



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN *ACUTE
CORONARY SYNDROME* (ACS) DI RUANG ICCU RUMAH
SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR**

OLEH:

MARLEN DOMLAY (NS2114901096)

MARLIANI PARARUK (NS2114901097)

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

2022



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN *ACUTE
CORONARY SYNDROME (ACS)* DI RUANG ICCU RUMAH
SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR**

OLEH:

MARLEN DOMLAY (NS2114901096)

MARLIANI PARARUK (NS114901097)

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

2022

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan di bawah ini:

1. Nama : Marlen Domlay (NS2114901096)
2. Nama : Marliani Pararuk (NS2114901097)

Menyatakan dengan sungguh-sungguh bahwa karya ilmiah akhir ini merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan dipublikasi ataupun plagiasi (jiplak) dari hasil penelitian orang lain.

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

Makassar, 26 Juni 2022

Yang menyatakan,

Marlen Domlay

Marliani Pararuk

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. Marlen Domlay (NS2114901096)
2. Marlani Pararuk (NS2114901097)

Disetujui oleh

Pembimbing I



(Yunita Carolina Satti, Ns., M.Kep) (Rosmina Situngkir, Ns., M.Kes)
NIDN: 0904078805 NIDN: 0925117501

Pembimbing II



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. Marlen Domlay (NIM: NS2114901096)
2. Mariani Pararuk (NIM: NS2114901097)
Program studi : Profesi Ners
Judul KIA : Asuhan Keperawatan pada Ny. R dengan
Acute Coronary Syndrome (ACS) di Ruang
Intensive Care Unit 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 :Wirmando, Ns.,M.Kep ()

Ditetapkan di: STIK Stella Maris Makassar

Tanggal: 11 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 :

Marlen Domlay (NS2114901096)

Marliani Pararuk (NS2114901097)

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, 26 Juni 2022

Yang menyatakan,

Marlen Domlay

Marliani Pararuk

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat dan rahmatnya penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Ny. R dengan *Acute Coronary Syndrome* (ACS) di Ruang ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar”. Karya ilmiah akhir ini merupakan salah satu persyaratan dalam menyelesaikan kuliah program profesi ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar.

Penulis menyadari bahwa dalam proses penulisan karya ilmiah akhir ini, tidak lepas dari pengarahan, bantuan-bantuan, bimbingan, motivasi, serta doa dari berbagai pihak. Oleh karena itu, dengan segala ketulusan hati penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Siprianus Abdu, S,Si, Ns.,M.Kes., selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti pendidikan
2. Fransiska Anita, Ns., M.Kep,Sp.Kep.MB., selaku Wakil Ketua Bidang Akademik dan Kerjasama.
3. Matilda Martha Paseno, Ns., M.Kes., selaku Wakil ketua Bidang Administrasi, Keuangan, Sarana dan Prasarana.
4. Elmiana Bongga Linggi, Ns., M.Kes., selaku Wakil Ketua Bidang Kemahasiswaan, Alumni dan Inovasi.
5. Mery Sambo, Ns., M.Kep., selaku Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan dan Ners STIK Stella Maris Makassar.
6. Yunita Carolina Satti, Ns.,M.Kep., selaku Pembimbing I yang dengan penuh kesabaran dan pengertian dalam memimbing, mengarahkan, dan membantu penulis menyelesaikan karya ilmiah akhir ini, serta memberikan saran dan masukan demi penyempurnaan Karya Ilmiah Akhir ini.
7. Rosmina Situngkir, SKM., Ns., M.Kes., selaku Pembimbing II teryang penuh dengan kesabaran dan pengertian dalam memimbing, mengarahkan, memberikan saran dan masukan dalam

membantu menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.

8. Bapak dan Ibu dosen beserta staf yang telah memberikan bekal ilmu pengetahuan dan fasilitas selama menempuh Pendidikan.
9. Kepala ruangan ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan untuk mengambil kasus di ruang ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar.
10. Teristimewa kedua orang tua tercinta dari Marlen Domlay (Paulus Domlay dan Endang Domlay), serta keluarga dan sanak saudara yang selalu mendoakan, memberikan dukungan, semangat, nasehat, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.
11. Teristimewa kedua orang tua tercinta dari Marliani Pararuk (Andarias Lodo Pararuk dan Elizabeth Tambulili), serta sanak saudara penulis yang selalu mndoakan, memberikan dukungan, semangat, nasehat, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini
12. Seluruh teman-teman seangkatan 2021 yang telah banyak mendukung baik secara langsung, maupun tidak langsung dalam menyelesaikan karya ilmiah akhir ini. Sukses untuk kita semua

Akhir kata, semoga karya ilmiah akhir ini dapat bermanfaat bagi pembaca dan menjadi inspirasi untuk melaksanakan asuhan keperawatan selanjutnya. Penulis menyadari Karya Ilmiah Akhir ini masih jauh dari kata sempurna dan sangat mengharapkan masukan.

Makassar, 26 Juni 2022

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PENGESAHAN.....	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI.....	ix
Halaman Daftar Gambar	xi
Halaman Daftar Tabel	xii
Halaman Daftar Lampiran	xiii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan.....	3
1. Tujuan Umum	3
2. Tujuan Khusus	3
C. Manfaat Penulisan	3
1. Bagi Instansi Rumah Sakit.....	3
2. Bagi Profesi Keperawatan	3
3. Bagi Institusi Pendidikan.....	4
D. Metode Penulisan.....	4
1. Studi Kepustakaan.....	4
2. Studi Kasus.....	4
.....	
E. Sistematika Penulisan	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Dasar Medis	7
1. Pengertian	7
2. Anatomi dan Fisiologi.....	8
3. Etiologi.....	13
4. Patofisiologi	15
5. Manifestasi Klinis	18

6. Pemeriksaan Diagnostik	18
7. Penatalaksanaan Medis.....	19
8. Komplikasi	21
B. Konsep Dasar Keperawatan.....	
1. Pengkajian	22
2. Diagnosis Keperawatan	26
3. Luaran dan Perencanaan Keperawatan	27
4. Perencanaan Pulang (<i>Discharge Planning</i>)	33
BAB III PENGAMATAN KASUS	
A. Ilustrasi Kasus.....	34
B. Pengkajian	34
C. Diagnosis Keperawatan	64
D. Perencanaan Keperawatan	65
E. Implementasi Keperawatan	69
F. Evaluasi Keperawatan	70
BAB IV PEMBAHASAN KASUS	
A. Pembahasan Asuhan Keperawatan	107
B. Pembahasan Penerapan <i>Evidence Based Nursing</i>	117
BAB V Penutup	
A. Simpulan	121
B. Saran.....	122
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

Daftar Gambar

Gambar 2.1 anatomi jantung.....	13
---------------------------------	----

HALAMAN DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Pengkajian Primer.....	35
Tabel 3.2 Evaluasi Tindakan	38
Tabel 3.3 Pemeriksaan darah Lengkap	54
Tabel 3.4 Pemeriksaan Biomarker Jantung	54
Tabel 3.5 Pemeriksaan Elektrolit	54
Tabel 3.6 Prinsip dan Analisa Tindakan.....	60
Tabel 3.7 Analisa Data	62
Tabel 3.8 Diagnosis Keperawatan	64
Tabel 3.9 Intervensi Keperawatan	65
Tabel 3.10 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan	69

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Daftar Riwayat Hidup

Lampiran 2 Daftar Lembar Konsultasi

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit kardiovaskular masih menjadi ancaman dunia (global threat) dan merupakan 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. Menurut (Kemenkes, 2015) menyebutkan bahwa penderita penyakit jantung coroner mencapai 4.920 penderita baru setiap tahunnya yaitu 2.320 penderita yang berjenis kelamin laki-laki dan 2.600 penderita yang berjenis kelamin perempuan. Menurut data dari Riskesdas Di Indonesia prevalensi penyakit jantung di masyarakat semakin hari semakin meningkat, prevalensi mencapai 7,2%. Salah satu penyakit gangguan kardiovaskular yang paling sering adalah Acute Coronary Syndrome yang dibagi menjadi infark miokard akut dengan elevasi segmen ST (STEMI), infark miokard akut non-stemi (NSTEMI), dan angina pectoris tidak stabil (UAP) (perki, 2018). Sedangkan berdasarkan data dari Riskesdas tahun 2018 prevalensi penyakit jantung di Sulawesi Selatan sebanyak 33.693 jiwa.

Acute Coronary Syndrome merupakan penyakit yang mengancam nyawa ketika tidak ditangani dengan cepat, oleh sebab itu perawat dalam menangani pasien dengan *Acute Coronary Syndrome* harus 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, hal ini sejalan dengan 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).

Berdasarkan trend peningkatan kasus dan bahaya dari penyakit tersebut jika tidak ditangani dengan cepat dan tepat akan mengakibatkan kematian, maka pasien yang mengalami serangan jantung secara tiba-tiba harus mendapat penanganan secara cepat dan tepat untuk mencegah prognosis kerusakan dan maupun kematian, sehingga peran perawat dalam dalam memberikan asuhan keperawatan secara cepat dan tepat pada pasien dengan dengan *Acute Coronary Syndrome* sangat diperlukan sehingga pasien mendapatkan penanganan yang baik dengan melakukan observasi atau pengawasan ketat secara terus-menerus, untuk mengetahui setiap perubahan pada kondisi pasien yang membutuhkan tindakan segera (Kemenkes, 2015).

Berdasarkan uraian diatas maka penulis tertarik untuk mengangkat Karya Ilmiah Akhir dengan judul asuhan keperawatan pada pasien dengan *acute coronary syndrome* di ruangan rumah sakit stella maris makassar.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Memperoleh suatu pengalaman nyata dan mampu menerapkan asuhan keperawatan pada pasien kritis dengan *Acute Coronary Syndrome*

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian pada Ny. R dengan *Acute Coronary Syndrome*
- b. Merumuskan diagnosis keperawatan pada Ny. R dengan *Acute Coronary Syndrom*
- c. Menyusun rencana tindakan keperawatan pada Ny. R dengan *Acute Coronary Syndrome*
- d. Melaksanakan Tindakan keperawatan Ny. R dengan *Acute Coronary Syndrome* dan Tindakan keperawatan berdasarkan *evidence based nursing*
- e. Melakukan evaluasi tindakan keperawatan pada Ny. R dengan *Acute Coronary Syndrome*
- f. Melakukan dokumentasi asuhan keperawatan

C. Manfaat penulisan

1. Bagi instansi Rumah Sakit

Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Acute Coronary Syndrome* dalam peningkatkan pelayanan yang lebih baik dan dapat menjadi rujukan ilmu dalam menerapkan intervensi mandiri perawat disamping intervensi medis

2. Bagi Profesi Keperawatan

Sebagai masukan kepada profesi keperawatan agar mampu meningkatkan kompetensi melakukan tindakan secara cepat dan tepat khususnya dalam merawat pasien dengan *Acute Coronary Syndrome*.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Untuk memberikan wawasan serta menambah kepustakaan yang ada dan diharapkan dapat memberikan masukan guna mendukung studi kasus yang akan dilakukan ditahun-tahun berikutnya mengenai asuhan keperawatan kritis pada pasien Kardiovaskuler khusus pasien dengan *Acute Coronary Syndrome*.

D. Metode Penulisan

1. Studi kepustakaan/ literature

Menggunakan literatur yang relevan dengan Karya Ilmiah baik dari buku, jurnal, maupun internet

2. Studi kasus

Untuk mengumpulkan informasi dalam melakukan pengkajian maka, penulis melakukan:

a. Observasi

Penulis melihat dan mengamati kondisi maupun keadaan pasien *Acute Coronary Syndrome*, selama pasien di rawat di ruang Intensive Care Unit

b. Wawancara

Penulis melakukan wawancara langsung dengan pasien saat kondisi pasien memungkinkan untuk dilakukan wawancara dan keluarga untuk memperoleh data subjektif mengenai penyakit yang diderita pasien saat ini.

c. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik yang dilakukan melihat kondisi pasien terkait pengumpulan data pasien dengan *Acute Coronary Syndrome*.

d. Diskusi

Diskusi dengan pihak yang bersangkutan, misalnya dosen pembimbing, perawat ICU, dokter dan tenaga kesehatan lainnya untuk menentukan intervensi, pengobatan serta nutrisi bagi pasien.

e. Dokumentasi

Mendokumentasikan Asuhan Keperawatan yang dilakukan kepada pasien mulai dari pengkajian sampai perencanaan pulang.

E. Sistematika Penulisan

Sistematika Penulisan disusun dalam lima bab, dimana setiap bab dengan sub tema antarlain: bab I pendahuluan yang menguraikan tentang latar belakang, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan. Pada bab II membahas mengenai tinjauan pustaka yang mendasari penulisan Karya Ilmiah yaitu konsep dasar yang meliputi pengertian, etiologi, klasifikasi, anatomi fisiologi, patofisiologi, manifestasi klinis, test diagnostic, penatalaksanaan medis dan komplikasi serta konsep dasar keperawatan yang meliputi pengkajian, analisa data, diagnosis keperawatan, penatalaksanaan tindakan keperawatan dan evaluasi keperawatan. Pada bab III membahas tentang pengamatan kasus yang terdiri dari pengamatan kasus pengkajian, diagnosis keperawatan, rencana keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan. Pada bab IV pembahassan kasus yang merupakan laporan ilmiah yang meliputi kesenjangan antara teori dan praktik. Bab V penutup membahas tentang simpulan dan saran.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Medik

1. Pengertian

Acute Coronary Syndrome merupakan suatu kegawatan jantung dengan gambaran klinis mulai dari nyeri dada angina tidak stabil (*Unstable Angina Pectoris/UAP*) sampai dengan infark miokard akut. Konsep terjadinya ACS adalah adanya ruptur plak atheroma di arteri koronaria yang diikuti pembentukan thrombus yang akut sehingga menyebabkan oklusi sebagian atau total dari aliran darah koronaria tersebut (Fikriana, 2018).

Acute Coronary Syndrome adalah gangguan fungsi sistem kardiovaskuler yang disebabkan karena otot jantung kekurangan darah akibat adanya oklusi pembuluh darah arteri koroner dan tersumbatnya pembuluh darah jantung (AHA, 2017)

Acute Coronary Syndrom merupakan sindrom klinis karena adanya penyumbatan pembuluh darah koroner, baik bersifat intermitten maupun menetap akibat adanya ruptur plak aterosklerosis, hal ini menimbulkan ketidakseimbangan suplai dan ketidakseimbangan oksigen miokard. *Acute Coronary Syndrome* merupakan bagian dari penyakit jantung koroner (PJK) dimana yang termasuk dalam ACS adalah *Unstable Angina Pectoris/UAP*, infark miokard dengan ST Elevasi (STEMI) dan infark miokard tanpa ST Elevasi (NSTEMI) (Hamm, 2011).

ST elevasi Miokard Infark (STEMI) merupakan indikator terjadinya sumbatan total pembuluh darah arteri koroner. karakteristik ACS STEMI yakni angina tipikal dan perubahan EKG dengan gambaran elevasi segmen (PERKI, 2018).

2. Anatomi Fisiologi jantung

Jantung terletak pada mediastinum, yaitu kompartemen pada bagian tengah rongga thoraks diantara dua rongga paru. Mediastinum merupakan struktur yang dinamis, lunak yang digerakkan oleh struktur-struktur yang terdapat didalamnya (jantung) dan mengelilinginya (diafragma dan gerakan lain pada pernafasan)

a. Struktur Jantung

Ukuran jantung sekitar sedikit lebih besar dari satu kepalan tangan dengan berat berada pada rentang 7-15 ons (200-425 gram). Dalam setiap harinya jantung mampu memompa sampai dengan 100.000 kali dan dapat memompa darah sampai dengan 7.571 liter. Posisi jantung berada di belakang sternum pada rongga mediastinum, diantara costae kedua dan keenam.

1) Perikardium

Perikardium adalah lapisan pembungkus jantung yang tersusun oleh membrane fibroserosa dan permukaan pembuluh darah besarnya. Perikardium tersusun oleh dua lapisan yaitu pericardium fibrosa yang merupakan lapisan bagian luar yang keras serta pericardium serosa yang merupakan lapisan bagian dalam. Perikardium serosa juga mempunyai dua lapisan yaitu pericardium parietal dan pericardium visceral. Perikardium parietal merupakan permukaan bagian dalam pericardium fibrosa. Sedangkan pericardium visceral melekat pada permukaan jantung. Dalam kondisi normal, ruang tersebut berisi cairan yang berfungsi untuk memudahkan bagi jantung untuk bergerak dan berdenyut tanpa adanya hambatan

2) Dinding Jantung

Dinding jantung tersusun oleh tiga lapisan yaitu lapisan bagian luar yang disebut epikardium, lapisan bagian tengah yang disebut miokardium serta lapisan bagian dalam yang disebut endokardium.

- a) Epikardium: lapisan bagian luar yang terbentuk dari lapisan visceral pericardium serosa.
- b) Miokardium: lapisan yang terdiri dari otot jantung.
- c) Endokardium: lapisan bagian dalam yang tipis tersusun dari jaringan ikat subendotelial yang juga menutupi katup jantung (Fikriana, 2018)

3) Ruang jantung

Ruangan jantung terdiri dari dua bagian yaitu bagian kanan dan bagian kiri. Masing-masing bagian mempunyai satu atrium dan satu ventrikel sehingga di dalam jantung terdapat empat ruang yaitu atrium kanan, atrium kiri, ventrikel kanan dan ventrikel kiri. Atrium merupakan rongga penerima yang akan memompa darah ke dalam ventrikel. Atrium kanan mendapatkan darah yang berasal dari vena cava superior dan vena cava inferior, atrium kiri mendapatkan darah dari vena pulmonalis.

Ventrikel merupakan rongga penerima darah dari atrium melalui sebuah katup. Ventrikel kanan akan mendapatkan darah dari atrium kanan untuk selanjutnya dipompa ke paru-paru melalui arteri pulmonalis. Sedangkan ventrikel kiri mendapatkan darah dari atrium kiri untuk selanjutnya akan memompa darah ke seluruh tubuh melalui katup aorta. Ventrikel kiri bertugas untuk memompa darah ke seluruh tubuh (Fikriana, 2018)

Diantara atrium dengan ventrikel terdapat katup yang memisahkannya. Katup ini disebut dengan katup atrioventrikular yang berfungsi untuk menjaga aliran darah

agar berjalan searah dari atrium ke ventrikel dan menghindarkan aliran darah balik dari ventrikel ke atrium;

- a) Katup trikuspidalis merupakan katup yang mempunyai tiga daun yang memisahkan atrium kanan dengan ventrikel kanan. Bila katup ini terbuka maka darah mengalir dari atrium kanan menuju ventrikel kanan. Katup ini berfungsi mencegah kembalinya aliran darah menuju atrium kanan dengan cara menutup pada saat kontraksi ventrikel.
- b) Katup bikuspidalis (katup mitral) merupakan katup dengan dua daun yang mengatur aliran darah dari atrium kiri menuju ventrikel kiri.
- c) Katup pulmonal berfungsi mencegah aliran balik dari arteri pulmonalis ke ventrikel kanan.
- d) katup aorta berfungsi mencegah aliran balik dari aorta ke ventrikel kiri. Katup ini akan membuka pada saat ventrikel kiri berkontraksi sehingga darah akan mengalir ke seluruh tubuh (Aspiani, 2016)

b. sistem peredaran darah

Memenuhi kebutuhan nutrisi setiap organ ataupun jaringan sel tubuh melalui sistem peredaran darah. Sistem aliran darah tubuh secara garis besar terdiri dari:

- 1) sistem peredaran darah kecil, dimulai dari ventrikel kanan, darah mengalir ke paru-paru melalui arteri pulmonal untuk mengambil oksigen dan melepaskan karbondioksida dan kemudian masuk ke dalam atrium kiri. Sistem peredaran darah kecil ini berfungsi untuk membersihkan darah yang setelah beredar ke seluruh tubuh memasuki atrium kanan dengan kadar oksigen yang rendah antara 60-70% serta kadar karbondioksida tinggi antara 40-45%. Setelah beredar melalui kedua paru-paru, kadar zat oksigen

meningkat menjadi 96% dan sebaliknya kadar zat karbondioksida menurun.

