / menit</li> <li>- P : 35 kali / menit</li> <li>- Pupil anisokor (4mm/3mm)</li> <li>- Kulit pucat</li> <li>- Mukosa bibir kering</li> </ul> <p>A : Masalah penurunan kapasitas adaptif intrakranial belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Monitor status pernafasan</li> <li>-Monitor intake dan output cairan</li> <li>-Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang</li> <li>-Pertahankan suhu tubuh normal</li> <li>-Kolaborasi pemberian suplemen elektrolit</li> </ul>
15/6/2022 13:00		<p>Gangguan pertukaran gas</p> <p>S :</p> <p>O : - GCS (tersedasi)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- S 37`C</li> <li>- Terpasang ventilator :</li> <li>- Mode Ventilator : SIMV</li> <li>- Suction oral : ada</li> <li>- Terpasang : ETT</li> <li>- Ronchi di kedua lapang paru,sputum banyak</li> </ul> <p>A : Masalah gangguan pertukaran gas belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi :</p> <p>Monitor efek ventilator terhadap status oksigenasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Monitor kondisi yang meningkatkan konsumsi oksigen</li> <li>-Lakukan perawatan mulut secara rutin</li> </ul> <p>Lakukan pengisapan lendir sesuai kebutuhan</p>
13:00		<p>Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen</p> <p>S :</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien total care</li> <li>- Kebutuhan pasien akan oksigen dari alat medis yang terpasang</li> </ul> <p>A : Masalah intoleransi aktifitas belum teratasi,</p> <p>P : Lanjutkan intervensi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus</li> <li>- Monitor efektifitas terapi oksigen(mis. Oksimetri, analisa gas darah)</li> <li>- Bersihkan secret pada mulut, hidung dan trakea, jika</li> </ul>