2) sistem peredaran darah besar

Darah yang kaya oksigen dari atrium kiri memasuki ventrikel kiri melalui katup mitral maupun bikuspidal, untuk kemudian dipompakan ke seluruh tubuh melalui katup aorta, dimana darah tersebut membawa zat oksigen serta nutrisi yang diperlukan oleh tubuh melewati pembuluh darah besar atau arteri kemudian disuplai ke seluruh tubuh.

3) Sistem peredaran darah koroner

Sistem peredaran darah koroner berbeda dengan sistem peredaran darah kecil maupun besar, khusus untuk menyuplai darah ke otot jantung, yaitu melalui pembuluh koroner dan kembali melalui pembuluh balik yang kemudian menyatu serta bermuara langsung ke dalam ventrikel kanan. Melalui sistem peredaran darah koroner ini jantung mendapatkan oksigen, nutrisi, serta zat-zat untuk menggerakkan jantung sesuai dengan fungsinya.

Arteri koroner adalah salah satu dari tiga pembuluh darah utama yang mengilili jantung. Arteri memiliki dinding yang cukup elastis sehingga mampu menjaga tekanan darah tetap konsisten.

Arteri koroner terbagi atas dua yaitu:

a) Arteri koroner kiri utama

Arteri kiri utama (Left main coronary artery)

Arteri koroner kiri utama ini berfungsi memasok darah ke sisi kiri otot jantung (ventrikel dan atrium) arteri koroner kiri utama kemudian bercabang membentuk:

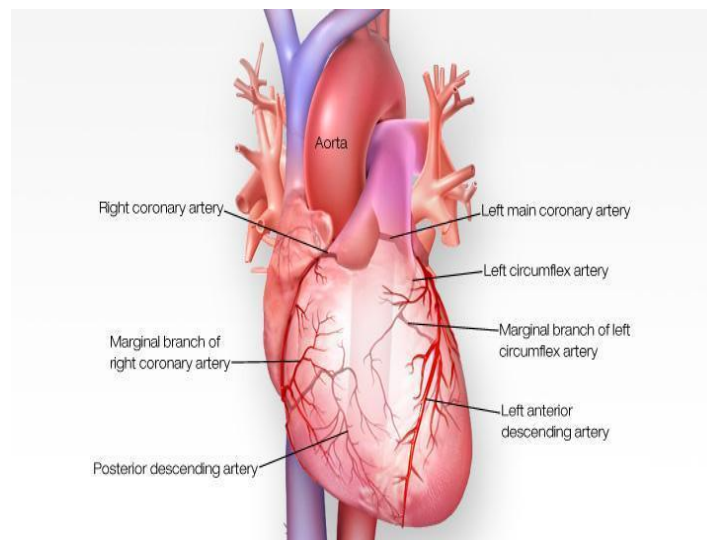
(a) Arteri left anterior descending (LAD),

berfungsi menyediakan darah menuju bagian atas dan kiri jantung

- (b) Arteri left circumflex (LCX), merupakan cabang arteri kiri utama yang mengelilingi otot jantung dan menyediakan darah menuju sisi luar dan belakang jantung.

b) Arteri koroner kanan (Right Coronary artery)

Arteri koroner kanan berfungsi memasok darah menuju ventrikel kanan, atrium kanan, sinoatrial, dan atrioventricular. Arteri koroner kanan bercabang menjadi arteri right posterior descending, dan arteri marginal akut (Fikriana, 2018)



Gambar 2.1

Arteri Koroner

3. Etiologi

Acute Coronary Syndrome disebabkan oleh aterosklerosis yaitu proses terbentuknya plak yang bertumpuk pada intima dari arteri, yang mengakibatkan terbentuknya trombus sehingga

membuat lumen menyempit menyebabkan terjadinya gangguan suplai darah sehingga kekuatan kontraksi otot jantung menurun. Terjadinya infark miokardium yakni akibat dari trombus pecah sebelum terjadinya nekrosis total jaringan distal (Asikin, 2016). 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. Laki-laki >45 tahun: 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 menopause insiden ACS meningkat dengan pesat, tetapi tidak sebesar insiden ACS pada laki-laki.
- b. Wanita menopause: Setelah menopause kadar kolesterol perempuan biasanya akan meningkat menjadi lebih tinggi daripada laki-laki. Hal itu terjadi karena pada perempuan menopause mengalami penurunan produksi hormon estrogen dimana fungsi hormon estrogen dapat menurunkan kadar kolesterol dalam darah
- c. 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.

- d. Hipertensi: Hipertensi menyebabkan meningkatnya afterload yang secara tidak langsung akan meningkatkan beban kerja jantung. Kondisi ini akan memicu hipertrophi ventrikel kiri.
- e. Hiperlipidemia: peningkatan kadar kolestrol dalam darah, atau kondisi kelebihan lemak didalam peredaran darah.
- f. Merokok: Merokok menimbulkan aterosklerosis, peningkatan trombogenesis, vasokonstriksi, peningkatan tekanan darah, pemicu aritmia jantung, sehingga meningkatkan kebutuhan jantung, dan penurunan kapasitas pengangkutan oksigen.

4. Klasifikasi *Acute Coronary Syndrome*

Menurut PERKI (2015), menyatakan bahwa berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan EKG, dan pemeriksaan marka jantung, *Acute Coronary Syndrome* dibagi menjadi:

- a. Infark miokard dengan elevasi segmen ST (STEMI: Segmen Elevation Myocardial Infarction)

Infark miokard dengan elevasi segmen ST (STEMI) merupakan indikator kejadian oklusi total pembuluh darah arteri koroner. Keadaan ini memerlukan tindakan revaskularisasi untuk mengembalikan aliran darah dan reperfusi miokard secepatnya, secara medikamentosa menggunakan agen fibrinolitik. Diagnosis STEMI ditegakkan jika terdapat keluhan angina pectoris akut disertai elevasi segmen ST yang persisten di dua sadapan yang bersebelahan. Inisiasi tatalaksana revaskularisasi tidak perlu menunggu hasil peningkatan marka jantung.

- b. Infark miokard dengan non elevasi segmen ST (NSTEMI)
NSTEMI ditegakkan jika terdapat keluhan angina pectoris akut tanpa elevasi segmen ST yang persisten di dua sadapan yang bersebelahan. Rekaman EKG dapat berupa depresi segmen ST , inversi gelombang T, gelombang T yang datar dan terdapat peningkatan marka jantung
- c. Angina pectoris tidak stabil (UAP: unstable angina pectoris)
Angina ini sering dijumpai pada individu dengan perburukan penyakit arteri koroner. Angina ini biasanya menyertai peningkatan beban kerja jantung. Durasi serangan dapat timbul lebih lama dari angina pectoris stabil yaitu selama 30 menit atau lebih, nyeri yang lebih hebat, frekuensi lebih sering, nyeri dapat timbul saat istirahat dan melakukan aktivitas, saat serangan timbul biasanya disertai dengan tanda-tanda sesak nafas, mual, dan muntah.

5. Patofisiologi

Sebagian besar *Acute Coronary Syndrome* merupakan manifestasi dari plak atheroma pembuluh darah koroner yang pecah akibat adanya perubahan komposisi plak dan penipisan tudung fibrosa yang menutupi plak tersebut. Peristiwa ini akan diikuti oleh proses agregasi trombosit dan aktivasi jalur koagulasi sehingga terbentuk thrombus yang kaya trombosit. Trombus ini akan menyumbat pembuluh darah koroner yang lebih distal.

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 (infark miokard atau Stemi) (PERKI, 2018)

Acute Coronary Syndrome dengan elevasi ST (STEMI)

umumnya terjadi jika aliran darah koroner menurun secara mendadak (Sudoyo, 2014). *Acute Coronary Syndrome* biasa terjadi pada orang yang memiliki satu atau lebih faktor risiko, seperti hipertensi, Wanita yang sudah menopause, obesitas, merokok, dll (Aspiani, 2016).

Faktor risiko tersebut menyebabkan disfungsi dan aktivasi endotel. Disfungsi yang terjadi pada endotel mengakibatkan sel sel tidak dapat lagi memproduksi molekul-molekul vasoaktif seperti nitric oxide, yang bekerja sebagai anti-poliferasi, vasodilator, dan anti-trombotik. Sementara itu, disfungsi endotel justru dapat meningkatkan produksi, endotelin-1, angiotensin-II dan vasokonstriktor yang berperan dalam perpindahan dan pertumbuhan sel.

Faktor pertumbuhan dan trombosit menyebabkan migrasi otot polos dari tunika media ke dalam 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, 2016)

Proses aterosklerosis 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 ke lapisan 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 trombus arteri koroner dapat mengenai endokardium sampai epikardium, disebut infark transmural. Tetapi bisa juga terjadi infark subendokardial, yaitu infark 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, 2016)

Kerusakan terjadi secara menyeluruh dari endokardium 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.

Pada minggu keenam parut sudah terbentuk dengan jelas. Setelah terjadi infark miokard, akibatnya antara lain: peningkatan akhir diastolik ventrikel kiri, peningkatan volume akhir sistolik dan akhir diastolik ventrikel, menurunnya daya kontraksi, gerakan dinding abnormal, perubahan daya kembang dinding ventrikel, penurunan curah sekuncup, dan penurunan fraksi ejeksi (PERKI, 2018)

6. Manifestasi Klinis

Keluhan nyeri dada yang khas biasanya di daerah substernal, rasa seperti ditekan, diperas, seperti diikat, rasa dicekik, dan

disertai rasa takut. Rasa nyeri menjalar ke leher, rahang, lengan dan punggung. Rasa nyeri yang hebat berlangsung lebih dari 30 menit, tidak berkurang dengan obat-obatan nitrat. (Aspiani, 2016). Manifestasi klinis pasien dengan *Acute Coronary syndrome* menurut Smeltzer (2016) antara lain:

- a. Gejala utama berupa nyeri dada yang terjadi tiba-tiba dan terus berlanjut meskipun beristirahat atau diberi obat nitrat.
- b. Kombinasi gejala nyeri dada, sesak napas, mual, muntah, pucat, nadi teraba lemah dan kulit teraba dingin.
- c. Beberapa kasus pasien sebelumnya pernah mengalami gejala yang sama atau sebelumnya pernah didiagnosis penyakit arteri koroner, tetapi sekitar separuh pasien melaporkan tidak mengalami gejala sebelumnya.

7. Tes Diagnostik

Menurut Adrianto (2019) pemeriksaan penunjang untuk pasien *Acute Coronary syndrome* dengan STEMI yakni:

- a. Pemeriksaan EKG: Untuk mengukur kecepatan denyut jantung dan perubahan pada gelombang segmen ST
- b. Ekokardiografi: untuk mendeteksi gangguan fungsional serta anatomis yang menjadi penyebab gagal jantung
- c. Pemeriksaan Biomarka Jantung Kreatinin kinase-MB (CK-MB) atau Troponin I/T merupakan marka nekrosis jantung dan menjadi marka diagnosis infark miokard.
- d. Pemeriksaan Laboratorium: Hematologi (Hb, Ht, Leukosit), eritrolit (kalium, natrium, magnesium), analisa gas darah.
- e. Pemeriksaan Foto Rontgen Dada: Melihat adanya pembesaran pada jantung, penimbunan cairan pada paru-paru atau penyakit paru lain.

8. Penatalaksanaan

Menurut Muttaqin (2014) dijelaskan penatalaksanaan pada serangan akut STEMI antara lain:

- a. Penanganan nyeri, dapat berupa terapi farmakologi seperti morfin, nitrat, dan beta blocker.
- b. Membatasi ukuran infark miokard, dengan upaya meningkatkan suplai darah dan oksigen ke jaringan miokardium dan untuk memelihara, serta memulihkan sirkulasi. Terapi farmakologi yang dapat diberikan adalah antikoagulan (mencegah pembekuan darah), trombolitik (penghancur bekuan darah), antilipemik (menurunkan konsentrasi lipid dalam darah), serta vasodilator perifer (meningkatkan dilatasi pembuluh darah yang menyempit karena vasospasme).
- c. Pemberian oksigen, untuk meningkatkan saturasi dalam darah.
- d. Pembatasan aktivitas fisik, untuk mempercepat penghentian nyeri.

Menurut Novrianti (2021) penatalaksanaan pasien dengan acute coronary syndrome yaitu terapi fibrinolitik

Terapi fibrinolitik adalah terapi yang digunakan untuk mengatasi masalah karena adanya bekuan darah atau trombus seperti thrombosis vena, emboli paru, infark miokard akut (STEMI). Tujuan utama terapi fibrinolitik adalah pemulihan ceat dari patensi penuh arteri koroner.

Terapi fibrinolitik yang sering digunakan pada STEMI adalah Streptokinase yang merupakan agen nonspesifik fibrin yang berasal dari kelompok streptokus yaitu β -hemolytic group-C streptococci. Streptokinase bergabung dengan plasminogen bebas disirkulasi untuk membentuk kompleks activator yang menghasilkan plasmin akan memecah trombus. Streptokinase bekerja dengan mengikat plasminogen untuk membentuk

kompleks enzim yang mengubah plasminogen menjadi plasmin, selain itu streptokinase juga meningkatkan kadar protein-C di sirkulasi sehingga meningkatkan pemecahan bekuan atau gumpalan darah. Dosis infus dari streptokinase adalah 1,5 juta IU dalam 100 mL larutan salin selam 30-60 menit

Menurut Muttaqin (2014) Penatalaksanaan jangka panjang pada klien yang mengalami STEMI dapat dilakukan dengan:

- a. Pemberian nitrat, secara sublingual sebagai upaya preventif serangan angina.
- b. Pemberian beta blocker, biasanya propranolol 10 mg untuk mencegah serangan angina.
- c. Memperpanjang masa istirahat.
- d. Tindakan pembedahan, bila gejala tidak dapat dikontrol dengan terapi farmakologi yang memadai dapat dilakukan tindakan invasif seperti Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasti (PTCA) atau revaskularisasi untuk mengoreksi penyebab utama, dengan memperbaiki sirkulasi atau memberi suplai oksigen baru ke area yang mengalami iskemia.

9. Komplikasi

Komplikasi setelah ST Elevasi Miokard Infark yakni (Alwi, 2017):

a. Disfungsi Ventrikel

Setelah STEMI ventrikel kiri mengalami dilatasi. secara akut, hasil ini berasal dari ekspansi infark. Selanjutnya terjadinya pemanjangan segmen non infark, mengakibatkan penipisan yang disproporsional dan elongasi zona infark. Pembesaran ruang jantung secara menyeluruh dapat dikaitkan dengan ukuran dan lokasi infark. Dilatasi terbesar pasca infark pada apeks ventrikel kiri yang mengakibatkan penurunan hemodinamik yang signifikan, lebih sering terjadi

gagal jantung dengan prognosis buruk.

b. Gangguan Hemodinamik

Gagal pompaan merupakan penyebab utama kematian di rumah sakit pada STEMI. Perluasan nekrosis iskemia mempunyai korelasi yang baik dengan tingkat gagal pompa dan mortalitas, baik pada awal ataupun sesudah terjadinya infark. Tanda klinis yang sering dijumpai yakni ronchi basah di paru dan bunyi jantung S3 dan S4 gallop. Kemudian pada pemeriksaan rontgen sering dijumpai kongesti paru.

c. Infark Ventrikel Kanan

Infark ventrikel kanan secara klinis menyebabkan tanda gejala ventrikel kanan yang berat yakni seperti; distensi vena jugularis, tanda kussmaul, atau adanya hepatomegali dengan atau tanpa hipotensi.

d. Aritmia Pasca Stemi

Insiden aritmia pasca infark lebih tinggi pada pasien segera setelah onset gejala. Mekanisme aritmia terkait infark mencakup ketidakseimbangan system saraf autonomi, gangguan elektrolit, iskemia dan perlambatan konduksi di zona iskemia miokard.

e. Ekstrasistol Ventrikel

Depolarisasi premature ventrikel sporadic yang tidak sering, dapat terjadi pada hampir semua pasien STEMI dan tidak memerlukan terapi. Obat penyekat beta efektif dalam mencegah aktivitas ektopik ventrikel pada pasien STEMI dan pencegahan fibrilasi ventrikel, dan harus diberikan rutin kecuali terdapat kontraindikasi. Hipokalemia dan hipomagnesimia merupakan faktor resiko fibrilasi ventrikel pada pasien STEMI.

- f. Ventrikel STEMI dalam 24 jam pertama, takikardia dan fibrilasi ventricular dapat terjadi tanpa tanda bahaya aritmia sebelumnya.

B. KONSEP DASAR PENGKAJIAN 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, takipneu, 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: 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, peristaltik 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 pasie, adakah yang menderita penyakit sama dengan pasie, 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 beraktifitas seperti dulu dikarenakan kerja jantung yang mulai melemah.
- 7) Pola Aktivitas Sehari-hari
Kemampuan aktifitas 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

Tabel 2.1
Intervensi Keperawatan

SDKI	SLKI	SIKI	RASIONAL
Penurunan curah jantungberhungan dengan perubahan afterload	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan curah jantung meningkat dengan kriteria hasil:(L.02008) 1. Pucat cukup menurun 2. Dispneu cukup menurun 3. Bradikardi cukup meningkat 4. Tekanan darah cukup membaik 5. <i>Capillary refill time</i> cukup membaik 6. nadi perifer cukup meningkat	A. Perawatan jantung Akut (I.02076) Observasi 1. Identifikasi karakteristik nyeri dada (meliputi factor pemicu dan Pereda, kualitas, lokasi , skala durasi, frekuensi) 2. Monitor EKG 12 sadapan untuk perubahan ST 3. Monitor enzim jantung Troponin T 4. Monitor saturasi oksigen Terapeutik 1. Pertahankan tirah baring 12 jam 2. Sediakan lingkungan yang kondusif untuk beristirahat Edukasi	Perawatan jantung Akut Observasi 1. Untuk mengetahui faktor penyebab dan pereda nyeri 2. Mengetahui kelainan pada system kelistrikan jantung 3. Untuk mendeteksi ketidaknormalan pada jantung 4. Untuk mendeteksi kadar oksigen dalam darah Terapeutik 1. Untuk mengurangi aktivas serta nyeri dan sesak dapat berkurang 2. Untuk memberikan kenyamanan pada pasien untuk dapat istirahat Edukasi 1. Untuk mendeteksi nyeri yang dirasakan pasien 2. Agar pasien mengerti tindakan perawatan yang sedang dijalani dan meningkat hubungan saling percaya

		<p>1. Anjurkan segera melaporkan nyeri dada</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Kolaborasi antiplatelet, <i>jika perlu</i> (lovenox 0,6 mg/12 jam)</p> <p>2. Kolaborasi pemberian morfin, <i>jika perlu</i> (morfin 2cc/iv/12 jam)</p> <p>3. Kolaborasi pemberian inotropik, <i>jika perlu</i> (dobutamin 1 gram/SP/12 jam)</p> <p>B. Perawatan jantung (I.02075)</p> <p>Observasi</p> <p>1. Monitor tekanan darah</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi >94%</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi</p>	<p>Kolaborasi</p> <p>1. Untuk menghentikan penggumpalan darah</p> <p>2. Untuk meredakan nyeri hebat</p> <p>3. Untuk membantu kerja jantung dalam memomp darah dan meningkatkan tekanan darah,</p> <p>Perawatan jantung</p> <p>Observasi</p> <p>1. Untuk mendeteksi perbuahan tekanan darah</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Untuk mempertahankan oksigen dalam batas normal</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Agar sesak tidak semakin bertambah</p>
--	--	---	---

<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"> 1. Dipsnea menurun 2. Bunyi nafas tambahan menurun 3. Pola nafas membaik 4. PCO2 dan O2 membaik 	<p>Pemantauan respirasi Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor frekuensi irama, kedalaman dan upaya nafas 2. Monitor pola nafas 3. Monitor nilai AGD <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien 2. Dokumentasikan hasil pemantauan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2. Infomasikan hasil pemantauan jika perlu 	<p>Pemantauan Respirasi Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membantu dalam pemantauan perubahan terkait irama, frekuensi, kedalaman napas. 2. Membantu mengetahui perubahan pola napas 3. Membantu memantau ketidakseimbangan asam basa dalam tubuh pasien, karena AGD merupakan parameter atau patokan dalam terjadinya gangguan pertukaran gas. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membantu memantau kondisi pernapasan pasien. 2. Sebagai hasil pemantauan membandingkan dengan pemantauan sebelumnya dan sebagai acuan evaluasi asuhan keperawatan. <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pentingnya edukasi terkait tindakan yang akan dilakukan pada pasien terhadap keluarga, untuk mengurangi

			<p>kecemasan yang sewaktu-waktu dapat terjadi.</p> <p>2. Informasi hasil tindakan yang diberikan kepada keluarga pasien dapat menjadi pencapaian terkait keberhasilan suatu Tindakan keperawatan yang telah dilakukan.</p>
<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (iskemis)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan tingkat nyeri menurun.</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan nyeri berkurang 2. Pasien menunjukkan ekspresi wajah tenang 3. Pasien dapat beristirahat dengan nyaman 	<p>Manajemen nyeri</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri nonverbal <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan terapi non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 2. kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 	<p>Manajemen Nyeri</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, kualitas, frekuensi nyeri yang dirasakan pasien. 2. Mengetahui seberapa berat tingkat nyeri yang dirasakan oleh pasien. 3. Mengetahui respon nonverbal dari pasien. <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terapi non farmakologis membantu mengurangi nyeri yang dirasakan oleh pasien selain terapi farmakologi yang diberikan. 2. Pengontrolan lingkungan membantu pasien agar tetap nyaman. <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tindakan mandiri yang diajarkan perawat kepada pasien membantu

		<p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 2. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik 	<p>pengontrolan yang dapat dilakukan oleh pasien tanpa bantuan perawat.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Teknik non farmakologis yang diajarkan perawat kepada pasien membantu pasien dapat melakukan secara mandiri dan bertahap sesuai kemampuan pasien <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kandungan yang terkandung dalam obat analgetic membantu meredakan nyeri 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"> 1. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari 2. Keluhan lelah cukup menurun 3. Dispneu setelah beraktivitas cukup menurun 	<p>Manajemen energi (I.05178)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor pola dan jam tidur 3. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan yang nyaman <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan tirah baring 	<p>Manajemen energi (I.05178)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mendeteksi penyebab yang kelelahan 2. Untuk mengetahui adanya masalah pada pola dan jam tidur 3. Untuk mengetahui lokasi yang mengalami ketidaknyaman setelah beraktivitas <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk memberikan kenyamanan pada pasien untuk dapat istirahat <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengurangi aktivitas dan mengurangi ketidaknyaman

		<p>2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</p> <p>Kolaborasi Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan dan diet jantung</p>	<p>Kolaborasi</p> <p>1. Untuk membantu pasien menentukan makanan sesuai dengan keadaan penyakitnya.</p>
--	--	---	--

4. Perencanaan Pulang (*Discharge Planning*)

Kondisi tingkat keparahan penyakit *Acute Coronary Syndrome* (ACS) berhubungan langsung dengan adanya jumlah dan besarnya faktor resiko, lamanya keberadaan faktor resiko dan status penyakit yang menyertainya.

Untuk itu perlu dilakukan upaya pencegahan perubahan gaya hidup melalui modifikasi faktor-faktor resiko (diabetes mellitus, stres, obesitas, gaya hidup, nutrisi, merokok, penggunaan alkohol (Romalina, 2017).

BAB III

PENGATAMAN KASUS

Pasien dengan initial Ny.R usia 71 tahun, berstatus sebagai IRT, agama Kristen Protestan, alamat Kompleks Mutiara IV, dengan diagnosa medis *Acute Coronary Syndrome* hari perawatan ke dua. Pasien mengatakan merasa nyeri ulu hati disertai mual dan muntah 3x sejak satu minggu yang lalu dan pada tanggal 10 Juni 2022 nyeri dada yang dirasakan semakin memberat. Nyeri yang dirasakan sudah menjalar ke dada tembus ke belakang disertai sesak napas dan keringat dingin, sehingga keluarga membawa pasien ke IGD Rumah Sakit Stella Maris Makassar pada tanggal 11 Juni 2022. Setelah dilakukan pemeriksaan dan penanganan di IGD pasien dipindahkan ke ruangan ICCU pada jam 17.05. Pengkajian dilakukan pada tanggal 12 Juni 2022, saat pengkajian didapatkan data pasien dengan kesadaran composmentis, pasien mengeluh nyeri dada tembus belakang, jantung berdebar kencang dan disertai mual dan muntah. Tekanan darah 85/51 mmHg dan nadi teraba lemah 62x/menit, pasien tampak sesak, pernapasan 28x/menit, suhu 36,5⁰C, akral teraba dingin dan tampak pucat. Tampak terpasang RL 500 ml 20 tetes/menit, nasal kanul 4 liter/menit. Troponin-T >2000 ng/L dan PLT 584 10³/uL. Pasien post streptase dengan hasil EKG STEMI Lateral pada lead I, V5,V6.

A. Pengkajian Primer

Table 3.1
Pengkajian Primer

Breath(B1)	Pergerakan Dada	Tampak simetris kiri dan kanan
	Pemakaian otot bantu nafas	Tampak pasien tidak menggunakan otot bantu pernapasan
	Palpasi	Vocal premitus:Teraba kiri dan kanan sama
	Perkusi	Terdengar sonor pada kedua lapang paru
	Suara nafas	Vesikuler: Terdengar vesikuler, inspirasi lebih panjang dari ekspirasi
	Batuk	Tampak pasien tidak ada batuk
	Sputum	Tidak ada
	Alat bantu napas	Ada, jenis oksigen nasal kanul 4 liter/menit
	Lain-lain	Tampak pasien sesak, pernapasan 28x/menit, SPO2 92%
Blood (B2)	Suara jantung	Terdengar bunyi Gallop pada ICS 5 linea midclavicularis sinistra katub Mitral
	Irama jantung	Reguler
	CRT	>3detik
	JVP	Normal (5-2 CmH2O)
	CPV	Tidak ada
	Edema	Tampak tidak ada edema
	Ekg	ST elevasi lateral pada sadapan I, V5,V6 post streptase
	Lain-lain	Tanda-Tanda Vital : TD: 85/51 mmHg N: 62x/menit S: 36,5 °c P: 28 x/menit MAP= 60 mmHg Kesimpulan: perfusi ginjal tidak memadai
Brain (B3)	Tingkat kesadaran	Kualitatif: composmentis Kuantitatif (GCS 15) E: 4

		V : 5 M: 6
	Reaksi pupil	Ada, tampak isokor, diameter \pm 3 mm
	Reflek fisiologis	Refleks Bisep negatif Refleks Trisep positif
	Reflek patologis	Refleks Babinski: Kaki kiri negatif, Kaki kanan negatif Clubing jari-jari: Negatif Varises tungkai: Negatif
	Meningeal sign	Tidak ada
	Lain-lain	Tidak ada
Bladder (B4)	Urin	Jumlah: \pm 150cc/4jam Warna : kuning pekat
	Kateter	Ada, hari ke:1 Jenis: foley cateter
	Kesulitan BAK	Tampak pasien tidak mengalami kesulitan BAK
	Lain-Lain	Tidak ada
Bowel (B5)	Mukosa bibir	Tampak kering
	Lidah	Tampak bersih
	Keadaan gigi	Tampak gigi lengkap, tidak memakai gigi palsu
	Nyeri telan	Tidak ada nyeri menelan
	Abdomen	Tidak distensi
	Peristaltik usus	Normal, 6x/menit
	Mual	Ya
	Muntah	Ya Jumlah \pm 30cc Frekuensi setiap selesai makan
	Hematemesis	Tidak
	Melena	Tampak pasien tidak mengalami melena
	Terpasang NGT	Tampak tidak terpasang NGT
	Terpasang Colostomybag	Tampak tidak terpasang colostomy
	Diare	Pasien tidak mengalami diare
Konstipasi	Ya Sejak satu minggu yang lalu	

	Asites	Tampak tidak ada asites						
	Lain-lain	Tidak ada						
Bone (B6)	Turgor	Jelek						
	Perdarahan kulit	Tidak ada						
	Icterus	Tidak						
	Akral	Dingin Pucat						
	Pergerakan sendi	Bebas <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 0 10px;">Kanan</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="padding: 0 10px;">kiri</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> </table>	Kanan	5	5	kiri	5	5
	Kanan	5	5					
	kiri	5	5					
	Fraktur	Tampak tidak ada fraktur						
Luka	Tampak tidak ada luka							
Lain-lain	Tidak ada							

- B. Diagnose keperawatan (berdasarkan data yang diperoleh saat pengkajian)
- B1: Tidak ada masalah keperawatan
 - B2: Penurunan curah jantung b/d perubahan *afterload*
 - B3: Tidak ada masalah keperawatan
 - B4: Tidak ada masalah keperawatan
 - B5: Nausea b/d rasa makanan/minuman yang tidak enak
 - B6: Tidak ada masalah keperawatan
- C. Tindakan keperawatan yang dilakukan (berdasarkan diagnosa)
1. Memonitor tanda-tanda vital
 2. Pemberian O₂ nasal kanul 4 liter/menit
 3. Kolaborasi pemasangan kateter urin
 4. Kolaborasi pemberian obat antiplatelet (lovenox 0,6 mg/12 jam)
 5. Kolaborasi pemberian obat inotropik (dobutamin 1 gram/SP 12 jam)
 6. Kolaborasi pemberian obat antimetik (ondansentrone 1 gram/iv/8 jam, dan omeprazole 1ampul/iv/8 jam)
- D. Evaluasi hasil tindakan (kondisi yang didapatkan setelah tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah keperawatan)

Tabel 3.2
Evaluasi hasil tindakan

No	Evaluasi	Perawat
1.	Penurunan curah jantung b/d perubahan afterload S: <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan masih merasa sesak dan bertambah jika bergerak - P: pasien mengatakan nyeri dada tiba-tiba dan jantung dirasakan berdebar kencang dan bertambah saat bergerak Q: pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk R: pasien mengatakan nyeri dada tembus ke belakang S: skala nyeri 8 	Marliani

	<p>T: pasien mengatakan nyeri hilang timbul m</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien sesak, pernapasan 27x/menit - Tampak warna kulit masih pucat - CRT >3 detik - Tekanan darah mulai meningkat 89/54 mmHg - Nadi meningkat 68x/menit <p>A: Masalah Penurunan curah jantung belum teratasi teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi karakteristik nyeri dada (meliputi faktor pemicu dan Pereda, kualitas, lokasi , skala durasi, frekuensi) 2. Monitor saturasi oksigen 3. Monitor tekanan darah 4. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi >94% 5. Anjurkan aktivitas sesuai toleransi 	
2.	<p>Nausea b/d rasa makanan/minuman yang tidak enak</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan masih merasa mual - pasien masih mengeluh mual - pasien mengatakan nafsu makan masih menurun <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tampak pasien masih mual - tampak pasien muntah ketika selesai makan - tampak pasien hanya menghabiskan 2-3 sendok makanan yang diberikan <p>A: Masalah Nausea belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. indentifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (mis: nafsu makan) 2. identifikasi faktor penyebab mual 3. berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik 4. identifikasi karakteristik muntah (mis: 	Marliani

	<p>warna, konsistensi, adanya darah, frekuensi dan durasi)</p> <ol style="list-style-type: none">5. Identifikasi penyebab muntah6. kolaborasi pemberian antiemetik, jika perlu (ondansetron 1 ampul/8 jam/iv dan omeprazole 1 gram/8 jam/iv).	
--	--	--

- E. Pengkajian sekunder (pengkajian riwayat keperawatan dan head to toe)

Pengkajian Sekunder

Unit :ICCU
Autoanamnese :√
Tanggal masuk :11 Juni 2022
Tanggal Pengkajian :12 Juni 2022

A. IDENTIFIKASI

1. Pasien

Nama initial : Ny R
Umur :71 tahun
Jenis kelamin :Perempuan
Agama/suku :Kristen Protestan/Jawa
Warga Negara :Indonesia
Bahasa yang digunakan :Bahasa Indonesia
Pendidikan :SMA
Perkerjaan :IRT
Alamat rumah :Kompleks Mutiara IV

2. Penanggung jawab

Nama :Tn A
Umur :30 tahun
Alamat :Kompleks Mutiara IV
Hubungan dengan pasien:Anak Pasien

B. DATA MEDIK

Saat masuk : ACS (*Acute Coronary Syndrome*)

Saat Pengkajian : ACS (*Acute Coronary Syndrome*)

C. KEADAAN UMUM

1. Keadaan sakit: Pasien tampak sakit berat

Alasan: tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur, tampak terpasang infus RL 500 ml 20 tetes/menit, tampak terpasang Kateter, tampak terpasang O2 nasal kanul 4 liter/menit

2. Tanda-tanda vital

a. Kesadaran (kualitatif) : composmentis

b. Skala coma glasgow (kuantitatif)

Respon motoric :6

Respon verbal :5

Respon eye :4

Jumlah =15

c. Tekanan darah : 85/51 mmHg

MAP=60

Kesimpulan: perfus ginjal tidak memadai

d. Suhu :36,5 0c

e. Pernapasan : 28x/menit

Irama : teratur

Jenis : dada

f. Nadi :62x/menit

3. Pengukuran

a. Lingkar lengan atas : 23,6 cm

b. Tinggi badan :155 cm

c. Berat badan :50 kg

D. PENGKAJIAN POLA KESEHATAN

1. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

a. Keadaan sebelum sakit

Ny. R mengatakan kesehatan merupakan anugerah dari Tuhan, dan ketika sehat kita dapat melakukan segala aktivitas dengan baik dan lancar. Pasien mengatakan sering konsumsi makanan berlemak seperti coto dan rawon daging. Pasien mengatakan tidak pernah konsumsi makanan yang bersifat asam karena memiliki riwayat maag. Pasien mengatakan ketika sakit atau penyakit maagnya kambuh ia biasanya membeli obat sendiri di apotik. Pasien mengatakan pernah memeriksakan kesehatan jantungnya dan hasilnya jantung dalam keadaan normal.

b. Riwayat penyakit saat ini

1) Keluhan utama: nyeri dada

2) Riwayat keluhan utama

Pasien mengatakan merasakan nyeri ulu hati sudah satu minggu disertai mual dan muntah 3x namun pasien hanya membiarkan karena mengatakan bahwa itu hanya penyakit maag yang kambuh, namun pada hari Sabtu tanggal 11 Juni 2022 pasien merasakan nyeri semakin bertambah dan nyeri sudah menjalar ke dada tembus ke belakang disertai sesak napas dan keringat dingin, nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk, skala nyeri 8, dan jantung berdebar kencang sehingga keluarga langsung membawa pasien ke IGD Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Setelah dilakukan penanganan di IGD pasien diantar ke Ruang ICU jam 17.05. Pengkajian dilakukan pada tanggal 12 Juni 2022, saat pengkajian didapatkan data pasien dengan kesadaran composmentis, pasien mengeluh nyeri dada tembus belakang, jantung berdebar kencang dan disertai mual dan muntah. Tekanan darah 85/51 mmHg dan nadi teraba lemah 62x/menit, pasien tampak sesak, pernapasan 28x/menit, suhu 36,5 °C, akral teraba dingin dan tampak

pucat. Tampak terpasang RL 500 ml 20 tetes/menit, nasal kanul 4 liter/menit. Troponin-T >2000 ng/L dan PLT 584 $10^3/uL$. Pasien post strepsate dengan hasil EKG STEMI Lateral pada lead I, V5,V6.

3) Riwayat penyakit yang pernah dialami

Pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit maag ± 2 tahun yang lalu

4) Riwayat penyakit keluarga

Pasien mengatakan tidak ada penyakit keturunan dalam keluarga

5) Pemeriksaan fisik

- a) Kebersihan rambut : tampak bersih
- b) Kebersihan kulit kepala : tampak bersih
- c) Kebersihan kulit : tampak bersih
- d) Kebersihan rongga mulut : tampak bersih
- e) Kebersihan genetalia :tampak bersih
- f) Kebersihan anus : tampak bersih

2. Pola Nutris dan metabolik

a. Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan sebelum sakit makan 3x dalam sehari, makan nasi, sayur, ikan dan tempe namun sering juga konsumsi makanan berlemak seperti coto dan rawon daging. Pasien mengatakan minum air putih 4-5 gelas perhari.

b. Kedaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit nafsu makan menurun, makan hanya 3x sehari sekitar 2-3 sendok dan minum air putih 2-3gelas/ hari. Pasien mengatakan merasa mual dan muntah setiap di beri makan.

Observasi

Tampak pasien makan sekitar 2-3 sendok makanan yang

disediakan RS

c. Pemeriksaan fisik

- 1) Keadaan rambut : rambut tampak bersih
- 2) Hidrasi kulit :hidrasi kulit kembali >3 detik
- 3) Palpebral/conjungtiva :tampak tidak edema/ tampak tidak anemis
- 4) Sklera :tampak tidak ikterik
- 5) Hidung :tampak septum berada di tengah, tampak tidak ada lesi
- 6) Rongga mulut :tampak tidak ada sariawan
- 7) Gigi :tampak bersih, tampak lengkap
- 8) Kemampuan mengunyah keras :pasien mampu mengunyah keras
- 9) Lidah :tampak bersih
- 10)Paring :tampak tidak ada peradangan
- 11)Kelenjar getah bening :teraba tidak ada pembesaran
- 12)Kelenjar parotis :tampak tidak ada pembesaran
- 13)Abdomen
 - a) Inspeksi :abdomen tampak data
 - b) Auskultasi :peristaltik usus 6x/menit
 - c) Palpasi :teraba tidak ada benjolan
 - d) Perkusi :terdengar timpani
- 14)Kulit
 - a) Edema :negatif
 - b) Ikterik : negatif
 - c) Tanda-tanda radang : negatif

3. Pola Eliminasi

a. Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan sebelum sakit BAK lancar, BAK 4-5x/hari.