		<p>perlu.</p> <p>-Pertahankan kepatenan jalan nafas</p>
15/7/2022 20:00		<p>Penurunan curah jantung</p> <p>S :</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD : 111/73 mmhg</li> <li>N : 98 kali/menit</li> <li>JVP meningkat 5+3</li> <li>- Hasil ECHO : EF 40%</li> <li>- Hasil enzim jantung : Troponin T 205 ng/L</li> </ul> <p>A : Masalah penurunan curah jantung belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor saturasi oksigen</li> <li>- Kolaborasi pemberian antianginal</li> <li>- Kolaborasi pemberian inotropik,</li> <li>- Kolaborasi pencegahan trombus dengan antikoagulan,</li> </ul>
15/6/2022 20:00		<p>Penurunan kapasitas adaptif intrakranial</p> <p>S : -</p> <p>O : - GCS : tersedasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- N : 98 kali / menit</li> <li>- TD : 111/73 kali / menit</li> <li>- P : 24 kali / menit</li> <li>- S : 37`C</li> <li>- Pupil anisokor (4mm/3mm)</li> </ul> <p>A : Masalah penurunan kapasitas adaptif intrakranial belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (misalnya tekanan darah meningkat, pola nafas ireguler, kesadaran menurun)</li> <li>- Atur ventilator agar PaCo2 optimal</li> <li>- Pertahankan suhu tubuh normal</li> <li>-Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan</li> <li>-Kolaborasi pemberian diuretik osmosis</li> <li>-Monitor kadar elektrolit</li> <li>-Kolaborasi pemberian suplemen elektrolit oral sesuai indikasi</li> </ul>
15/6/2022 20:00		<p>Gangguan pertukaran gas</p> <p>S :</p> <p>O : - GCS (tersedasi)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- S 37`C</li> <li>- Mode Ventilator : SIMV</li> <li>- Suction oral : ada</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terpasang : ETT</li> <li>- Ronchi di kedua lapang paru,sputum banyak</li> </ul> <p>A : Masalah gangguan pertukaran gas belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Monitor efek ventilator terhadap status oksigenasi</li> <li>-Monitor kondisi yang meningkatkan konsumsi oksigen</li> <li>-Lakukan perawatan mulut secara rutin</li> <li>Lakukan pengisapan lendir sesuai kebutuhan</li> </ul>
15/6/2022 20:00		<p>Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen</p> <p>S :</p> <p>O : - Total care</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- SPO2 97%</li> </ul> <p>A : Masalah intoleransi aktifitas belum teratasi,</p> <p>P : Lanjutkan intervensi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus</li> <li>- Monitor efektifitas terapi oksigen(mis. Oksimetri, analisa gas darah)</li> <li>- Bersihkan secret pada mulut, hidung dan trakea, jika perlu.</li> <li>-Pertahankan kepatenan jalan nafas</li> </ul>
16/6/2022 13:00		<p>Penurunan curah jantung</p> <p>S :</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD : 98/72 mmhg</li> <li>- N : 102 kali/menit</li> <li>- JVP meningkat 5+3</li> <li>- Hasil ECHO : EF 40%</li> <li>- Hasil enzim jantung : Troponin T 205 ng/L</li> </ul> <p>A : Masalah penurunan curah jantung belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor saturasi oksigen</li> <li>- Kolaborasi pemberian antianginal</li> <li>- Kolaborasi pemberian inotropik,</li> <li>- Kolaborasi pencegahan trombus dengan antikoagulan,</li> </ul>
16/6/2022 13:00		<p>Penurunan kapasitas adaptif intrakranial</p> <p>S : -</p> <p>O : - GCS : tersedasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- N : 102 kali / menit</li> <li>- TD : 98/72 kali / menit</li> <li>- P : 36 kali / menit</li> <li>- S : 36`C</li> <li>- Pupil anisokor (4mm/3mm)</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Natrium 163 mmol/L (meningkat)</li> <li>- Kalium 2,7 mmol/L 2.7</li> </ul> <p>A : Masalah penurunan kapasitas adaptif intrakranial belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pertahankan suhu tubuh normal</li> <li>-Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan</li> <li>-Kolaborasi pemberian diuretik osmosis</li> <li>-Kolaborasi pemberian suplemen elektrolit oral sesuai indikasi</li> </ul>
16/6/2022 13:00		<p>Gangguan pertukaran gas</p> <p>S :</p> <p>O : - GCS (tersedasi)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- S 37`C</li> <li>- Mode Ventilator : SIMV</li> <li>- Suction oral : ada</li> <li>- Terpasang : ETT</li> <li>- Ronchi di kedua lapang paru,sputum banyak</li> </ul> <p>A : Masalah gangguan pertukaran gas belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Monitor efek ventilator terhadap status oksigenasi</li> <li>-Monitor kondisi yang meningkatkan konsumsi oksigen</li> <li>-Lakukan perawatan mulut secara rutin</li> <li>Lakukan pengisapan lendir sesuai kebutuhan</li> </ul>
16/6/2022 13:00		<p>Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen</p> <p>S :</p> <p>O : - Total care</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- SPO2 97%-99%</li> </ul> <p>A : Masalah intoleransi aktifitas belum teratasi,</p> <p>P : Lanjutkan intervensi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus</li> <li>- Monitor efektifitas terapi oksigen(mis. Oksimetri, analisa gas darah)</li> <li>- Bersihkan secret pada mulut, hidung dan trakea, jika perlu.</li> <li>-Pertahankan kepatenan jalan nafas</li> </ul>
16/6/2022 20:00		<p>Penurunan curah jantung</p> <p>S :</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD : 90/80 mmhg</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- N : 89 kali/menit</li> <li>- JVP meningkat 5+3</li> <li>- Hasil ECHO : EF 40%</li> <li>- Hasil enzim jantung : Troponin T 205 ng/L</li> </ul> <p>A : Masalah penurunan curah jantung belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor saturasi oksigen</li> <li>- Kolaborasi pemberian antianginal</li> <li>- Kolaborasi pemberian inotropik,</li> </ul>
16/6/2022 20:00		<p>Penurunan kapasitas adaptif intrakranial</p> <p>S : -</p> <p>O : - GCS : tersedasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- N : 89 kali / menit</li> <li>- TD : 90/80 mmHG</li> <li>- P : 22 kali / menit</li> <li>- S : 36`C</li> <li>- Pupil dilatasi</li> <li>- Refleks kornea kiri dan kanan negatif</li> <li>- Natrium 163 mmol/L (meningkat)</li> <li>- Kalium 2,7 mmol/L 2.7</li> </ul> <p>A : Masalah penurunan kapasitas adaptif intrakranial belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pertahankan suhu tubuh normal</li> <li>-Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan</li> <li>-Kolaborasi pemberian diuretik osmosis</li> <li>-Kolaborasi pemberian suplemen elektrolit oral sesuai indikasi</li> </ul>
16/6/2022 20:00		<p>Gangguan pertukaran gas</p> <p>S :</p> <p>O : - GCS (tersedasi)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- S 36`C</li> <li>- Mode Ventilator : SIMV</li> <li>- Suction oral : ada</li> <li>- Terpasang : ETT</li> <li>- Ronchi di kedua lapang paru,sputum banyak</li> </ul> <p>A : Masalah gangguan pertukaran gas belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Monitor efek ventilator terhadap status oksigenasi</li> <li>-Monitor kondisi yang meningkatkan konsumsi oksigen</li> <li>-Lakukan perawatan mulut secara rutin</li> <li>-Lakukan pengisapan lendir sesuai kebutuhan</li> </ul>
16/6/2022		Intoleransi aktifitas berhubungan dengan