Pasien mengatakan mengalami gangguan dalam BAB, frekuensi buang air besar hanya 3 hari sekali dengan, konsistensi padat.

b. Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit BAK kurang dan tidak ada keinginan untuk buang air kecil, dan belum pernah BAB selama sakit ±8 hari

c. Observasi

Tampak urin yang keluar hanya sedikit, 200cc/4 jam

d. Pemeriksaan fisik

- 1) Peristaltik usus : 6x/menit
- 2) Palpasi kandung kemih : kosong
- 3) Nyeri ketuk ginjal : negatif
- 4) Mulut uretra : tampak bersih
- 5) Anus
 - a) Peradangan : tampak tidak ada peradangan
 - b) Hemoroid : tidak ada
 - c) Fistula : tidak ada

4. Pola aktivitas dan latihan

a. Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan sebelum sakit pasien hanya mampu melakukan aktivitas ringan saja ia hanya di rumah menghabiskan waktunya bersama cucunya.

b. Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan tidak dapat melakukan aktivitasnya merasa nyeri dada serta sesak setelah beraktivitas seperti miring kiri atau miring kanan. Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur dan semua aktivitasnya dibantu perawat dan keluarga.

c. Observasi

Tampak pasien terbaring lemah di atas tempat tidur

d. Pemeriksaan fisik

- 1) Aktivitas harian

- a) Makan :2
- b) Mandi :2
- c) Pakaian :2
- d) Kerapihan :2
- e) Buang air besar :2
- f) Buang air kecil :1
- g) Mobilisasi di tempat tidur:2

Keterangan

0 : mandiri

1 :bantuan dengan alat

2 :bantuan orang

3 :bantuan alat dan orang

4 :bantuan penuh

- 2) Postur tubuh :tampak tidak ada kelainan
tulang belakang
- 3) Gaya jalan :tidak dikaji, pasien bedrest
- 4) Anggota gerak yang cacat :tidak ada
- 5) Fiksasi/trakeostomi :tidak ada
- 6) Pemeriksaan fisik
 - a) Tekanan darah
 - Berbaring :85/51 mmHg
 - Duduk: tidak dikaji
 - Berdiri: tidak dikaji
 - b) HR :86x/menit
 - c) Kulit :keringat dingin
 - d) Basah :positif
 - e) JVP 5-2 cmH₂O
 - f) CRT :>3 detik
 - g) Thorax dan pernapasan
Inspeks

Bentuk thorax : tampak simetris
 Sianosis : tidak ada
 Stridor : tidak ada
 palpasi
 Vocal premitus : vocal fremitus teraba sama kanan dan kiri
 Krepitasi : tidak teraba adanya krepitasi
 perkusi
 terdengar sonor pada kedua lapang paru
 Auskultasi
 Suara napas : terdengar bunyi vesikuler
 Suara tambahan : tidak ada suara napas tambahan

7) Jantung

a) Inspeksi

Tampak ictus cordis pada ICS5 linea midclavicularis sinistra

b) Palpasi

Ictus cordis teraba pada ICS 5 linea midclavicularis sinistra

c) Perkusi

Batas atas : ICS 2 linea sternalis sinistra

Batas bawah : ICS 4 linea midclavicularis sinistra

Batas kiri : ICS 5 linea sternalis dextra

Batas kanan : ICS 5 linea midclavicularis sinistra

d) Auskultasi

Bunyi jantung IIA : tunggal pada ICS 2 linea sternalis dextra

Bunyi jantung IIP : tunggal pada ICS 2,3 sternalis sinistra

Bunyi jantung IT : tunggal pada 4 linea sternalis sinistra

Bunyi jantung IM : gallop pada ICS 5 linea midclavicularis sinistra

8) Lengan dan tungkai

Atrofi otot : tidak ada

Rentang gerak : bebas

Kaku sendi : tidak ada

Nyeri sendi : tidak ada

Fraktur : tidak ada

Parese : tidak ada

Uji kekuatan otot :

Kanan 5	5	kiri
5	5	

Keterangan

Nilai 5: kekuatan penuh

Nilai 4: kekuatan kurang dibanding sisi yang lain

Nilai 3: mampu menahan tegak tapi tidak mampu melawan tekanan

Nilai 2: mampu menahan gaya gravitasi tapi dengan sentuhan akan jatuh

Nilai 1: tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan

Nilai 0: tidak ada kontraksi otot, tidak mampu bergerak

5. Pola tidur dan istirahat

a. Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan pola tidur dan istirahat tidak teratur, tidur pada malam hari sekitar 4-5 jam dan tidak pernah tidur siang.

b. Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit pola tidur dan istirahat semakin

terganggu, susah tidur meskipun sudah minum obat tidur, pasien mengatakan tidur hanya sekitar 1-2 jam pada malam hari lalu terbangun dan tidak dapat tidur kembali, pasien mengatakan ia biasanya tidur pada pagi hari jam 8 atau jam 9 sekitar 1 jam

c. Observasi

Eksperi wajah mengantuk :negatif

Banyak menguap :negatif

Palpebra inferior berwarna gelap :positif

6. Pola persepsi dan kognitif

a. Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan sebelum sakit tidak mengalami gangguan pendengaran maupun penglihatan

b. Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan kondisi pendengaran dan penglihatan sama sebelum dan saat sakit, pendengaran dan penglihatan normal.

c. Observasi

Tampak pasienn tidak menggunakan alat bantu pendengaran dan tidak menggunakan kacamata

d. Pemeriksaan fisik

1) Penglihatan

a) Kornea kanan :tampak jernih

Kornea Kiri :tampak jernih

b) Pupil :tampak isokor kiri dan kanan

c) Lensa mata kanan : tampak jernih

Lensa mata kiri :tampak jernih

d) TIO : teraba sama kiiri dan kanan

2) Pendengaran

a) Pina :tampak simetris kiri dan kanan

b) Kanalis :tampak bersih

c) Membran timpani : tampak utuh

7. Pola persepsi dan konsep diri

a. Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan bahwa ia merupakan seorang ibu yang bertanggung jawab, mampu mendidik dan menyekolahkan semua anak-anaknya hingga saat ini semua bisa sukses. Pasien mengatakan mensyukuri dengan keadaannya, menerima dirinya dengan baik.

b. Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan menerima keadaannya saat ini, ia hanya berharap bisa sembuh dan kembali ke rumah menghabiskan waktunya bersama-sama dengan cucunya

c. Observasi

- 1) Kontak mata : kontak mata penuh
- 2) Rentang perhatian : perhatian penuh
- 3) Suara dan bicara : jelas dan nyambung yang sedang dibicarakan

d. Postur tubuh : tidak dikaji

e. Pemeriksaan fisik

- 1) Kelainan bawaan yang nyata : tidak ada
- 2) Bentuk/ postur tubuh : tidak dikaji
- 3) Kulit : tampak bersih dan sudah mulai keriput

8. Pola peran dan hubungan dengan sesama

a. sebelum sakit

Pasien mengatakan ia tinggal bersama cucunya dan suaminya, mereka menjalin hubungan dalam rumah dengan baik serta dengan tetangga-tetangganya

b. sejak sakit

Pasien mengatakan tidak ada masalah dengan anak, cucu serta orang di sekitarnya. Pasien mengatakan karena tidak bisa dibesuk di RS jadi teman-temannya hanya menanyakan kabar lewat telepon.

c. Observasi:

Tampak anak dari pasien bergantian menjaga pasien

9. Pola Reproduksi dan seksualitas

a. Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan mengalami menstruasi pertama kali pada umur 16 tahun, sudah menikah dan memiliki 7 orang anak, saat ini sudah mengalami menopause. Pasien mengatakan tidak ada masalah atau kelainan pada system reproduksinya

b. Keadaan sejak sakit

mengatakan tidak ada masalah atau kelainan pada system reproduksinya

10. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stress

a. Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan ketika ada masalah langsung menyelesaikan agar tidak menjadi beban pikiran, mengakibatkan stress berkepanjangan.

b. Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan menerima kedaannya saat ini, tidak terlalu berfokus pada penyakitnya, ia masih sering bercanda dengan anaknya dan perawat untuk mengalihkan pikirannya.

11. Pola sistem dan nilai kepercayaan

a. Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan menganut agama Kristen protestan dan sering mengikuti kegiatan kerohanian di Gereja

b. Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan, sejak sakit ia selalu berdoa untuk kesembuhannya, agar bisa pulang ke rumah berkumpul bersama suami dan cucunya.

E. Pemeriksaan penunjang

1. Pemeriksaan laboratorium

Tabel 3.3
Pemeriksaan Darah Lengkap

PARAMETER	HASIL	SATUAN	NILAI RUJUKAN
PLT	584 +	[10 ³ /UL]	150-450
PCT	0,56 +	[%]	0,17-0,35

2. Hasil EKG

Hasi EKG didapatkan ST Elevasi pada lead I, V5, V6 lateral post streptase

3. Biomarker jantung

Table 3.4
Pemeriksaan Biomarker Jantung

JENIS PEMERIKSAAN	HASIL	NILAI RUJUKAN	SATUAN
Troponin-T	>2000	<50	mg/L

4. Pemeriksaan Elektrolit

Table 3.5
Pemeriksaan Elektrolit

JENIS PEMERIKSAAN	HASIL	NILAI RUJUKAN	SATUAN
Natrium	139	136-145	mmol/L
Kalium	3,2 -	3,4-4,5	mmol/L
Chlorida	102	100-106	mmol/L

F. Terapi

Terapi yang diberikan pada pasien yaitu:

1. Dobutamin

- a. Nama obat: Dobutamin
Klasifikasi/ golongan obat: golongan obat inotropik
- b. Dosis umum: dosis awal 0,5 mcg/kg/menit. Selanjutnya dosis pemeliharaan 2-20mcg/kg/menit
- c. Dosis untuk pasien yang Bersangkutan: 2,5 mcg/kgBB/menit. Dosis dapat disesuaikan menjadi 0,5-40 mcg/kgBB/menit, tergantung respon tubuh pasien.
- d. Cara pemberian obat: pemberian obat dobutamine disuntikan melalui pembuluh darah menggunakan selang infus.
- e. Mekanisme kerja dan fungsi obat: dobutamine merupakan obat yang digunakan untuk mengobati dekomposisi jantung dikarenakan lemahnya otot jantung. Obat ini digunakan untuk merangsang otot jantung sehingga jantung memompa lebih baik dan meningkatkan aliran darah. Dobutamin bekerja dengan cara merangsang reseptor beta-I jantung sehingga meningkatkan kontraksi jantung dan kemampuan kerja jantung.
- f. Alasan pemberian obat pada Pasien yang bersangkutan: meningkatkan tekanan darah, denyut jantung jantung, dan jumlah darah yang akan dipompa oleh jantung (cardiac output)
- g. Kontra indikasi: tekanan darah tinggi, asma, kelainan katup jantung, ibu hamil atau berencana hamil, ibu menyusui.
- h. Efek samping obat: sakit kepala, demam, mual muntah, merasa gelisah, kram kaki, nyeri, bengkak atau perubahan warna kulit di area suntikan.

2. Omeprazole

- a. Nama obat: Omeprazole
 - b. Klasifikasi/ golongan obat: proton pump inhibitor
 - c. Dosis umum: 40mg sehari diberikan melalui infus selama 20-30 menit sampai pemberian oral dimungkinkan.
 - d. Dosis untuk pasien yang Bersangkutan: 40mg sehari diberikan melalui infus.
 - e. Cara pemberian obat: melalui intravena atau pembuluh darah vena.
 - f. Mekanisme kerja dan fungsi obat: mengatasi masalah perut, dan kerongkongan yang diakibatkan oleh asam lambung, membantu menyembuhkan kerusakan asam di lambung dan perut, mencegah luka pada lambung. Cara kerja dengan menekan sekresi asam lambung oleh penghambat spesifik pompa proton yang ditemukan pada permukaan sekresi sel pariental lambung.
 - g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: mengobati mual, muntah, rasa tidak enak di tenggorokan atau kerongkongan, sulit menelan.
 - h. Kontra indikasi: hipersensitif pada omeprazole, pasien yang sedang menggunakan obat-obatan, yang mengandung rilpivirine, nelfinavir, atazanavir.
 - i. Efek samping obat: ruam pada kulit, kulit melepuh, mengantuk atau kelelahan, batuk, pusing, demam, nyeri sendi dan otot, depresi, halusinasi.
3. Ondansentron
- a. Nama obat: Ondansentron
 - b. . Klasifikasi/ golongan obat: Antimetik
 - c. Dosis umum: ondansentron injeksi diberikan sebagai dosis tunggal 4mg secara intramuscular ataumelalui injeksi intravena tidak kurang dari 30 detik (sebaiknya antara 2-5), segera

sebelum induksi anastesi atau diberikan segera pasca operasi apabila pasien mengalami mual dan atau muntah.

- d. Dosis untuk pasien yang Bersangkutan: 1 amp/8jam
- e. Cara pemberian obat: Pemberian obat melalui intramuscular atau melalui injeksi intravena.
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat: bekerja sebagai antagonis reseptor 5-HT₃ yang
- g. memblok serotonin pada chemoreceptor trigger zone dan meredakan mual dan muntah
- h. Alasan pemberian obat pada Pasien yang bersangkutan: Untuk mengatasi mual, muntah pada pasien.
- i. Kontra indikasi: Sindrom QT Panjang bawaan, pasien yang memiliki riwayat hipersensitif terhadap ondansetron.
- j. Efek samping obat: bradikardi, aritmia, hipoksia, peningkatan sementara enzim hati, kejang, sindrom serotonin.

4. Morfin

- a. Nama obat: Morfin
- b. Klasifikasi/ golongan obat: analgesik opioid
- c. Dosis umum: dosis awal adalah 1-10mg selama 4-5 menit, dilanjutkan dengan 1mg selama 5-10 menit.
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 2cc/iv /12 jam
- e. Cara pemberian obat: melalui intravena atau pembuluh darah vena.
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat: morfin bekerja dengan cara menghambat sinyal saraf nyeri ke otak untuk sementara, seperti nyeri pada kanker atau serangan jantung. Morfin mempunyai fungsi untuk menghilangkan nyeri dengan intensitas sedang hingga parah.

- g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: mengobati nyeri yang dirasakan pada pasien akibat serangan jantung.
- h. Kontra indikasi: hipersensitif terhadap obat dengan gejala depresi pernapasan, kerusakan kelenjar adrenal, gangguan saluran empedu, peradangan pancreas, pembesaran prostat, kelemahan otot rangka.
- i. Efek samping obat: sakit perut, diare, mual, pingsan, anemia, penglihatan kabur

5. Lovenox

- a. Nama obat: Lovenox
- b. Klasifikasi/ golongan obat: antikoagulan
- c. Dosis umum: dosis awal 3000bolus anti-Xa IU dilanjutkan dengan 100 anti-XA IU/kg
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 0,6mg/12 jam
- e. Cara pemberian obat: melalui intravena atau pembuluh darah vena.
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat: obat yang mengandung enoxaparin sodium. Obat ini digunakan untuk mencegah deep vein thrombosis atau thrombosis vena dalam serta mengatasi DVT akut, mencegah komplikasi angina tidak stabil dan infark miokard.bekerja mengurangi aktivitas protein yang bertugas membekukan darah sehingga mencegah terjadinya pembekuan darah.
- g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: mencegah tromboembolik vena, mencegah pembekuan darah dari pembentukan di pembuluh darah vena atau arteri dan juga mencegah terjadinya pembekuan berulang.

- h. Kontra indikasi: hipersensitif terhadap enoxaparin sodium dan heparin, Riwayat heparin-induced thrombocytopenia (HIT) dalam 100 hari terakhir, perdarahan mayor aktif.
- i. Efek samping obat: nyeri, kemerahan, edema, pendarahan, edema, trombositosis, reaksi alergi,

6. Saline Laxative

- a. Nama obat: Saline Laxative
- b. Klasifikasi/ golongan obat: anti pencahar
- c. Dosis umum: 1 tube/hari (dosis tunggal).
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 1 botol/dubur/hari
- e. Cara pemberian obat: melalui intravena atau pembuluh darah vena.
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat: obat yang mengandung sodium bifosfat dan disodium fosfat untuk mengobati konstipasi dan melancarkan BAB.
- g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: untuk melancarkan BAB atau mengatasi konstipasi.
- h. Kontra indikasi: pasien dengan pendarahan rectum, penyakit ginjal, diet restriksi Na, mual, muntah, nyeri.
- i. Efek samping obat: pusing sakit kepala, mual, muntah, diare, menggigil, nyeri dada.

G. Diagnosa Keperawatan (sesuai dengan pengkajian Sekunder)

- 1. Konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas gastrointestinal

H. Prinsip tindakan (tindakan mandiri dan kolaborasi serta rasional tindakan)

Tabel 3.6
Prinsip dan Analisa tindakan

PRINSIP DAN TINDAKAN	RASIONAL
Tindakan pemberian oksigen	
1. Mencuci tangan	Mencegah transmisi mikroorganisme (infeksi nosocomial) dan penyebaran penyakit
2. Mengucapkan salam, menjelaskan prosedur, dan tujuan Tindakan pada pasien.	Menerapkan etika keperawatan agar pasien memahami tujuan Tindakan yang akan diberikan.
3. Mengatur posisi semifowler	Memposisikan pasien senyaman mungkin
4. Selang dihubungkan dengan tabung oksigen	Menghubungkan selang dari tabung oksigen ke pasien
5. Flowmeter dibuka, dan dicoba pada punggung tangan sebelum diberikan kepada pasien	Memastikan bahwa udara sudah mengalir melalui selang kanul
6. Memasang selang oksigen kepada pasien dan melakukan fiksasi	Pemberian fiksasi pada selang oksigen bertujuan agar selang oksigen tidak mudah terlepas.
7. Mengevaluasi Tindakan	Mengetahui apa yang dirasakan pasien setelah dilakukan Tindakan
8. Mengucapkan salam saat mengakhiri pertemuan dengan pasien	Menerapkan etika dalam keperawatan

9. Cuci tangan	Mencegah transmisi mikroorganisme (infeksi nosocomial) dan penyebaran penyakit
----------------	--

Analisa Data

Nama pasien/umur : Ny.R/71 tahun

Ruangan : ICU

Tabel 3.7
Analisa Data

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1.	<p>Data subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan merasa sesak 2. Pasien mengatakan nyeri dada <p>P: pasien mengatakan nyeri bertambah saat bergerak Q: pasien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk R: pasien mengatakan nyeri yang dirasakan pada dada dan tembus ke belakang S: pasien mengatakan nyeri yang dirasakan skala 8 T: pasien mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul</p> <p>Data objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak warna kulit pucat 2. Pernapasan 28x/menit 3. Capillary <i>refill time</i>>3 detik 4. Tekanan darah menurun 85/51 mmHg 5. Teraba nadi perifer lemah 62x/menit 6. Hasil EKG STEMI lateral pada sadapan I, V5,V6 7. Hasil Echo: EF 43% 8. Troponin T >2000 ng/dL 	Perubahan <i>afterload</i>	Penurunan curah jantung
2	Data Subjektif:	Rasa makanan/ minuman yang tidak enak	Nausea

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan sejak sakit sering mual 2. Pasien mengatakan muntah setelah makan 3. Pasien mengatakan tidak ada nafsu makan <p>Data objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak pasien mual 2. Tampak pasien muntah setiap diberi makan 3. Tampak pasien hanya menghabiskan dua sendok dari makanan yang diberikan 		
3.	<p>Data subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan pengeluaran feses lama dan sulit 2. Pasien mengatakan belum BAB selama sakit ± 8 hari <p>Data Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak pasien belum BAB selama di rawat di ICU pada hari perawatan kedua 2. Peristaltik usus 6x/menit 	Penurunan motilitas gastrointestinal	Konstipasi

Diagnosis Keperawatan

Tabel 3.8

Diagnosis Keperawatan

NO	DIAGNOSIS KEPERAWATAN
1.	Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan <i>afterload</i> (D.0008)
2.	Nausea berhubungan dengan rasa makanan atau minuman yang tidak enak (D.0076)
3.	Konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas gastrointestinal (D.0048)

Intervensi Keperawatan

Tabel 3.9
Intervensi Keperawatan

NO	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Luaran yang Diharapkan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1.	<p>Penurunan curah jantung b/d Perubahan <i>afterload</i> dibuktikan dengan: (D.0008)</p> <p>Data subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan merasa sesak 2. mengatakan nyeri dada <p>P: pasien mengatakan nyeri bertambah saat bergerak</p> <p>Q: pasien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk</p> <p>R: pasien mengatakan nyeri yang dirasakan pada dada dan tembus ke belakang</p> <p>S: pasien mengatakan nyeri yang dirasakan skla 8</p> <p>T: pasien mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan curah jantung meningkat dengan kriteria hasil:(L.02008)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri cukup menurun 2. Pucat cukup menurun 3. Dispneu cukup menurun 4. <i>Capillary refill time</i> cukup membaik 5. Tekanan darah cukup membaik 	<p>A. Perawatan jantung Akut (I.02076)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi karakteristik nyeri dada (meliputi faktor pemicu dan Pereda, kualitas, lokasi , skala durasi, frekuensi) 2. Monitor EKG 12 sadapan untuk perubahan ST 3. Monitor enzim jantung Troponin T 4. Monitor saturasi oksigen <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan tirah baring 12 jam 2. Sediakan lingkungan yang kondusif untuk beristirahat <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan segera melaporkan nyeri dada 2. Jelaskan tindakan yang dijalani pasien <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi antiplatelet, <i>jika perlu</i> (lovenox 0,6 mg/12 jam) 2. Kolaborasi pemberian morfin, <i>jika perlu</i> (morfin 2cc/iv/12 jam) 3. Kolaborasi pemberian inotropik, <i>jika perlu</i>

	<p>Data Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pasien tampak sesak, pernapasan 28x/menit 2. Tampak warna kulit pucat 3. Teraba nadi perifer lemah 62x/menit 4. Capillary refill time >3 detik 5. Hasil EKG STEMI lateral pada sadapan I, V5, V6 6. Hasil Echo: EF 43% 7. Troponin T >2000 mg/dL 		<p>(dobutamin 1 gram/SP/12 jam)</p> <p>B. Perawatan jantung (I.02075)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tekanan darah 2. Monitor status hidrasi (frekuensi nadi, akral turgor kulit, tekanan darah) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi >94% <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian antiaritmia
2.	<p>Nausea b/d rasa makanan/minuman yang tidak enak dibuktikan dengan: (D.0076)</p> <p>Data subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengeluh muntah 2. Pasien mengatakan tidak ada nafsu makan 3. Pasien mengatakan sejak sakit mengeluh mual <p>Data subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak pasien mual 	<p>Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3X24 jam, diharapkan tingkat nausea menurun, dengan kriteria hasil: (L.12111)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan mual cukup menurun 2. Perasaan ingin muntah cukup menurun 3. Nafsu makan meningkat 	<p>A. Manajemen mual (I.03117)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (mis: nafsu makan) 2. Identifikasi faktor penyebab mual <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan makanan tinggi karbohidrat dan rendah lemak 2. Anjurkan tehnik nonfarmakologis untuk mengatasi mual (mis: relaksasi atau terapi musik)

	<p>2. Tampak pasien muntah setiap diberi makan</p> <p>3. Tampak pasien hanya menghabiskan dua sendok dari makanan yang diberikan</p>		<p>Kolaborasi</p> <p>1. Kolaborasi pemberian antimetik jika perlu, (ondansentron 1 ampul/8 jam/iv dan omeprazole 1 mg/8 jam/iv)</p> <p>B. Manajemen Muntah (I.03118)</p> <p>Observasi</p> <p>1. Identifikasi karakteristik muntah (mis: warna, konsistensi, adanya darah, frekuensi, dan durasi)</p> <p>2. Identifikasi faktor penyebab muntah</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Atur posisi untuk mencegah aspirasi</p> <p>2. Berikan dukungan fisik saat muntah (mis membantu membungkuk atau menundukan kepala saat akan muntah)</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Anjurkan menyiapkan kantong plastik untuk menampung muntah</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Kolaborasi pemberian antimetik, jika perlu</p>
3.	<p>Konstipasi b/d penurunan motilitas gastrointestinal <i>dibuktikan</i> dengan: (D.0049)</p> <p>Data subjektif:</p> <p>1. Pasien mengatakan</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan eliminasi fekal membaik dengan kriteria hasil: (L.13113)</p> <p>1. Keluhan defekasi lama dan sulit cukup menurun</p>	<p>Manajemen konstipasi (I.04155)</p> <p>Observasi</p> <p>1. Periksa tanda dan gejala konstipasi</p> <p>2. Identifikasi faktor resiko (mis: obat-obatan, tirah baring, dan diet rendah serat)</p> <p>Terapeutik</p>

	<p>pengeluaran feses lama dan sulit</p> <p>2. Pasien mengatakan mengejan kuat saat ingin BAB</p> <p>3. Pasien mengatakan belum BAB selama sakit \pm8 hari</p> <p>Data objektif:</p> <p>1. Tampak pasien belum BAB selama di rawat di ICU pada perawatan hari kedua</p>	<p>2. Mengejan saat defekasi menurun</p> <p>3. Konsistensi feses cukup membaik</p> <p>4. Frekuensi defekasi cukup membaik</p>	<p>1. Lakukan masase abdomen</p> <p>2. Berikan enema (saline laxative 133 ml)</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Anjurkan peningkatan asupan cairan, <i>jika tidak ada kontraindikasi</i></p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Kolaborasi penggunaan obat pencahar, <i>jika perlu</i></p>
--	---	---	--

Implementasi Keperawatan Dan Evaluasi Kerawatan

Nama/umur : Ny R/71 tahun
 Ruangan/kamar : Intensive Care Unit/ICCU

Tabel 3.10
 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Hari/tanggal	DP	waktu	Pelaksanaan Keperawatan	Perawat
Senin 12 Juni 2022	I	07.15	Mengidentifikasi karakteristik nyeri dada (meliputi faktor pemicu dan pereda, kualitas, lokasi, skala, durasi dan frekuensi) Hasil: pasien mengatakan nyeri dada bertambah saat bergerak dan berkurang saat istirahat P: pasien mengatakan nyeri dada tiba-tiba dan jantung berdebar kencang dan bertambah jika bergerak Q: pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk R: Pasien mengatakan nyeri pada dada kiri menjalar ke belakang S: Skala nyeri 8 T: pasien mengatakan nyeri hilang-timbul	Marliani
	I	07.20	Memonitor gambaran EKG Hasil: Gambaran EKG STEMI lateral pada sadapan I, V5.V6	Marliani
	I	07.30	Memonitor enzim jantung Hasil Troponin T >2000 mg/dL	Marliani
	I	07.33	Memonitor saturasi oksigen Hasil: saturasi oksigen 92%	Marliani
	I	07.36	Memberikan terapi oksigen nasal kanul 4 liter/menit Hasil: terpasang nasal kanul 4	Marliani

			liter/menit, Spo2 97%	
	I	07.37	Mempertahankan tirah baring 12 jam Hasil: Tampak pasien tirah baring 12 jam	Marliani
		07.38	Menyediakan lingkungan yang kondusif untuk beristirahat. Hasil: Tampak keadaan ruangan tenang, bersih sehingga pasien beristirahat dengan baik.	Marliani
		07.47	Mengidentifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (mis: nafsu makan) Hasil: Pasien mengatakan karena mual yang dirasakan nafsu makan menurun	Marliani
	I	07.50	Mengidentifikasi faktor yang mengakibatkan mual Hasil: Pasien mengatakan merasa mual ketika mencium bau makanan	Marliani
	I	07.52	Mengidentifikasi karakteristik muntah Hasil: Tampak pasien muntah setelah makan berwarna putih kekuningan, tampak tidak ada darah, muntah ± 20cc	Marliani
	I	08.00	Berkolaborasi dalam pemberian antiemetik, ondansentron 1 ampul/iv/ 8 jam dan omeprazole 1 gram/8 jam/iv Hasil: Pasien mengatakan mual sedikit berkurang setelah diberikan obat	Marliani

	I	08.05	Mengobservasi TTV Hasil: TD :90/61 mmHg N : 92x/menit P :28x/menit S :36,2 °C Spo2: 97%	Marliani
	II	08.30	Memberikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik Hasil: tampak pasien makan sedikit buah semangka yang diberikan oleh keluarga	Marliani
	I	08.45	Menganjurkan makanan rendah lemak dan tinggi karbohidrat seperti mengurangi makan rawon Hasil: pasien mengatakan mengerti dengan penjelasan perawat	Marliani
	II	09.20	Menganjurkan menyediakan kantong plastik untuk menampung muntah Hasil: Tampak tersedia kantong plastik di tempat tidur pasien	Marliani
	II	09.25	Berikan dukungan fisik saat muntah (mis membantu membungkuk atau menundukan kepala) Hasil: Tampak pasien diberikan posisi miring dengan kepala ditundukan saat akan muntah	Marliani
	II	09.30	Memonitor status hidrasi (frekuensi nadi, akral, kelembapan mukosa, turgor kulit dan tekanan darah) Hasil: Nadi 68x/menit, akral teraba dingin, tekanan darah rendah 89/54 mmHg	Marliani

	I	09.50	Menganjurkan segera melaporkan nyeri dada Hasil: Pasien dan keluarga mengatakan akan melaporkan keluhan nyeri dada yang dirasakan secara bertahap kepada perawat dan dokter.	Marliani
	I	10.00	Menganjurkan segera melaporkan nyeri dada Hasil: Pasien dan keluarga mengatakan akan melaporkan keluhan nyeri dada yang dirasakan secara bertahap kepada perawat dan dokter.	Marliani
	I	10.05	Menganjurkan segera melaporkan nyeri dada Hasil: Pasien dan keluarga mengatakan akan melaporkan keluhan nyeri dada yang dirasakan secara bertahap kepada perawat dan dokter.	Marliani
	III	10.20	Mengobservasi TTV Hasil: TD : 90/60 mmHg Nadi: 93/menit Suhu : 36,3 °C Pernapasan: 27x/menit SPO2: 98%	Marliani
	III	12.00	Memeriksa tanda dan gejala konstipasi Hasil: Pasien mengatakan belum BAB selama ± 8 hari	Marliani
	I	12.30	Melakukan terapi massase abdomen Hasil: Tampak pasien kooperatif saat dilakukan tindakan Mengobservasi TTV Hasil: TD:90/60 mmHg	Marliani

	I	13.00	Nadi:93x/menit Pernapasan: 27x/menit Suhu :36,3°C Spo2: 98%	Marliani
	I	13.15	Berkolaborasi dalam pemberian obat antiplatelet Hasil: Menginjeksi obat lovenox 0,6 mg/12 jam	Marliani
	I	12.50	Berkolaborasi dalam pemberian inotropik, dobutamin 1 gram/SP/12 jam Hasil: Tekanan darah mulai meningkat 86/62 mmHg, nadi 95x/menit Berkolaborasi dalam pemberian morfin 2cc/iv/12 jam Hasil: setelah 30 menit diberikan obat pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang	

Evaluasi Keperawatan

Nama pasien: Ny.R/71 tahun

Ruangan/Kamar: ICU

Hari/Tanggal	No	Evaluasi SOAP	Perawat
Senin 12 juni 2022	1.	Penurunan curah jantung b/d Perubahan <i>afterload</i> S: <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan masih merasa sesak dan bertambah jika bergerak - P: pasien mengatakan nyeri dada tiba-tiba dan jantung berdebar kencang dan bertambah jika bergerak Q: pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk R: Pasien mengatakan nyeri pada dada kiri menjalar ke belakang S: Skala nyeri 8 	Marliani

	<p>T: pasien mengatakan nyeri hilang-timbul</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak warna kulit masih terlihat pucat - Pernapasan 27x/menit - Teraba nadi perifer mulai membaik, 93x/menit - Capillary <i>refill time</i> >3 detik - Tekanan darah mulai meningkat, tekanan darah 89/54mmHg <p>A: Masalah penurunan curah jantung belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi karakteristik nyeri dada (meliputi faktor pemicu dan pereda, kualitas, lokasi, skala, durasi, frekuensi) 2. Monitor saturasi oksigen 3. Monitor tekanan darah 4. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi >94% 5. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi 	
2.	<p>Nausea b/d rasa makanan/minuman yang tidak enak</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan masih merasa mual - Pasien masih mengeluh muntah - Pasien mengatakan nafsu makan masih menurun <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien masih mual - Tampak pasien muntah setiap diberi makan - Tampak pasien hanya menghabiskan 2-3 sendok dari makanan yang diberikan <p>A: Masalah Nausea belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (mis: nafsu makan) 2. Identifikasi factor penyebab mual 3. Identifikasi karakteristik muntah (mis: warna, konsistensi, adanya darah, frekuensi, dan durasi) 	Marliani

	<ol style="list-style-type: none"> 4. Identifikasi factor penyebab muntah 5. Atur posisi untuk mencegah aspirasi 6. Kolaborasi pemberian antimetik jika perlu, (ondansetron 1 ampul/8 jam/iv dan omeprazole 1 mg/8 jam/iv) 	
3.	<p>Konstipasi b/d penurunan motilitas gastrointestinal</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan pengeluaran feses lama dan sulit 2. Pasien mengatakan mengejan kuat saat ingin BAB 3. Pasien mengatakan belum BAB selama sakit ±8 hari <p>O:</p> <p>Tampak pasien belum BAB selama di rawat di ICU</p> <p>A: Konstipasi belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa tanda dan gejala konstipasi 2. Identifikasi faktor resiko (mis: obat-obatan, tirah baring, dan diet rendah serat) 3. Lakukan masase abdomen 4. Berikan enema, jika perlu 5. Anjurkan peningkatan asupan cairan, <i>jika tidak ada kontraindikasi</i> Kolaborasi penggunaan obat pencahar, <i>jika perlu</i> 	Marliani

Hari/Tanggal	DP	Waktu	Implementasi	Perawat
--------------	----	-------	--------------	---------

Senin, 12 Juni 2022	I	14.05	Mengidentifikasi karakteristik nyeri dada (meliputi faktor pemicu dan pereda, kualitas, lokasi, skala, durasi dan frekuensi) Hasil: pasien mengatakan nyeri dada bertambah saat bergerak dan berkurang saat istirahat P: pasien mengatakan nyeri dada tiba-tiba dirasakan jantung berdebar kencang bertambah jika bergerak. Q: pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk R: Pasien mengatakan nyeri menjalar ke belakang S: Skala nyeri 7 T: pasien mengatakan nyeri hilang timbul	Marlen	
		14.10	Mengobservasi TTV Hasil: TD :90/61 mmHg N : 92x/menit P :31x/menit S :36,2 °C Spo2: 98%	Marlen	
		14.12	Memonitor saturasi oksigen Hasil: Saturasi oksigen 98%	Marlen	
		14.15	Memberikan terapi oksigen Hasil: Terpasang oksigen nasal kanul 4 liter/menit	Marlen	
		14.25	Mengidentifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (mis: nafsu makan) Hasil: Pasien mengatakan nafsu makan menurun akibat mual yang masih dirasakan	Marlen	
		14.30	Mengidentifikasi faktor yang mengakibatkan mual Hasil: Pasien mengatakan selalu merasa mual ketika mencium bau makanan	Marlen	
		14.50	Mengidentifikasi karakteristik muntah	Marlen	

	II	15.00	<p>Hasil: Tampak pasien masih muntah setelah makan berwarna putih kekuningan, tampak tidak ada darah, muntah \pm 15cc</p>	Marlen
	II	15.03	<p>Menganjurkan menyediakan kantong plastik untuk menampung muntah Hasil: Tampak tersedia kantong plastik di tempat tidur pasien</p>	Marlen
	II	15.05	<p>Mengatur posisi untuk mencegah aspirasi Hasil: Tampak pasien di berikan posisi miring ketika pasien ingin muntah, agar muntah pasien tidak masuk ke saluran pernapasan</p>	Marlen
	I	15.20	<p>Memonitor status hidrasi (frekuensi nadi, akral, kelembapan mukosa, turgor kulit dan tekanan darah) Hasil: Nadi 86x/menit, akral teraba dingin, tekanan darah rendah 88/70 mmHg</p>	Marlen
	II	15.22	<p>Berkolaborasi dalam pemberian antimetik, ondansentron 1 ampul/ iv/ 8 jam dan omeprazole 1 gram/8 jam/iv Hasil: Pasien mengatakan mual sedikit berkurang setelah diberikan obat</p>	Marlen
	I	16.00	<p>Berikan dukungan fisik saat muntah (mis membantu membungkuk atau menundukan kepala) Hasil: Tampak pasien diberikan posisi miring dengan kepala ditundukan</p> <p>Mengobservasi TTV: Hasil TD: 88/54 mmHg</p>	Marlen

			<p>N : 85x/menit P : 30x/menit S :36,5 °C SPO2: 98%</p> <p>Menyediakan lingkungan yang kondusif untuk beristirahat. Hasil: Tampak keadaan ruangan tenang, bersih sehingga pasien beristirahat dengan baik.</p>	Marlen
	II	16.45		Marlen
	I	17.00	<p>Memeriksa tanda dan gejala konstipasi Hasil: Pasien mengatakan belum BAB selama ± 8 hari</p>	Marlen
	II	18.00	<p>Monitor tanda-tanda vital Hasil: TTV TD: 90/65mmHg N: 79Xmenit P:28X/menit S: 35,5°C SPO2: 98%</p>	Marlen
	III	18.30	<p>Memberikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik Hasil: tampak pasien menghabiskan 2-3 sendok makanan yang diberikan</p>	Marlen
	II	19.15	<p>Berkolaborasi dalam pemberian obat pemberian obat flet enema 133 ml melalui anus Hasil: pasien belum BAB</p> <p>Berikan dukungan fisik saat muntah (mis membantu membungkuk atau menundukan kepala) Hasil: Tampak pasien diberikan posisi miring dengan kepala ditundukan saat akan muntah</p>	Marlen