20:00		<p>ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen</p> <p>S :</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Total care</li> <li>- SPO2 97%-99%</li> </ul> <p>A : Masalah intoleransi aktifitas belum teratasi,</p> <p>P : Lanjutkan intervensi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus</li> <li>- Monitor efektifitas terapi oksigen(mis. Oksimetri, analisa gas darah)</li> <li>- Bersihkan secret pada mulut, hidung dan trakea, jika perlu.</li> <li>-Pertahankan kepatenan jalan nafas</li> </ul>
-------	--	---

#### G. Terapi :

##### 1. Tanggal 14-06-2022

##### a. Jam 00. 30

Loding: aspilet 160mg (2 tab)

Clopidogrel 300mg (4 tab)

##### b. Jam 03. 05 diberikan : Fobriol/ trombolitik 1500. 000 U

##### 2. Obat-obat yang lanjut :

- Omeprazole 1amp/12jam (01. 00)
- Dexamethazone 1amp/ekstra (02. 20)
- Infus Nacl 0, 9% 1000ml/24jam
- Infus RL 500ml/24jam
- Paracetamol tablet 3x1000mg
- Loading Manitol 250cc, selanjutnya 150cc/8jam/IV
- Asam tranexamat 500mg/6jam
- Ceftriaxone 1g/12jam
- Injeksi vit. K 1amp/8 jam ( selama 3 hari)
- KCL 1flc dalam PBNS 100cc/24jam
- Nicordifin 0, 5mcg/kgBB/menit/SP/IV
- Maxiliv 3x1
- NTG 5 mcg/kgBB/J/SP

- Dobutamin 5 mcg/kgBB/J/SP
- Vascon 0.1 mcg/j/SP
- Sistenol 1amp/IV (bila demam)
- Citicolin 1 amp/12 j
- Ondansetron 4mg/12j/iv
- Midazolam 3 cc/j/SP
- Metamizole 1 gr/8 j/iv
- Moxifloxacin 1 btl/24 j
- Nefrosteril 1botol/24jam/iv

Balance cairan 1000-1200cc

## BAB IV

### PEMBAHASAN KASUS

#### A. Pembahasan Asuhan Keperawatan

Pada bab ini penulis akan membahas asuhan keperawatan yang dilakukan pada Tn.E umur 37 tahun dengan diagnosa medis *Acute Coronary Syndrome* yang dirawat di ICU RS Stella Maris Makassar pada tanggal 13 Juni – 16 Juni 2022. Adapun pengambilan data melalui pendekatan proses keperawatan yaitu melalui pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan.

##### 1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Data pengkajian diperoleh melalui wawancara ke keluarga pasien dan hasil observasi langsung oleh perawat, serta hasil pemeriksaan diagnostik yang mendukung. Dari pengkajian kasus didapatkan data Tn.E umur 37 tahun pasien masuk dari UGD tanggal 13 Juni 2022 dengan keluhan nyeri dada sejak tadi sore disertai tidak enak perasaan, keringat dingin, muntah satu kali di rumah, Riwayat Jantung dan pemeriksaan fisiki didapatkan hasil TD : 140/90 mmHg, N : 63x/menit, P : 26x/menit, S : 36,5°C, terpasang IVFD NaCl 0,9% 20tpm, terpasang O2 nasal kanul 4ltr/menit, kesadaran compos mentis.

Berdasarkan hasil pemeriksaan penunjang yaitu :

- a. Pemeriksaan darah lengkap didapatkan WBC :  $10.70 \times 10^3/\mu\text{L}$ , RBC :  $3.96 \times 10^6/\mu\text{L}$ , HGB : 11.6 g/dL, HCT : 32.6.
- b. Pemeriksaan analisa darah didapatkan BE : -2.3mmol/L, HCO<sub>3</sub> : 24.7, pH : 7.275, PCO<sub>2</sub> : 52.7 mmHg, PO<sub>2</sub> : 184.6 mmHg, O<sub>2</sub>sat : 99.4%.
- c. Pemeriksaan Glukosa sewaktu : 164mg/dL