Evaluasi Keperawatan

Nama pasien: Ny.R/71 tahun

Ruangan/Kamar: ICU

Hari/Tanggal	No	Evaluasi SOAP	Perawat
Senin, 12 juni 2022	1.	<p>Penurunan curah jantung b/d Perubahan <i>afterload</i></p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan masih merasa sesak dan bertambah jika bergerak - P: pasien mengatakan nyeri dada tiba-tiba dirasakan jantung berdebar kencang bertambah jika bergerak. Q: pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk R: Pasien mengatakan nyeri menjalar ke belakang S: Skala nyeri 6 T: pasien mengatakan nyeri hilang timbul <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak warna kulit masih terlihat pucat - Pernapasan 28x/menit - Teraba nadi perifer mulai membaik, 93x/menit - <i>Capillary refill time</i> >3 detik - Tekanan darah mulai meningkat, tekanan darah 97/55 mmHg <p>A: Masalah penurunan curah jantung teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi karakteristik nyeri dada (meliputi faktor pemicu dan pereda, kualitas, lokasi, skala, durasi, frekuensi) 2. Monitor saturasi oksigen 3. Monitor tekanan darah 4. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi >94% 5. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi 	Marlen
	2.	<p>Nausea b/d rasa makanan/minuman yang tidak enak</p> <p>S:</p>	Marlen

	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan masih merasa mual - Pasien masih mengeluh muntah - Pasien mengatakan nafsu makan masih menurun <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien masih mual - Tampak pasien muntah setiap diberi makan - Tampak pasien hanya menghabiskan 2-3 sendok dari makanan yang diberikan <p>A: Masalah Nausea belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (mis: nafsu makan) 2. Identifikasi factor penyebab mual 3. Identifikasi karakteristik muntah (mis: warna, konsistensi, adanya darah, frekuensi, dan durasi) 4. Identifikasi factor penyebab muntah 5. Atur posisi untuk mencegah aspirasi 6. Kolaborasi pemberian antimetik jika perlu, (ondansentron 1 ampul/8 jam/iv dan omeprazole 1 mg/8 jam/iv) 	
3.	<p>Konstipasi b/d penurunan motilitas gastrointestinal</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan pengeluaran feses lama dan sulit - Pasien mengatakan mengejan kuat saat ingin BAB - Pasien mengatakan belum BAB selama sakit ±8 hari <p>O:</p> <p>Tampak pasien belum BAB selama di rawat di ICU</p> <p>A: Konstipasi belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa tanda dan gejala konstipasi 2. Identifikasi faktor resiko (mis: obat-obatan, tirah baring, dan diet rendah serat) 	Marlen

	3. Lakukan masase abdomen 4. Berikan enema, jika perlu 5. Anjurkan peningkatan asupan cairan, <i>jika tidak ada kontraindikasi</i> Kolaborasi penggunaan obat pencahar, <i>jika perlu</i>	
--	--	--

Hari/Tanggal	DM	Waktu	Implementasi	Perawat
Senin 12 Juni 2022	I	21.00	Mengidentifikasi karakteristik nyeri dada (meliputi faktor pemicu dan pereda, kualitas, lokasi, skala, durasi dan frekuensi) Hasil: pasien mengatakan nyeri dada bertambah saat bergerak dan berkurang saat istirahat P: pasien mengatakan nyeri dada tiba-tiba dirasakan jantung berdebar kencang Q: pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk R: Pasien mengatakan nyeri menjalar ke belakang S: Skala nyeri 7 T: pasien mengatakan nyeri hilang timbul	Ns Anto
	I	21.05	Mengobservasi TTV Hasil: TD :90/61 mmHg N : 92x/menit P :28x/menit S :36,2 °C Spo2: 97%	Ns Anto
	I	21.20	Memonitor saturasi oksigen Hasil: saturasi oksigen 97%	Ns Anto
	I	21.25	Memberikan terapi oksigen nasal kanul Hasil: terpasang oksigen nasal kanul 4 liter/menit	Ns Anto

	I	21.40	Mengidentifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (mis: nafsu makan) Hasil: Pasien mengatakan nafsu makan masih menurun	Ns Anto
	II	21.45	Mengidentifikasi faktor yang mengakibatkan mual Hasil: Pasien mengatakan merasa mual ketika mencium bau makanan	Ns Anto
	II	22.50	Mengidentifikasi karakteristik muntah Hasil: Tampak pasien muntah setelah makan dengan karakteristik berwarna putih kekuningan, tampak tidak ada darah, muntah \pm 15cc	Ns Anto
	II	22.55	Berikan dukungan fisik saat muntah (mis membantu membungkuk atau menundukan kepala) Hasil: Tampak pasien diberikan posisi miring dengan kepala ditundukan saat ingin muntah	Ns Anto
	I	23.04	Menyediakan lingkungan yang kondusif untuk beristirahat. Hasil: Tampak keadaan ruangan tenang, bersih sehingga pasien beristirahat dengan baik.	Ns Anto
	II	23.05	Berkolaborasi dalam pemberian antimetik, ondansentron 1 ampul/iv/ 8 jam dan omeprazole 1 gram/8 jam/iv	Ns Anto

			<p>Hasil: Pasien mengatakan mual sedikit berkurang setelah diberikan obat</p>	
	I	23.06	<p>Menganjurkan segera melaporkan nyeri dada</p> <p>Hasil: Pasien dan keluarga mengatakan akan melaporkan keluhan nyeri dada yang dirasakan secara bertahap kepada perawat dan dokter.</p>	Ns Anto
	II	23.30	<p>Menganjurkan menyediakan kantong plastik untuk menampung muntah</p> <p>Hasil: Tampak tersedia kantong plastik di tempat tidur pasien</p>	Ns Anto
	I	23.45	<p>Memonitor status hidrasi (frekuensi nadi, akral, kelembapan mukosa, turgor kulit dan tekanan darah)</p> <p>Hasil: Nadi 76x/menit, akral teraba dingin, tekan darah rendah 90/70 mmHg</p>	Ns Anto
	I	23.05	<p>Mengobservasi TTV</p> <p>Hasil: TD : 97/55 mmHg Nadi: 93/menit Suhu : 36,8 °C Pernapasan: 28x/menit SPO2: 97%</p>	Ns Anto
	I	01.00	<p>Berkolaborasi dalam pemberian inotropik, dobutamin 1 gram/SP/12 jam</p> <p>Hasil: Tekanan darah mulai meningkat 95/68 mmHg, nadi 93x/menit</p>	Ns Anto

	I	01.05	<p>Berkolaborasi dalam pemberian morfin 2cc/iv/12 jam Hasil: setelah 30 menit diberikan pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang</p> <p>Melakukan balance cairan Hasil: Cairan masuk=1574/24 jam IWL= 15xBB/24jam = 31cc/24jam Urine: 1200/24jam Muntah: 300cc Intake – (Output+IWL) 1574 – (1230cc+31cc) =1574 – 1261cc =+313cc</p>	Ns Anto
--	---	-------	---	---------

Implementasi keperawatan

Nama/umur : Ny R/71 tahun
 Ruangan/kamar : Intensive Care Unit/ICCU

Hari/Tanggal	DP	Waktu	Implementasi	Perawat
Selasa 13 Juni 2022	I	07.15	Mengidentifikasi karakteristik nyeri dada (meliputi faktor pemicu dan pereda, kualitas, lokasi, skala, durasi dan frekuensi) Hasil: pasien mengatakan nyeri dada bertambah saat bergerak dan berkurang saat istirahat P: pasien mengatakan nyeri dada tiba-tiba dirasakan jantung berdebar kencang Q: pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk R: Pasien mengatakan nyeri menjalar ke belakang S: Skala nyeri 6 T: pasien mengatakan nyeri hilang timbul	Marliani
	I	07.45	Memonitor saturasi oksigen Hasil: saturasi oksigen 97%	Marliani
	II	07.47	Mengidentifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (mis: nafsu makan) Hasil: Pasien mengatakan karena mual yang dirasakan nafsu makan menurun	Marliani
	II	07.50	Mengidentifikasi faktor yang mengakibatkan mual Hasil: Pasien mengatakan merasa mual ketika mencium bau makanan	Marliani
	II	07.52	Mengidentifikasi karakteristik muntah Hasil: Tampak pasien muntah setelah makan berwarna putih kekuningan, tampak tidak ada darah, muntah ± 20cc	Marliani

	II	07.55	Mengatur posisi untuk mencegah aspirasi Hasil: Tampak pasien di berikan posisi miring ketika pasien ingin muntah, agar muntah pasien tidak masuk ke saluran pernapasan	Marliani Marliani
	II	08.00	Berkolaborasi dalam pemberian antimetik, ondansentron 1 ampul/iv/ 8 jam dan omeprazole 1 gram/8 jam/iv Hasil: Pasien mengatakan mual sedikit berkurang setelah diberikan obat	Marliani
	I	08.05	Mengobservasi TTV Hasil: TD :90/58 mmHg N : 92x/menit P :28x/menit S :36,2 °C Spo2: 96%	Marliani
	I	08.10	Menganjurkan segera melaporkan nyeri dada Hasil: Pasien dan keluarga mengatakan akan melaporkan keluhan nyeri dada yang dirasakan secara bertahap kepada perawat dan dokter.	Marliani
	II	09.20	Menganjurkan menyediakan kantong plastik untuk menampung muntah Hasil: Tampak tersedia kantong plastik di tempat tidur pasien	Marliani
	II	09.25	Berikan dukungan fisik saat muntah (mis membantu membungkuk atau menundukan kepala) Hasil: Tampak pasien diberikan posisi miring dengan kepala ditundukan ketika ingin munta	Marliani

	I	10.05	Memonitor status hidrasi (frekuensi nadi, akral, kelembapan mukosa, turgor kulit dan tekanan darah) Hasil:	Marliani
	I	11.00	Nadi 84x/menit, akral teraba dingin, tekanan darah rendah 90/58 mmHg	
	III	11.30	Mengobservasi TTV: Hasil TD: 89/57 mmHg N : 85x/menit P : 27x/menit S :36,5 °C SPO2: 99%	Marliani
	I	11.45	Memeriksa tanda dan gejala konstipasi Hasil: Tampak gejala konstipasi berkurang, tampak pasien BAB, 1x dengan konsistensi padat	Marliani
	III	12.00	Mengobservasi TTV Hasil: TD : 80/50 mmHg Nadi: 93/menit Suhu : 36,3 °C Pernapasan: 26x/menit SPO2: 97%	Marliani
	I	12.25	Melakukan terapi lanjutan massage abdomen Hasil: Tampak pasien kooperatif saat dilakukan tindakan	Marliani
	I	12.40	Berkolaborasi dalam pemberian obat antiplatelet lovenox 0,6 mg/12 jam Hasil: Setelah diberikan obat lovenox, tampak tidak ada tanda-tanda komplikasi terkait penyakit jantung yang dialami pasien	Marliani

	I	13.00	Berkolaborasi dalam pemberian morfin 2cc/iv/12 jam Hasil: setelah 30 menit diberikan obat pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang	Marliani
	I	13.05	Menyediakan lingkungan yang kondusif untuk beristirahat. Hasil: Tampak keadaan ruangan tenang, bersih sehingga pasien beristirahat dengan baik. Berkolaborasi dalam pemberian inotropik, dobutamin 1 gram/SP/12 jam Hasil: Tekanan darah mulai meningkat 95/68 mmHg, nadi 95x/menit	

Evaluasi Keperawatan

Nama pasien: Ny.R/71 tahun

Ruangan/Kamar: ICU

Hari/Tanggal	No	Evaluasi SOAP	Perawat
Selasa, 13 juni 2022	1.	<p>Penurunan curah jantung b/d Perubahan <i>afterload</i></p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan masih merasa sesak dan bertambah jika bergerak seperti miring kiri atau kanan - P: pasien mengatakan nyeri dada tiba-tiba dirasakan jantung berdebar kencang Q: pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk R: Pasien mengatakan nyeri menjalar ke belakang S: Skala nyeri 5 T: pasien mengatakan nyeri hilang timbul <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak warna kulit masih terlihat pucat 2. Pernapasan 26x/menit 	Marliani

	<ol style="list-style-type: none"> 3. Teraba nadi cukup meningkat 93x/menit 4. Capillary <i>refill time</i> cukup membaik <3 detik 5. Tekanan darah mulai meningkat 6. Tekanan darah 97/76 mmHg <p>A: Masalah penurunan curah jantung teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi karakteristik nyeri dada (meliputi factor pemicu dan Pereda, kualitas, lokasi , skala durasi, frekuensi) 2. Monitor saturasi oksigen 3. Monitor tekanan darah 4. berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi >94% 5. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi 	
2.	<p>Nausea b/d rasa makanan/minuman yang tidak enak</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sudah mual berkurang - Pasien mengatakan muntah berkurang - Pasien mengatakan nafsu makan mulai membaik <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak mual pasien sudah berkurang - Tampak pasien muntah sudah berkurang - Tampak pasien sudah menghabiskan 4-5 sendok dari makanan yang diberikan <p>A: Masalah Nausea teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (mis: nafsu makan) 2. dentifikasi factor penyebab mual 3. Identifikasi karakteristik muntah (mis: warna, konsistensi, 	Marliani

	<p>adanya darah, frekuensi, dan durasi)</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Identifikasi factor penyebab muntah 5. Atur posisi untuk mencegah aspirasi 6. Kolaborasi pemberian antimetik jika perlu, (ondansentron 1 ampul/8 jam/iv dan omeprazole 1 mg/8 jam/iv) 	
3.	<p>Konstipasi b/d penurunan motalitas gastrointestinal</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sudah bab namun masih padat <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien sudah BAB 1x dengan konsistensi padat <p>A: Konstipasi teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa tanda dan gejala konstipasi 2. Identifikasi faktor resiko (mis: obat-obatan, tirah baring, dan diet rendah serat) 3. Lakukan masase abdomen 4. Berikan enema, jika perlu 5. Anjurkan peningkatan asupan cairan, <i>jika tidak ada kontraindikasi</i> <p>Kolaborasi penggunaan obat pencahar, <i>jika perlu</i></p>	Marliani

Hari/Tanggal	DS	Waktu	Implementasi	Perawat
Selasa, 13 Juni 2022	I	14.05	Mengidentifikasi karakteristik nyeri dada (meliputi faktor pemicu dan pereda, kualitas, lokasi, skala, durasi dan frekuensi) Hasil: pasien mengatakan nyeri dada bertambah saat bergerak dan berkurang saat istirahat P: pasien mengatakan nyeri dada tiba-tiba dirasakan jantung berdebar kencang Q: pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk R: Pasien mengatakan nyeri menjalar ke belakang S: Skala nyeri 5 T: pasien mengatakan nyeri hilang timbul	Marlen Marlen
	I	14.10	Mengobservasi TTV Hasil: TD :88/76 mmHg N : 92x/menit P :28x/menit S :36,2 °C	
	I	14.15	Memonitor saturasi oksigen Hasil: Saturasi oksigen 99%	Marlen
	II	14.25	Mengidentifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (mis: nafsu makan) Hasil: Pasien mengatakan nafsu makan menurun akibat mual yang masih dirasakan	Marlen
	II	14.30	Mengidentifikasi faktor yang mengakibatkan mual Hasil: Pasien mengatakan selalu merasa mual ketika mencium bau makanan, namun sudah berkurang	Marlen
	II	15.00	Menganjurkan menyediakan kantong plastik untuk menampung	Marlen

	I	15.05	<p>muntah</p> <p>Hasil: Tampak tersedia kantong plastik di tempat tidur pasien</p>	
	II	15.10	<p>Memonitor status hidrasi (frekuensi nadi, akral, kelembapan mukosa, turgor kulit dan tekanan darah)</p> <p>Hasil: Nadi 78x/menit, akral masih teraba dingin, tekan darah rendah 90/60 mmHg</p>	Marlen
	II	15.20	<p>Berikan dukungan fisik saat muntah (mis membantu membungkuk atau menundukan kepala)</p> <p>Hasil: Tampak pasien diberikan posisi miring dengan kepala ditundukan</p>	Marlen
	II	15.25	<p>Berkolaborasi dalam pemberian antimetik, ondansentron 1 ampul/ iv/ 8 jam dan omeprazole 1 gram/8 jam/iv</p> <p>Hasil: Pasien mengatakan mual sedikit berkurang setelah diberikan obat</p>	Marlen
	I	16.00	<p>Memberikan makanan dalam porsi kecil dan menarik</p> <p>Hasil: Pasien diberikan buah semangka yang sudah dipotong-potong dalam porsi kecil</p>	Marlen
	I	16.00	<p>Mengobservasi TTV:</p> <p>Hasil TD: 90/68 mmHg N : 85x/menit P : 26x/menit S :36,5 °C SPO2: 99%</p>	Marlen
	I	16.35	<p>Memonitor pola dan jam tidur</p> <p>Hasil: Pasien mengatakan masih sulit tidur siang</p>	Marlen

	III	17.30	Memeriksa tanda dan gejala konstipasi Hasil: Pasien mengatakan sudah BAB tadi pagi 1X	Marlen
	I	18.10	Monitor tanda-tanda vital Hasil: TTV TD: 90/65mmHg N: 79Xmenit P:26X/menit S: 35,5°C	Marlen
	I	18.35	Menganjurkan segera melaporkan nyeri dada Hasil: Pasien dan keluarga mengatakan akan melaporkan keluhan nyeri dada yang dirasakan secara bertahap kepada perawat dan dokter.	Marlen
	III	18.30	Melakukan terapi massage abdomen Hasil: Tampak pasien kooperatif saat dilakukan tindakan	Marlen
	III	18.45	Berkolaborasi dalam pemberian obat pemberian obat flet enema 133ml melalui anus Hasil: pasien mengatakan sudah BAB 1x tadi pagi	Marlen

Evaluasi Keperawatan

Nama pasien: Ny.R/71 tahun

Ruangan/Kamar: ICU

Hari/Tanggal	No	Evaluasi SOAP	Perawat
Selasa, 13 juni 2022	1.	<p>Penurunan curah jantung b/d Perubahan <i>afterload</i></p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan masih merasa sesak dan bertambah jika bergerak seperti miring kiri atau kanan - P: pasien mengatakan nyeri dada tiba-tiba dirasakan jantung berdebar kencang Q: pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk R: Pasien mengatakan nyeri menjalar ke belakang S: Skala nyeri 4 T: pasien mengatakan nyeri hilang timbul <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak warna kulit masih terlihat pucat - Pernapasan 26x/menit - Teraba nadi cukup meningkat 93x/menit - Capillary <i>refill time</i> cukup membaik <3 detik - Tekanan darah mulai meningkat - Tekanan darah 97/76 mmHg <p>A: Masalah penurunan curah jantung teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi karakteristik nyeri dada (meliputi factor pemicu dan Pereda, kualitas, lokasi , skala durasi, frekuensi) 2. Monitor saturasi oksigen 3. Monitor tekanan darah 4. berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi >94% 5. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi 	Marlen
	2.	<p>Nausea b/d rasa makanan/minuman yang tidak enak</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sudah mual berkurang 	Marlen

	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan muntah berkurang - Pasien mengatakan nafsu makan mulai membaik <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak mual pasien sudah berkurang - Tampak pasien muntah sudah berkurang - Tampak pasien sudah menghabiskan 4-5 sendok dari makanan yang diberikan <p>A: Masalah Nausea teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (mis: nafsu makan) 2. Identifikasi factor penyebab mual 3. Identifikasi karakteristik muntah (mis: warna, konsistensi, adanya darah, frekuensi, dan durasi) 4. Identifikasi factor penyebab muntah 5. Atur posisi untuk mencegah aspirasi 6. Kolaborasi pemberian antimetik jika perlu, (ondansetron 1 ampul/8 jam/iv dan omeprazole 1 mg/8 jam/iv) 	
3.	<p>Konstipasi b/d penurunan motilitas gastrointestinal</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sudah bab namun masih padat <p>Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien sudah BAB 1x dengan konsistensi padat <p>A: Konstipasi teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa tanda dan gejala konstipasi 2. Identifikasi faktor resiko (mis: obat-obatan, tirah baring, dan diet rendah serat) 3. Lakukan masase abdomen 4. Berikan enema, jika perlu 5. Anjurkan peningkatan asupan cairan, <i>jika tidak ada kontraindikasi</i> <p>Kolaborasi penggunaan obat pencahar, <i>jika perlu</i></p>	Marlen