- d. Pemeriksaan PTT didapatkan : Waktu Prothrombin 21.1 detik, Hasil dalam INR 1.95, APTT : 25.2 detik.
- e. Pemeriksaan Cardiac Marker di dapatkan Troponin T : 205 ng/L.
- f. Pemeriksaan elektrolit didapatkan natrium : 140mmol/L, kalium : 2.9 mmol/L, Chlorida : 96mmol/L.
- g. Hasil CT scan : Perdarah subdural regio frontotemporoparietal sinistra, Edema cerbri terutama sinistra dengan herniasi subfalcine sejauh 1.1 cm ke dextra, Sinusitis maxillaris bilateral terutama dextra, ethmoidalis dextra, Deviasi septum nasi ke dextra.
- h. Pemeriksaan SGOT : 350 U/L, SGPT : 56 U/L, Ureum : 51.1 mg/dL, Creatinin : 1.42mg/dL.

Berdasarkan teori yang penulis dapatkan ada beberapa tanda dan gejala pada pasien ACS yaitu : nyeri dada atau rasa tidak enak yang bersifat substernal, menetap yaitu lamanya berlangsung > 20 menit, nyeri tidak berkurang dengan istirahat atau pemberian nitrat, nyeri dapat menjalar ke rahang, lengan atau punggung, dan disertai gejala penyerta seperti keringat dingin, mual dan muntah. Nyeri dada yang tipikal bersifat substernal, berlokasi di tengah atau kiri dada seperti diremas, ditusuk, terbakar. Kadang-kadang nyeri dapat dirasakan didaerah epigastrium dan terjadi salah diagnosis sebagai dispepsia. Gejala penyerta yang juga dapat timbul adalah pusing seperti melayang, sinkop, dan sesak napas. (Sungkar, 2017).

Tanda dan gejala yang didapatkan pada pasien yaitu : nyeri dada, rasa tidak enak, keringat dingin dan muntah. Hal ini disebabkan oleh tidak optimalnya pompa jantung sehingga menyebabkan sumbatan dan terhambatnya aliran darah arteri koroner yang menyebabkan otot jantung kekurangan oksigen

menyebabkan kerja jantung meningkat dan menurunnya kemampuan darah mengikat oksigen.

Berdasarkan hasil anamneses, keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien bekerja terlalu keras dikantor sehingga membuat pasien terlalu lelah bekerja, dulunya pasien juga seorang perokok aktif tetapi setelah pasien mengetahui penyakitnya barulah pasien berhenti merokok serta pasien juga ada riwayat hipertensi akan lebih mudah terserang penyakit *acute coronary syndrome* (ACS), karena hipertensi dapat menyebabkan terjadinya peningkatan resisten vaskular perifer yang mengakibatkan afterload dan kebutuhan ventrikel meningkat. Tentunya hal ini menimbulkan kebutuhan oksigen untuk miokard berkurang, sehingga dapat menyebabkan thrombus atau sumbatan pada pembuluh darah terutama pembuluh darah koroner yang menimbulkan terjadinya aterosklerosis yang mengakibatkan suplai darah yang mengandung O<sub>2</sub> dan nutrisi ke miokard berkurang sehingga jaringan miokard tidak dapat berkontraksi dengan baik hingga mengalami nekrosis. Hal ini dapat mengakibatkan terjadinya penurunan curah jantung dan penurunan suplai darah ke jaringan tubuh. Apabila hal tersebut tidak dapat dikompensasi maka dapat terjadi shock kardiogenik dan dapat memicu timbulnya ACS. Penurunan aliran darah inilah yang menyebabkan terjadinya jantung memiliki beban kerja yang lebih untuk memompa karena resistensi dan vasokonstriksi tersebut. Dari data-data yang didapat pada pasien dengan data berdasarkan tinjauan teoritis sangat mendukung bahwa pasien mengalami *acute coronary syndrome* (ACS).

## 2. Diagnosa Keperawatan

Pada kasus Tn. R penulis menerapkan 3 diagnosa keperawatan yaitu:

- a) Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas.

Penulis menerapkan diagnosa ini karena pada saat pengkajian didapatkan data yang menunjukkan bahwa pasien mengalami tanda-tanda penurunan curah jantung yang di buktikan dengan : nyeri dada, tampak lemas, EF 40%, akral dingin, TD : 174/92mmHg, S: 37.9oC, HR : 132x/mnt, P : 26x/mnt, SPO2 : 99% dengan nasal canule 4 L/m, Ortopnea, CRT > 3 detik, EKG : elevasi segmen ST, muntah 2x.