Hari/Tanggal	DP	Waktu	Implementasi	Perawat
Selasa 13 Juni 2022	I	21.00	Mengidentifikasi karakteristik nyeri dada (meliputi faktor pemicu dan pereda, kualitas, lokasi, skala, durasi dan frekuensi) Hasil: pasien mengatakan nyeri dada bertambah saat bergerak dan berkurang saat istirahat P: pasien mengatakan nyeri dada tiba-tiba dirasakan jantung berdebar kencang Q: pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk R: Pasien mengatakan nyeri menjalar ke belakang S: Skala nyeri 4 T: pasien mengatakan nyeri hilang timbul	Ns. Anto
	I	21.05	Mengobservasi TTV Hasil: TD :90/61 mmHg N : 92x/menit P :25x/menit S :36,2 °C	Ns. Anto
	I	20.30	Memonitor saturasi oksigen Hasil: saturasi oksigen 99%	Ns. Anto
	II	21.40	Mengidentifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (mis: nafsu makan) Hasil: Pasien mengatakan nafsu makan, mulai sedikit meningkat	Ns. Anto
	II	21.45	Mengidentifikasi faktor yang mengakibatkan mual Hasil: Pasien mengatakan merasa mual ketika mencium bau makanan, namun sudah berkurang	Ns. Anto
	II	22.00	Berkolaborasi dalam pemberian antimetik, ondansetron 1 ampul/ iv/ 8 jam dan omeprazole 1 gram/8 jam/iv Hasil: Pasien mengatakan mual berkurang setelah diberikan obat	Ns. Anto

	II	22.10	Menganjurkan menyediakan kantong plastik untuk menampung muntah Hasil: Tampak tersedia kantong plastik di tempat tidur pasien	Ns. Anto
	I	22.30	Memonitor status hidrasi (frekuensi nadi, akral, kelembapan mukosa, turgor kulit dan tekanan darah) Hasil: Nadi 90x/menit, akral teraba berkurang, tekan darah rendah 98/76 mmHg	Ns. Anto
	I	23.00	Mengobservasi TTV Hasil: TD : 97/55 mmHg Nadi: 93/menit Suhu : 36,8 °C Pernapasan: 25x/menit SPO2: 99%	Ns. Anto
	III	23.05	Memeriksa tanda dan gejala konstipasi Hasil: Pasien mengatakan sudah BAB	Ns. Anto
	I	23.25	Berkolaborasi dalam pemberian inotropik, dobutamin 1 gram/SP/12 jam Hasil: Tekanan darah mulai meningkat 95/68 mmHg, nadi 93x/menit	Ns. Anto
	I	00.00	Melakukan balance cairan Hasil: Cairan masuk : 1724/24 jam IWL= 15XBBX24 jam = 31cc/24 Urine= 1500cc/24 jam Muntah: 20cc (Intake- Output + IWL) = 1274-(1520+31) = 1724 – 1551 =+ 173	

			Berkolaborasi dalam pemberian morfin 2cc/iv/12 jam Hasil: setelah 30 menit diberikan obat pasien mengatakan nyeri berkura	
--	--	--	--	--

Implementasi keperawatan

Nama/umur : Ny R/71 tahun
Ruangan/kamar : Intensive Care Unit/ICCU

Hari/tanggal	DP	Waktu	Pelaksanaan Keperawatan	Perawat
Rabu 14 Juni 2022	I	07.15	Mengidentifikasi karakteristik nyeri dada (meliputi faktor pemicu dan pereda, kualitas, lokasi, skala, durasi dan frekuensi) Hasil: pasien mengatakan nyeri dada bertambah saat bergerak dan berkurang saat istirahat P: Pasien mengatakan nyeri dada tiba-tiba dirasakan jantung berdebar kencang Q: Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk R: Pasien mengatakan nyeri menjalar ke belakang S: Skala nyeri 4 T: pasien mengatakan nyeri hilang timbul	Marliani
	I	07.40	Memonitor saturasi oksigen Hasil: saturasi oksigen 99%	Marliani
	II	07.45	Mengidentifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (mis: nafsu makan) Hasil: Pasien mengatakan mual saat mencium bau makanan sudah berkurang	Marliani
	II	07.50	Mengidentifikasi faktor yang mengakibatkan mual Hasil: Pasien mengatakan merasa mual ketika mencium bau makanan namun sudah berkurang	Marliani
	II	07.52	Mengidentifikasi karakteristik muntah Hasil:	Marliani

			Tampak pasien tidak muntah lagi	
	II	08.00	Berkolaborasi dalam pemberian antimetik, ondansentron 1 ampul/ iv/ 8 jam dan omeprazole 1 gram/8 jam/iv Hasil: Pasien mengatakan mual sudah berkurang setelah diberikan obat	Marliani
	I	08.05	Mengobservasi TTV Hasil: TD :95/61 mmHg N : 92x/menit P :21x/menit S :36,7 °C	Marliani
	I	09.00	Spo2: 98%	
			Memberikan terapi oksigen nasal kanul 4 liter/menit Hasil: Tampak pasien diberikan oksigen nasal kanul, tampak pasien merasa nyaman saat dipasangkan oksigen.	Marliani
	II	09.20	Menganjurkan menyediakan kantong plastik untuk menampung muntah Hasil: Tampak tersedia kantong plastik di tempat tidur pasien	Marliani
	I	09.30	Memonitor status hidrasi (frekuensi nadi, akral, kelembapan mukosa, turgor kulit dan tekanan darah) Hasil: Nadi 90x/menit, akral masih teraba dingin, tekanan darah rendah 95/61 mmHg	Marliani
	I	10.05	Mengobservasi TTV: Hasil TD: 98/60 mmHg N : 95x/menit P : 26x/menit S :36,6 °C	Marliani
	III	10.20	SPO2: 99%	

				Marliani
	III	10.30	Melakukan terapi massage abdomen Hasil: Tampak pasien kooperatif saat dilakukan tindakan] Marliani
	I	11.45	Memeriksa tanda dan gejala konstipasi Hasil: Pasien mengatakan konstipasi berkurang dan sudah BAB namun baru 1x	Marliani
	I	12.00	Berkolaborasi dalam pemberian obat antiplatelet lovenox 0,6 mg/12 jam Hasil: Setelah diberikan obat lovenox, tampak tidak ada tanda-tanda komplikasi terkait penyakit jantung yang dialami pasien	Marliani
	I	12.10	Berkolaborasi dalam pemberian inotropik, dobutamin 1 gram/SP/12 jam Hasil: Tekanan darah mulai meningkat 95/68 mmHg, nadi 95x/menit	Marliani
	I	12.50	Mengobservasi TTV Hasil: TD : 90/50 mmHg Nadi: 93/menit Suhu : 35,4 °C Pernapasan: 26x/menit SPO2: 97%	Marliani
	I	13.10	Berkolaborasi dalam pemberian morfin 2cc/iv/12 jam Hasil: setelah 30 menit diberikan obat pasien mengatakan nyeri berkurang	Marliani
	III	13.30	Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Hasil: Pasien mengatakan tidak bisa	Marliani

		<p>beraktivitas dengan baik akibat nyeri dan sesak yang dirasakan.</p> <p>Menganjurkan peningkatan asupan cairan Hasil: Tampak pasien memahami apa yang dijelaskan perawat dan mengkonsumsi air sesuai yang di anjurkan</p>	
--	--	---	--

Evaluasi Keperawatan

Nama pasien: Ny.R/71 tahun

Ruangan/Kamar: ICU

Hari/Tanggal	No	Evaluasi SOAP	Perawat
Rabu, 14 Juni 2022	1.	<p>Penurunan curah jantung b/d Perubahan <i>afterload</i></p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sesak berkurang - P:Pasien mengatakan nyeri dada tiba-tiba dirasakan jantung berdebar kencang Q: Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk R: Pasien mengatakan nyeri menjalar ke belakang S: Skala nyeri 4 T: pasien mengatakan nyeri hilang timbul <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah cukup membaik - Tekanan darah 97/78 mmHg - Bradikardi membaik 98x/menit - Capillary <i>refill</i> time cukup membaik<3 detik - Pernapasan 22x/menit <p>A: Masalah penurunan curah jantung teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>	Marliani
	2.	<p>Nausea b/d rasa makanan/minuman yang tidak enak</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tida mual lagi - Pasien mengatakan tidak muntah - Pasien mengatakan nafsu makan cukup membaik <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien tidak mual lagi - Tampak pasien tidak ada muntah dan nafsu makan sudah membaik. 	Marliani

	A: Masalah Nausea teratasi P: hentikan intervensi	
3.	Konstipasi b/d penurunan motalitas gastrointestinal S: - Pasien mengatakan konstipasi ataus ulit BAB berkurang - Pasien mengatakan sudah BAB 1X namun masih sulit dan konsistensi padat O: Tampak pasien sudah BAB 1x A: masalah Konstipasi teratasi Sebagian P: Lanjutkan intervensi	Marliani

Rabu, 14 Juni 2022	I	14.05	Mengidentifikasi karakteristik nyeri dada (meliputi faktor pemicu dan pereda, kualitas, lokasi, skala, durasi dan frekuensi) Hasil: pasien mengatakan nyeri dada bertambah saat bergerak dan berkurang saat istirahat P: pasien mengatakan nyeri dada tiba-tiba dirasakan jantung berdebar kencang Q: pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk R: Pasien mengatakan nyeri menjalar ke belakang S: Skala nyeri 4 T: pasien mengatakan nyeri hilang timbul	Marlen
	I	14.10	Mengobservasi TTV Hasil: TD :98/65mmHg N : 88x/menit P :20x/menit S :36,0 °C Spo2: 98%	Marlen
	I	14.12	Memonitor saturasi oksigen Hasil: Saturasi oksigen 98%	Marlen
	I	14.15	Memberikan terapi oksigen Hasil: Pemberian oksigenasal kanul 4 liter/menit,	Marlen
	II	14.25	Mengidentifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (mis: nafsu makan) Hasil: Pasien mengatakan nafsu makan sudah membaik dan mampu menghabiskan ½ makanan yang diberikan	Marlen
	II	14.30	Mengidentifikasi faktor yang mengakibatkan mual Hasil: Pasien mengatakan tidak mual lagi	Marlen
	II	14.50	Mengidentifikasi karakteristik muntah Hasil:	Marlen

			Pasien mengatakan tidak muntah lagi	
	II	15.00	Menganjurkan menyediakan kantong plastik untuk menampung muntah Hasil:	Marlen
	I	15.05	Tampak tersedia kantong plastik di tempat tidur pasien	Marlen
	II	15.20	Memonitor status hidrasi (frekuensi nadi, akral, kelembapan mukosa, turgor kulit dan tekanan darah) Hasil: Nadi 88x/menit, akral teraba hangat, tekanan darah 98/65 mmHg	Marlen
	II	15.25	Berkolaborasi dalam pemberian antimetik, ondansentron 1 ampul/ iv/ 8 jam dan omeprazole 1 gram/8 jam/iv Hasil: Pasien mengatakan mual sedikit berkurang setelah diberikan obat	Marlen
	I	16.00	Memberikan makanan dalam porsi kecil dan menarik Hasil: Pasien diberikan buah semangka yang sudah dipotong-potong dalam porsi kecil	Marlen
	I	16.00	Mengobservasi TTV: Hasil TD: 99/70 mmHg N : 85x/menit P : 27x/menit S :36,2°C SPO2: 98%	Marlen
	III	17.30	Memeriksa tanda dan gejala konstipasi Hasil:	Marlen
	I	18.15	Pasien mengatakan sudah bab Monitor tanda-tanda vital Hasil: TTV TD: 90/65mmHg	Marlen

	III	18.40	N: 86Xmenit P:20X/menit S: 35,5°C Menganjurkan peningkatan asupan cairan Hasil: Tampak pasien memahami apa yang dijelaskan perawat dan mengkonsumsi air sesuai yang di anjurkan	Marlen
	III	19.00	Melakukan terapi massage abdomen Hasil: Tampak pasien kooperatif saat dilakukan tindakan	Marlen
	II	19.30	Berikan dukungan fisik saat muntah (mis membantu membungkuk atau menundukan kepala) Hasil: Tampak pasien diberikan posisi miring dengan kepala ditundukan	Marlen

Evaluasi Keperawatan

Nama pasien: Ny.R/71 tahun

Ruangan/Kamar: ICU

Hari/Tanggal	No	Evaluasi SOAP	Perawat
Rabu, 14 Juni 2022	1.	Penurunan curah jantung b/d Perubahan <i>afterload</i> S: <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sesak berkurang - P:Pasien mengatakan nyeri dada tiba-tiba dirasakan jantung berdebar kencang Q: Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk R: Pasien mengatakan nyeri menjalar ke belakang S: Skala nyeri 4 	Marlen

	<p>T: pasien mengatakan nyeri hilang timbul</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah cukup membaik - Tekanan darah 97/78 mmHg - Bradikardi membaik 98x/menit - Capillary <i>refill</i> time cukup membaik < 3 detik - Pernapasan 20x/menit <p>A: Masalah penurunan curah jantung teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>	
2.	<p>Nausea b/d rasa makanan/minuman yang tidak enak</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tidak mual lagi - Pasien mengatakan tidak muntah - Pasien mengatakan nafsu makan cukup membaik <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien tidak mual lagi - Tampak pasien tidak ada muntah dan nafsu makan sudah membaik. <p>A: Masalah Nausea teratasi</p> <p>P: hentikan intervensi</p>	Marlen
3.	<p>Konstipasi b/d penurunan motilitas gastrointestinal</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan konstipasi atau ulit BAB berkurang - Pasien mengatakan sudah BAB 1X namun masih sulit dan konsistensi padat <p>O:</p> <p>Tampak pasien sudah BAB 1x</p> <p>A: masalah Konstipasi teratasi Sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>	Marlen

Hari/Tanggal	DM	Waktu	Implementasi	perawat
Rabu, 14 Juni 2022	I	21.00	Mengidentifikasi karakteristik nyeri dada (meliputi faktor pemicu dan pereda, kualitas, lokasi, skala, durasi dan frekuensi) Hasil: pasien mengatakan nyeri dada bertambah saat bergerak dan berkurang saat istirahat P: pasien mengatakan nyeri dada tiba-tiba dirasakan jantung berdebar kencang Q: pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk R: Pasien mengatakan nyeri menjalar ke belakang S: Skala nyeri 4 T: pasien mengatakan nyeri hilang timbul	Ns Agus
	I	21.15	Mengobservasi TTV Hasil: TD :92/60 mmHg N : 99x/menit P :20x/menit S :36,0°C Spo2: 97%	Ns Agus
	I	21.20	Memonitor saturasi oksigen Hasil: saturasi oksigen 99%	Ns Agus
	I	22.00	Memberikan terapi oksigen nasal kanul 4 liter/menit Hasil: Pasien mengatakan merasa nyaman dan sesak berkurang	Ns Agus
	I	22.30	Memonitor status hidrasi (frekuensi nadi, akral, kelembapan mukosa, turgor kulit dan tekanan darah) Hasil: Nadi 92x/menit, akral teraba dingin, tekan darah rendah 94/70 mmHg	Ns Agus
	I	22.56	Menyediakan lingkungan yang kondusif untuk beristirahat.	

			Hasil: Tampak keadaan ruangan tenang, bersih sehingga pasien beristirahat dengan baik.	Ns Agus
	I	23.00	Mengobservasi TTV Hasil: TD : 90/55 mmHg Nadi: 80/menit Suhu : 36,8 °C Pernapasan: 27x/menit SPO2: 97%	Ns Agus
	I	23.10	Berkolaborasi dalam pemberian inotropik, dobutamin 1 gram/SP/12 jam Hasil: Tekanan darah mulai meningkat 90/55 mmHg, nadi 80x/menit	Ns Agus
	II	23.30	Menganjurkan peningkatan asupan cairan Hasil: Tampak pasien memahami apa yang dijelaskan perawat dan mengkonsumsi air sesuai yang di anjurkan	Ns Agus

BAB IV PEMBAHASAN KASUS

A. Pembahasan Asuhan Keperawatan

Pada bab ini penulis akan membahas ada tidaknya kesenjangan antara konsep teori dengan praktek asuhan keperawatan pada pasien Ny. R usia 71 tahun dengan gangguan sistem kardiovaskular *Acute Coronary Syndrome* (ACS) di ruang perawatan ICU/ICCU Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Pelaksanaan asuhan keperawatan ini menggunakan proses keperawatan dengan lima tahap yaitu: pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan atau intervensi, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dalam proses asuhan keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber yaitu pasien, keluarga pasien dan hasil pengamatan secara langsung ke pasien.

Berdasarkan pengkajian pada Ny. R usia 71 tahun dengan diagnosa medik *Acute Coronary Syndrome* (ACS) didapatkan data pasien dengan kesadaran composmentis, pasien mengeluh nyeri dada tembus belakang, jantung berdebar kencang dan disertai mual dan muntah. Tekanan darah 85/51 mmHg dan nadi teraba lemah 62x/menit, pasien tampak sesak, pernapasan 28x/menit, suhu 36,5 °C, akral teraba dingin dan tampak pucat. Tampak terpasang RL 500 ml 20 tetes/menit, nasal kanul 4 liter/menit. Troponin-T >2000 ng/L dan PLT 584 10³/uL. Pasien post strepsate dengan hasil EKG STEMI Lateral pada lead I, V5, V6.

Berdasarkan teori ada beberapa manifestasi klinis dari *Acute Coronary Syndrome (ACS)*, antara lain nyeri dada, nyeri dada dirasakan seperti dicekik, ditekan, diperas dan disertai rasa takut serta nyeri menjalar ke leher, rahang, lengan dan punggung. Manifestasi lain yaitu sesak napas, mual, muntah, pucat nadi teraba lemah dan akral teraba dingin (Smeltzer, 2016)

Berdasarkan kasus ditemukan manifestasi klinis yaitu nyeri dada tembus ke belakang, sesak napas, mual dan muntah, akral teraba dingin dan pucat dan terdengar bunyi gallop pada ICS 5 linea midclavicularis sinistra di katub mitral.