- b) Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral.

Penulis menerapkan diagnosa ini karena pada saat pengkajian didapatkan data yang menunjukkan bahwa pasien mengalami penurunan kapasitas adaptif yang dibuktikan dengan:GCS15,Nyeri kepala skala 9,pupil isokor,gelisah,muntah proyektil 150cc,TD 180/100mmhg,nadi 115 kali/menit cepat dan dangkal.

- c) Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi perkusi.

Penulis menerapkan diagnosa ini karena pada saat pengkajian didapatkan data yang menunjukkan bahwa pasien mengalami gangguan pertukaran gas yang ditandai dengan : Pasien tampak pucat,pernafasan cuping hidung,ada retraksi dada,P:32 kali/menit,O2 ada dengan NRM 15 liter/menit,SPO2 99%,AGD hasil asidosis respiratorik,akral dingin.

- d) Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

Penulisa menerapkan diagnosa ini karena pada saat pengkajian didapatkan data yang menunjukkan bahwa

pasien mengalami intoleransi aktifitas yang dibuktikan dengan : Terpasang O2 Nasal 4 liter/menit. Pasien mengeluh lelah dan pembatasan aktifitas, kebutuhan pasien dibantu oleh perawat dan keluarga.

### 3. Intervensi Keperawatan

Setelah proses pengkajian dan penentuan diagnosa keperawatan, selanjutnya penulis membuat intervensi keperawatan untuk mengatasi masalah yang muncul. Penulis membuat intervensi sesuai dengan prioritas masalah yaitu :

- a) Penurun curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas. Di harapkan setelah diberikan perawatan selama 3x24 jam maka diharapkan pasien dapat menunjukkan curah jantung meningkat dengan kriteria hasil : kekuatan nadi perifer meningkat, palpitasi menurun, batuk menurun dan lelah menurun. Dimana rencana asuhan keperawatan yaitu : Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung ( dipsnea, kelelahan, ortopnea, edema), Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi distensi vena jugularis, palpitasi, ronchi, batuk, kulit pucat), monitor tekanan darah, monitor intake dan output cairan, monitor saturasi oksigen, monitor keluhan nyeri dada, monitor EKG 12 sadapan, monitor nilai laboratorium jantung (misalnya elektrolit dan enzim jantung), posisikan pasien semi fowler/fowler, berikan diet jantung yang sesuai( misalnya batasi asupan kafein,natrium,kolestrol dan makanan tinggi lemak), berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen, anjurkan beraktifitas fisik sesuai toleransi, ajarkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan harian, kolaborasi pemberian anti aritmia jika perlu, rujuk ke program rehabilitas jantung.

- b) Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral. Luaran yang diharapkan setelah diberikan perawatan selama 3x24 jam maka diharapkan pasien dapat menunjukkan kapasitas adaptif intrakranial meningkat dengan kriteria hasil : tingkat kesadaran menurun, sakit kepala menurun, gelisah menurun, muntah menurun, TD membaik, tekanan nadi meningkat, respon pupil membaik. Dimana rencana asuhan keperawatannya yaitu : identifikasi penyebab peningkatan TIK (misalnya edema serebral), monitor tanda/gejala peningkatan TIK (misalnya tekanan darah meningkat, pola nafas ireguler, kesadaran menurun), monitor status pernafasan, monitor intake dan output cairan, minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang, berikan posisi semi fowler, hindari pemberian cairan IV hipotonik, atur ventilator agar PaCo<sub>2</sub> optimal, pertahankan suhu tubuh normal, kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan jika perlu, kolaborasi pemberian diuretik osmosis jika perlu.
- c) Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perkusi. Luaran yang diharapkan setelah dilakukan tindakan selama 3x24 jam maka diharpkn pertukaran gas meningkat dengan kriteria hasil : tingkat kesadaran meningkat, dispnea menurun, gelisah menurun, nafas cuping hidung menurun, PCO<sub>2</sub> membaik, PO<sub>2</sub> membaik, PH arteri membaik, warna kulit membaik. Dimana rencana asuhan keperawatannya yaitu : identifikasi adanya kelelahan otot bantu nafas, identifikasi efek perubahan posisi terhadap status pernafasan, monitor status respirasi dan oksigenasi, pertahankan kepatenan jalan nafas, berikan posisi semi fowler atau fowler, fasilitasi mengubah posisi senyaman mungkin, berikan oksigenasi

sesuai kebutuhan, gunakan bag-valve-mask, ajarkan melakukan tehnik relaksasi nafas dalam, pemberian bronkodilator jika perlu.

- d) Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Luaran yang diharapkan setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil : SPO2 meningkat, kemudahan dalam melakukan aktivitas meningkat, keluhan lelah menurun, warna kulit membaik, TD membaik, frekuensi nafas membaik. Dimana rencana asuhan keperawatannya yaitu : identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengaibatkan kelelahan, sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus, anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang.

#### 4. Implementasi

Pada implementasi keperawatan yang dilakukan pada Tn. R, penulis melakukan tindakan keperawatan berdasarkan intervensi yang telah disusun. Dalam melakukan implementasi keperawatan ada intervensi yang tidak dilakukan yaitu : ajarkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan harian, rujuk ke program rehabilitas jantung, gunakan bag-valve-mask, Lakukan perawatan mulut secara rutin termasuk sikat gigi setiap 12 jam, ajarkan pasien dan keluarga menggunakan oksigen di rumah.

#### 5. Evaluasi

Tahap ini merupakan tahap akhir dari asuhan keperawatan yang mencakup tentang penentuan apakah hasil yang diharapkan tercapai. Dari hasil evaluasi yang dilakukan oleh

penulis selama melaksanakan proses asuhan keperawatan selama 3 hari (14-16 Juni 2022) adalah sebagai berikut :

- a) Diagnosa pertama yaitu penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas, berdasarkan hasil evaluasi yang dilakukan penulis pada hari terakhir perawatan, penulis menyimpulkan bahwa masalah penurunan curah jantung dalam kategori teratasi sebagian dibuktikan dengan nyeri dada berkurang, pasien kadang mengeluh sesak, tekanan darah dan nadi masih naik turun.
- b) Diagnosis kedua yaitu penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral, berdasarkan hasil evaluasi yang dilakukan penulis pada hari terakhir perawatan, penulis menyimpulkan bahwa masalah penurunan kapasitas adaptif tidak teratasi dibuktikan dengan tingkat kesadaran pasien masih menurun, pupil anisokor, tekanan darah dan nadi tidak stabil.
- c) Diagnosa ke tiga yaitu gangguan pertukaran gas yang berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perkusi, berdasarkan hasil evaluasi yang dilakukan penulis pada hari terakhir perawatan, penulis menyimpulkan bahwa pertukaran gas tidak teratasi dibuktikan dengan PCO<sub>2</sub> masih meningkat, PO<sub>2</sub> masih meningkat, dan warna kulit pucat.
- d) Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, berdasarkan hasil evaluasi yang dilakukan penulis pada hari terakhir perawatan, penulis menyimpulkan bahwa pertukaran intoleransi aktifitas teratasi sebagian dibuktikan dengan SPO<sub>2</sub> dalam batas normal, frekuensi nafas dalam batas normal.

## B. Pembahasan Penerapan EBN

### 1. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan yang berkaitan dengan EBN yaitu:  
Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan kontraktilitas.

### 2. Luaran Keperawatan

Luaran yang diharapkan setelah diberikan intervensi keperawatan yaitu:

- a) Dyspnea menurun
- b) Bunyi napas tambahan menurun
- c) Gelisah menurun
- d) Pola napas membaik

### 3. Implementasi keperawatan

- a) Intervensi prioritas yang mengacu pada EBN yaitu suction selang ETT pada pasien dengan penurunan kesadaran serta penerapan hiperoksigenasi setelah tindakan suction.

### 4. Pembahasan tindakan keperawatan sesuai EBN

#### a) Pengertian tindakan

Suction adalah suatu cara untuk mengeluarkan sekret dari saluran napas dengan menggunakan kateter yang dimasukkan melalui hidung atau rongga mulut ke dalam pharynx atau trachea (Santos, 2009).

Hiperoksigenasi adalah teknik terbaik untuk menghindari hipoksemia akibat suction dan harus digunakan pada semua prosedur suction (Husada & Superdana, 2015).

- b) Tujuan/rasional: untuk menghilangkan sekret yang menyumbat jalan napas, untuk mempertahankan patensi jalan napas, mengambil sekret untuk pemeriksaan laboratorium, untuk mencegah infeksi dari akumulasi cairan sekret (Kozier & Erb, 2012)

c) PICOT EBN (*Problem, Intervention, Comparison, Outcome, and Time*)

Tabel 4.1  
PICOT EBN

Rubrik	Jurnal I	Jurnal II	Jurnal III
Judul	Pengaruh tindakan suction ETT terhadap kadar saturasi oksigen pada pasien gagal nafas.	Tindakan suction dan perubahan saturasi oksigen pada pasien penurunan kesadaran diruangan icu rumah sakit.	Penerapan hiperoksigenasi sebagai evidence based nursing untuk meningkatkan saturasi oksigen pada pasien kritis yang terpasang endotracheal tube.
P (Problem/population) Masalah penelitian	Respon tubuh dalam mengeluarkan benda asing pada pasien dengan ETT umumnya kurang baik sehingga beresiko mengalami penumpukan sekret. Tersumbatnya jalan napas oleh penumpukan sekret itulah yang menyebabkan rendahnya kadar	Pasien kritis yang mengalami penurunan sadaran akan mempengaruhi produksi saliva sehingga bisa meningkatkan terjadinya sekret yang menumpuk di jalan napas. Produksi sekret yang berlebihan akan menghambat aliran udara dari hidung masuk ke paru-paru, sehingga harus di suction agar mempertahankan	Pada proses dilakukan suction tidak hanya lendir yang terhisap, suplai oksigen yang masuk ke saluran pernapasan juga ikut terhisap, sehingga memungkinkan untuk terjadi hipoksemia sesaat yang ditandai dengan penurunan saturasi oksigen (SpO2). Populasi: 7 responden

	saturasi oksigen pada pasien. Populasi: 13 responden.	jalan napas pasien. Populasi: 30 responden.	
I (Intervenstion)	Intervensi dalam penelitian ini yaitu melakukan tindakan suction pada pasien yang terpasang ETT	Intervensi yang dilakukan dalam penelitian adalah suction pada pasein dengan peurunan kesadaran.	Intervensi yang dilakukan dalam penelitian ini adalah hiperoksigenasi.
C (Comparasion)	Dalam penelitian menggunakan 2 jurnal pembanding, dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Kitong, (2013) dan Berty, dkk, (2013) dengan jumlah responden 16 pasien dengan hasil saat dilakukan tindakan suction ETT dapat terjadi penurunan saturasi oksigen yang signifikan pada saat dilakukan tindakan suction dengan penurunan kadar saturasi oksigen sebanyak >5%.	Dalam penelitian menggunakan jurnal pembanding yang dilakukan oleh Bayu Irmawan & Siti Khoiro, (2017) didapatkan hasil terdapat peningkatan saturasi oksigen pada responden antara sebelum dan sesudah tindakan suction, dengan saturasi nilai rata-rata sebelum suction 94% meningkat menjadi 98% sesudah tindakan suction. Selisih saturasi oksigen sebelum dan sesudah tindakan	Dalam penelitian ini menggunakan jurnal pembanding sebanyak 10 jurnal penelitian tetapi hanya satu yang digunakan sebagai pembanding tetapi tidak dilampirkan hasil dari jurnal pembanding tersebut.

		suction adalah 4%.	
O (Outcome)	Kadar saturasi oksigen responden pada saat sebelum dilakukan tindakan suction yaitu sebesar 98%. Kadar saturasi oksigen responden pada saat sesudah dilakukan tindakan suction yaitu sebesar 96%. Sehingga terdapat pengaruh yang signifikan dari tindakan suction terhadap kadar saturasi oksigen pada pasien yang terpasang ETT.	Terdapat rata-rata saturasi oksigen sebelum tindakan suction pada kelompok intervensi adalah 94% dan setelah tindakan suction adalah 99%. Terdapat peningkatan saturasi oksigen pada pasien dengan penurunan kesadaran setelah tindakan suction.	Terjadi penurunan saturasi oksigen sebelum diberikan hiperoksigenasi pre suction dan terjadi peningkatan saturasi oksigen secara bertahap setelah dilakukan hiperoksigenasi post suction. Saturasi oksigen sebelum hiperoksigenasi pre suction adalah 94% dan setelah hiperoksigenasi post suction adalah 97%. Secara bertahap terus terjadi peningkatan saturasi oksigen dari menit pertama hingga menit ke 30.
T (Time)	Penelitian ini dilakukan pada tahun 2019.	Penelitian dilakukan pada bulan Februari-November 2019.	Penelitian ini dilakukan pada bulan Desember 2019.

## BAB V

### SIMPULAN DAN SARAN

#### A. Simpulan

Berdasarkan pengkajian data, penulis dapat membandingkan antara teoritis dan tinjauan kasus di lapangan. Mengenai asuhan keperawatan pada Tn.E dengan *Acute Coronary Syndrome* (ACS) di ruangan ICU/ICCU Rumah Sakit Stella Maris Makassar, maka penulis menarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian :

Dari hasil yang didapatkan dari Tn. E faktor terjadinya ACS yaitu pasien dulunya merupakan perokok aktif serta mempunyai riwayat penyakit hipertensi dan penyakit jantung.

2. Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada Tn. E dengan *Acute Coronary Syndrome* (ACS) yaitu : Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas, Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral, Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi perkusi, dan Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

3. Intervensi keperawatan yang telah disusun penulis yaitu perawatan jantung, manajemen peningkatan tekanan intrakranial, dukungan ventilasi dan manajemen energi.

4. Implementasi keperawatan : setelah perawatan selama tiga hari dibantu oleh sesama mahasiswa dan perawat, implementasi dapat terlaksana dengan baik.

5. Evaluasi keperawatan : dari hasil evaluasi ada satu diagnosa keperawatan yang teratasi sebagian yaitu penurunan curah

jantung dan tiga diagnosa yang tidak teratasi dan intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan.

## **B. Saran**

Berdasarkan kesimpulan di atas, maka penulis memberikan beberapa saran sebagai berikut :

### **1. Pasien dan keluarga**

Diharapkan pasien dan keluarga untuk selalu menjaga kesehatan dan memeriksakan kesehatannya khususnya kesehatan jantung serta apabila ada keluarga yang sedang mengkonsumsi obat hipertensi atau obat jantung diharapkan dapat diminum secara teratur dan mengontrol diet yang telah di anjurkan.

### **2. Bagi Rumah Sakit**

Pihak rumah sakit diharapkan memperhatikan mutu pelayanan dalam hal ini perawatan kontinyu dalam melakukan edukasi keperawatan khususnya pada pasien ACS selama menjalani perawatan di rumah sakit.

### **3. Bagi Perawat**

Diharapkan perawat selalu mempertahankan mutu pelayanan asuhan keperawatan yang komprehensif terutama pada pasien ACS agar perawatan yang diberikan dapat memulihkan pasien dan mencegah komplikasi.

**LEMBAR BIMBINGAN KONSULTASI KARYA ILMIAH AKHIR (KIA)**

Nama Mahasiswa/Nim : Mardiana (NS2114901086)

Maria Resky Lopak (NS2114901090)

Nama Pembimbing I & II : Yunita Carolina Satti, Ns., M.Kep

Rosmina Situngkir, Ns., M.Kep

Hari/Tanggal	Materi Konsul	Paraf			
		Pembimbing		Penulis	
		I	II	I	II
14-06-2022	Lapor kasus	al	Ref	f	f
18-06-2022	Pengkajian	al	Ref	f	n
20-06-2022	Pengkajian	al	Ref	f	n
05-07-2022	BAB 1 dan BAB 2  1. Jelaskan proses terjadinya sehingga pasien masuk ke ICU. 2. Gambar anatomi jantung sesuaikan dengan bagian jantung yang bermasalah. 3. Bagian etiologi di jelaskan lebih spesifik.  Bagian patoflow : Bikin garis baru pada bagian hipertensi, jelaskan bagaimana hipertensi menyebabkan ACS	al	Ref	f	n
05-07-2022	BAB 3  1. Pada bagian pengakjian primer bikin kolom khusus di hari lain. 2. Tindakan keperawatan pisahkan perdiagnosa.	al	Ref	f	n

	3. Susun keluhan berdasarkan di buku SDKI 4. Susun berurutan inspeksi, perkusi, palpasi, auskultasi 5. Lanjutkan intervensi tuliskan saja nomornya	04	Ref	1	1
07-07-2022	BAB 1 1. Metode penulisan kasus ditambahkan penjelasannya. BAB 2 1. Ganti gambar jantung 2. Etiologi diubah.	uf	Ref	1	1
08-07-2022	BAB 1 1. Tambahkan satu lagi penelitian. BAB 2 1. Gambar sirkulasi darah cari yang gambarnya bisa dibaca. 2. Pindahkan faktor resiko ke etiologi 3. Penulisan	uf	Ref	1	1
08-07-2022	BAB 3 1. Penulisan 2. Masukkan hasil ECHO, enzim jantung, hasil EKG pada saat post streptase. 3. Hapus kolaborasi terapi pemberian oksigen. 4. Intervensi di SLKI ditambah lagi 5. P,Q,R,S,T masukkan di data subjektif	uf	Ref	1	1
11-07-2022	1. Pathway dirapihkan dibikin kotak agar terlihat rapih	uf	Ref	1	1