Nyeri dada pada pasien *Acute coronary syndrome* disebabkan karena terjadinya aterosklerosis arteri koroner yang mengakibatkan ketidakseimbangan antara kebutuhan oksigen miokardium dan suplai oksigen miokardium. Kurangnya suplai oksigen mengakibatkan penumpukan asam laktat pada otot jantung (lemak tidak seluruhnya dioksidasi menjadi karbondioksida, tetapi hanya sampai pada asam laktat, akibat dari metabolisme anaerob), penumpukan asam laktat inilah yang menyebabkan nyeri (Ridwan, Yusni, & Nurkhalis, 2020)

Sesak napas pada pasien *Acute coronary syndrome* terjadi karena adanya aterosklerosis sehingga aliran darah ke jantung menurun termasuk oksigen dan nutrisi yang dapat menyebabkan hipoksia dan iskemik pada jaringan miokardium sehingga terjadi kerusakan pada ventrikel kiri dan mengakibatkan pemompaan darah ke seluruh tubuh berkurang sehingga pasien mengalami sesak, kegagalan pada ventrikel kiri juga dapat mengakibatkan adanya bunyi S3 gallop (Irwan, 2018)

Mual dan muntah dapat terjadi pada pasien ACS karena pada saat terjadi penyumbatan pada arteri koroner maka jaringan yang kekurangan suplai oksigen akan melepaskan berbagai metabolit, termasuk asam laktat yang merangsang serabut saraf vagus

untuk memicu mual dan muntah (Irmalita,2018).

Akral dingin teraba dingin pada pasien *Acute Coronary Syndrome* terjadi karena aterosklerosis pada arteri koroner sehingga mengakibatkan terjadinya hipoperfusi koroner dan mengakibatkan penurunan curah jantung yang ditandai dengan akral teraba dingin dan pucat serta dapat terjadi penurunan tekanan darah (Pratama & Fadil, 2021)

Terdapat kesenjangan pada manifestasi klinis secara teori dan manifestasi klinis kasus dimana nyeri yang dirasakan pasien tidak dirasakan seperti dicekik, ditekan, diperas dan disertai rasa takut serta dan nyeri tidak menjalar ke leher, rahang, lengan dan punggung tetapi nyeri dada yang dirasakan pasien tembus ke belakang dan dirasakan seperti ditusuk-tusuk.

Pada tinjauan teoritis, ada beberapa faktor resiko penyebab *Acute Coronary Syndrome* (ACS), yaitu: laki-laki usia >45 tahun, wanita menopause, diabetes mellitus, hipertensi, hiperlipidemia dan riwayat merokok. Berdasarkan pengkajian pada pasien ditemukan penyebab penyakit *Acute Coronary Syndrome* (ACS) adalah wanita usia 71 tahun dan sudah mengalami menopause.

Wanita yang sudah mengalami menopause akan rentan mengalami gangguan kardiovaskular khususnya penyakit *Acute Coronary Syndrome* (ACS) karena setelah menopause kadar kolesterol wanita akan meningkat menjadi lebih tinggi dari pada laki-laki. Hal ini terjadi karena perempuan menopause mengalami penurunan produksi hormon estrogen dimana hormon esterogen berfungsi menurunkan kadar kolesterol dalam darah, ketika kadar kolesterol dalam darah meningkat maka akan terjadi aterosklerosis.

Terdapat kesenjangan antara faktor resiko teori dan faktor resiko pada kasus dimana pada pasien tidak didapatkan faktor penyebab seperti merokok, pasien mengatakan tidak ada

riwayat hipertensi, dan tidak ada riwayat diabetes mellitus namun pasien mengatakan tidak pernah memeriksakan kolesterol serta suka mengonsumsi makan berlemak seperti coto dan rawon daging.

2. Diagnosis keperawatan

Berdasarkan manifestasi klinis dari pasien yang diperoleh dari hasil pengkajian, maka penulis mengangkat 3 diagnosa keperawatan yang mencakup 80% data mayor pada SDKI

a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan *afterload*

Penulis mengangkat diagnosis ini karena pasien mengatakan merasakan nyeri dada tembus ke belakang dan bertambah saat bergerak nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk dengan skala nyeri 8, nyeri dirasakan hilang timbul dan jantung dirasakan berdebar kencang disertai sesak napas. Nadi teraba lemah, akral teraba dingin dan pucat, *capillary refill time* >3 detik. Hasil observasi tanda-tanda vital, tekanan darah 85/51 mmHg, nadi 62x/menit, pernapasan 28x/menit, suhu 36,5⁰C, terdengar suara gallop pada ICS 5 linea midclavicularis sinistra di katub mitral. Hasil Echocardiography: LVEF 43%, Troponin T >2000 mg/dL, hasil EKG yaitu STEMI lateral pada sadapan I,V5,V6.

Troponin T adalah suatu protein jantung yang terdapat pada otot lurik yang berfungsi sebagai regulator kontraksi otot yang spesifik terhadap otot jantung, nilai normal Troponin T yaitu <50 ng/ml. Troponin T akan meningkat pada kondisi nekrosis atau kematian sel pada otot jantung, membran plasma sel-sel otot jantung tersebut akan mengalami kebocoran dan ketika terjadi infark maka akan terjadi peningkatan pengeluaran troponin T melalui membran akibat nekrosis, sehingga akan menunjukkan nilai yang tinggi pada

troponin T (Dewi et al, 2018).

STEMI yaitu terjadinya oklusi total arteri koroner sehingga menyebabkan daerah infark yang lebih luas, meliputi seluruh miokardium yang pada pemeriksaan EKG ditemukan adanya elevasi segmen ST. STEMI biasanya terjadi ketika aliran darah berkurang secara drastis setelah adanya oklusi trombolitik pada arteri koronaria yang sebelumnya terkena aterosklerosis. STEMI terjadi ketika trombus pada arteri koronaria berkembang dengan cepat pada sisi pembuluh darah yang mengalami penyumbatan (Sanjani,2019)

- b. Nausea berhubungan dengan makanan/minuman yang tidak enak.

Penulis mengangkat diagnosis ini karena pasien mengatakan merasa mual saat mencium bau makanan, muntah setelah makan dan nafsu makan menurun. Tampak pasien mual dan muntah setiap selesai makan dan tampak pasien makan 2-3 sendok makan yang diberikan dari Rumah Sakit.

- c. Konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas gastrointestinal

Penulis mengangkat diagnosis ini karena pasien mengatakan mengejan kuat saat ingin BAB pengeluaran feses yang lama dan sulit, pasien mengatakan sejak sakit belum BAB \pm 8 hari.

Konstipasi pada pasien sering terjadi karena tirah baring yang lama karena tidak adanya aktivitas akan memperlambat waktu feses bisa sampai di kolon serta melemahkan tekanan intra abdomen (Estri, 2016).

Konstipasi yang terjadi akan memperberat fungsi jantung karena proses defekasi disertai mengejan kuat

mengakibatkan vasovagal. Vasovagal terjadi karena proses defekasi dengan mengejan yang kuat mengakibatkan kontraksi volunter otot-otot dada maka akan *terjadi valsava manuver*. Proses *valsava manuver* mengakibatkan penurunan aliran darah ke jantung sehingga terjadi penurunan denyut jantung dan tekanan darah disertai dengan sesak nafas dan keringat dingin sehingga dapat mengakibatkan semakin terganggunya fungsi jantung (Estri, 2016)

Jadi untuk mengatasi terjadinya *valsava manuver* agar tidak terjadi semakin terganggunya fungsi jantung maka masalah konstipasi harus diatasi.

Terdapat kesenjangan antara diagnosa keperawatan secara teori dan diagnosa keperawata berdasarkan kasus. Dimana secara teori diagnosa yang tidak diangkat pada kasus sebagai berikut:

a. Gangguan pertukaran gas

Penulis tidak mengangkat diagnosis ini karena untuk membuktikan masalah gangguan pertukaran gas hanya dapat dibuktikan dengan pemeriksaan analisa gas darah (AGD) yang dapat ditemukan PCO_2 meningkat atau menurun, PO_2 menurun, takikardia, pH arteri meningkat/menurun dan terdapat bunyi napas tambahan, sedangkan pada kasus pasien tidak dilakukan pemeriksaan analisa gas darah sebagai bukti yang kuat untuk mengangkat diagnosa gangguan pertukaran gas.

b. Nyeri akut

Penulis tidak mengangkat diagnosis ini karena nyeri yang dirasakan diakibatkan oleh gangguan sirkulasi jantung sehingga diangkat masalah penurunan curah jantung dimana

dalam SIKI diagnosa tersebut akan mengatasi nyeri akut.

3. Perencanaan Keperawatan

Intervensi yang disusun oleh penulis disesuaikan dengan diagnosis dan kebutuhan pasien yang meliputi hal yang diharapkan, intervensi dan rasional. Intervensi keperawatan yang penulis angkat pada kasus nyata, disesuaikan dengan kebutuhan pasien yaitu dengan fokus pada tindakan observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi.

a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan *afterload*

Intervensi yang disusun oleh penulis adalah perawatan jantung dan perawatan jantung akut yang meliputi tindakan observasi: indentifikasi karakteristik nyeri dada (meliputi faktor pemicu dan pereda, kualitas, lokasi, skala, durasi dan frekuensi), monitor EKG 12 sadapan untuk perubahan ST, monitor troponin T, monitor saturasi oksigen dan monitor tekanan darah. Tindakan terapeutik: pertahankan tirah baring 12 jam, sediakan lingkungan yang kondusif untuk istirahat, berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi $>94\%$, Tindakan edukasi: anjurkan segera melaporkan nyeri dada, jelaskan tindakan yang dijalani pasien, edukasikan beraktivitas sesuai toleransi. Tindakan kolaborasi: kolaborasi antiplatelet *jika perlu* (lovenox 0,6mg/iv/12 jam), kolaborasikan pemberian morfin *jika perlu* (morfin 2cc/iv/12 jam), kolaborasi pemberian inotropik *jika perlu* (dobutamin 1gram/SP/12 jam).

Salah satu tindakan keperawatan yang dilakukan pada diagnosa ini adalah pemberian terapi oksigen untuk meningkatkan saturasi oksigen (SPO_2). Tindakan ini bertujuan untuk meningkatkan dan mempertahankan

oksigenasi agar jaringan tetap adekuat dan dapat menurunkan kinerja miokard akibat kekurangan suplai oksigen (Widyaresmi, 2018) penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Darmawan (2019) yang menyatakan bahwa pemberian oksigen mampu mempengaruhi ST Elevasi pada infark miokard akut.

- b. Nausea berhubungan dengan makanan/minuman yang tidak enak

Intervensi yang disusun oleh penulis adalah manajemen mual dan manajemen muntah. Tindakan observasi: identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (mis: nafsu makan), identifikasi faktor penyebab mual, identifikasi karakteristik muntah (mis: warna, konsistensi, adanya darah, frekuensi dan durasi), identifikasi faktor penyebab muntah. Tindakan terapeutik; berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik, atur posisi untuk mencegah aspirasi, berikan dukungan fisik saat muntah (mis: membantu membungkuk atau menundukkan kepala). Tindakan edukasi: anjurkan makanan tinggi karbohidrat dan rendah lemak, anjurkan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi mual (mis:relaksasi atau terpi musik). Tindakan edukasi: kolaborasi pemberian antimetik jikaa perlu (ondansentron 1 ampul/ iv/ 8jam dan omperazole 1 mg/ iv/8 jam)

- c. Konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas gastrointestinal

Intervensi yang disusun penulis adalah manajemen konstipasi. Tindakan observasi: Periksa tanda dan gejala konstipasi, Identifikasi faktor resiko (mis: obat-obatan, tirah baring, dan diet rendah serat). Tindakan terapeutik: Lakukan masase abdomen, Berikan enema jika perlu,

tindakan edukasi: Anjurkan peningkatan asupan cairan, *jika tidak ada kontraindikasi*. Tindakan kolaborasi: Kolaborasi penggunaan obat pencahar, *jika perlu*

4. Implementasi

Pada implementasi keperawatan yang dilakukan pada Ny. R, penulis melakukan tindakan keperawatan berdasarkan intervensi yang telah disusun. Dalam melakukan implementasi keperawatan ada intervensi yang tidak dilakukan yaitu: menganjurkan peningkatan asupan cairan untuk mengatasi konstipasi, intervensi ini tidak dilakukan karena pasien takut setelah pasien minum akan mengalami muntah, kolaborasi pemberian obat pencahar, intervensi ini tidak dilakukan karena tidak ada indikasi untuk pemberian obat tersebut serta dengan massage abdomen dan flet enema konstipasi dapat teratasi,

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 (12-14 Juni 2022) adalah sebagai berikut:

- a. Diagnosis pertama yaitu penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan *afterload*, berdasarkan hasil evaluasi yang dilakukan penulis pada hari terakhir perawatan, penulis menyimpulkan bahwa masalah penurunan curah jantung dalam kategori teratasi sebagian dibuktikan dengan tekanan darah dan nadi masih naik turun, pasien kadang mengeluh sesak, nyeri berkurang.
- b. Diagnosis kedua yaitu nausea berhubungan dengan makanan/minuman. Berdasarkan hasil evaluasi yang

dilakukan penulis pada hari terakhir perawatan, penulis menyimpulkan bahwa masalah nausea sudah teratasi yang dibuktikan dengan mual muntah pasien sudah teratasi dan mafsus makan sudah membaik.

- c. Diagnosis keempat Konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas gastrointestinal. Berdasarkan hasil evaluasi yang dilakukan penulis pada hari terakhir perawatan, penulis menyimpulkan bahwa masalah konstipasi belum teratasi dibuktikan dengan data pasien mengatakan BAB masih sulit dan mengejan saat BAB serta konsistensi feses padat.

B. Pembahasan Penerapan Eviden Based Nursing

1. Judul EBN: Efektifitas terapi oksigenasi nasal kanul terhadap saturasi oksigen pada penyakit *Acute Coronary Syndrome* (ACS) di instalasi gawat darurat RSUD Ulin Banjarmasin
2. Diagnosis keperawatan: penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload
3. Luaran yang diharapkan: curah jantung meningkat dan saturasi meningkat
4. Intervensi prioritas mengacu pada EBN: berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%
5. Pembahasan tindakan keperawatan sesuai EBN
 - a. Pengertian tindakan: pemberian oksigen adalah tindakan untuk menyalurkan oksigen ke dalam tubuh lewat alat bantu yang bertujuan untuk meningkatkan saturasi oksigen
 - b. Tujuan/rasional EBN pada asuhan keperawatan:
Tindakan ini bertujuan untuk meningkatkan dan mempertahankan oksigenasi agar jaringan tetap adekuat dan dapat menurunkan kinerja miokard akibat kekurangan suplai

oksigen (Widyaresmi, 2018) penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Darmawan (2019) yang menyatakan bahwa pemberian oksigen mampu mempengaruhi ST Elevasi pada infark miokard akut.

c. PICOT EBN (Problem,Intervension,Comparison Outcome,Time)

Tabel 4.1
PICOT EBN

RUBRIK	JURNAL 1	JURNAL 2	JURNAL 3
Judul	Hubungan pemberian terapi oksigenasi dengan saturasi oksigen pada pasien Infark miokard akut di IGD RSUD Sidoarjo	Efektifitas terapi oksigenasi nasal kanul terhadap saturasi oksigen pada penyakit <i>Acute Coronary Syndrome</i> (ACS) di instalasi gawat darurat RSUD Ulin Banjarmasin	Terapi oksigenasi terhadap perubahan saturasi oksigen melalui pemeriksaan oximeter pada pasien infark miokard akut
Problem	Iskemik yang berlangsung lama akibat oklusi koroner dapat mengakibatkan kematian sel-sel miokard akibat kekurangan suplai Oksigen, salah satu tindakan untuk mencegah perluasan Infark adalah dengan terapi oksigenasi	Penyakit ACS memiliki plak yang menempel pada arteri yang rusak, selanjutnya plak dapat menebal dan menyebabkan ACS juga menjadi lebih tebal, sehingga menghambat pergerakan darah yang kaya oksigen ke jantung. Apabila oksigen diberikan pada gangguan jantung, maka oksigen mudah masuk dan berdifusi kedalam paru-paru. Pada ACS utamanya adalah hambatan transport (gangguan cardiac output dan denyut jantung)	Oklusi pada arteri koroner akan mengakibatkan kurangnya suplai oksigen ke miokard, salah satu tindakan untuk mencegah perluasan Infark miokard aku adalah pemberian terapi oksigen

		maka dengan pemberian oksigen akan meningkatkan saturasi oksigen	
Intervension	Intervensi yang dilakukan dalam penelitian ini adalah pemberian terapi oksigen untuk meningkatkan saturasi oksigen jaringan tetap adekuat dan dapat menurunkan kinerja miokard akibat kekurangan suplai oksigen	Intervensi yang dilakukan dalam penelitian ini adalah pemberian terapi nasal kanul untuk meningkatkan saturasi oksigen pada pasien dengan <i>Acute Coronary Syndrome</i> . Pemberian oksigen mampu mempengaruhi ST elevasi pada infark, dianjurkan pemberian oksigen dalam 6 jam pertama.	Intervensi dalam penelitian ini adalah pemberian terapi oksigen untuk meningkatkan nilai saturasi
Comparison	Penelitian ini tidak menggunakan tindakan pembandingan. Peneliti hanya membandingkan dari jurnal sebelumnya	Penelitian ini tidak menggunakan tindakan pembandingan. Peneliti hanya membandingkan dari jurnal sebelumnya	Penelitian ini tidak menggunakan tindakan pembandingan karena peneliti hanya menggunakan desain pre dan post intvervensi.
Outcome	Pada penelitian ini didapatkan hasil bahwa pemberian terapi oksigen efektif meningkatkan saturasi oksigen	Pada penelitian ini terapi oksigen dengan nasal kanul mampu meningkatkan saturasi oksigen pada pasien dengan <i>Acute Coronary Syndrome</i>	Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa dengan terapi oksigen dapat mengembalikan saturasi oksigen dari kondisi hipoksia secara bermakna
Time	Penelitian ini dilaksanakan pada thun 2018	Penelitian ini dilaksanakan pada Oktober 2019	Penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 13 Juni sampai tanggal 13 Juli 2017

6. Kesimpulan PICOT

Dari hasil analisa tiga jurnal mengenai pemberian intervensi pemberian terapi oksigenasi pada pasien *Acute Coronary Syndrome* didapatkan bahwa pemberian terapi tersebut efektif untuk meningkatkan saturasi oksigen. Tindakan ini bertujuan untuk meningkatkan dan mempertahankan oksigenasi agar jaringan tetap adekuat dan dapat menurunkan kinerja miokard akibat kekurangan suplai oksigen (Widyaresmi, 2018) penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Darmawan (2019) yang menyatakan bahwa pemberian oksigen mampu mempengaruhi ST Elevasi pada infark miokard akut.

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Berdasarkan pengkajian data, penulis dapat membandingkan antara teoritis dan tinjauan kasus di lapangan. Mengenai asuhan keperawatan pada Ny. R 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 Ny. R faktor terjadinya ACS yaitu pasien merupakan seorang wanita yang sudah lanjut usia (71 tahun) serta sering konsumsi makanan berlemak namun tidak pernah melakukan pemeriksaan panel lipid.
2. Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada Ny. R dengan Acute Coronary Syndrome (ACS) yaitu: Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan *afterload*, Nausea berhubungan dengan makanan/minuman yang tidak enak, Konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas gastrointestinal.
3. Intervensi keperawatan yang telah disusun penulis yaitu perawatan jantung, perawatan jantung akut, manajemen mual, manajemen muntah dan manajemen konstipasi.
4. Implementasi keperawatan: setelah perawatan selama tiga hari yang dibantu oleh sesama mahasiswa dan perawat, implementasi dapat terlaksana dengan baik.

5. Evaluasi keperawatan: dari hasil evaluasi ada satu diagnosa keperawatan yang teratasi yaitu nausea, ada 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 selalu memeriksakan kesehatannya khususnya kesehatan jantung serta menjalankan diet jantung yang dianjurkan dan patuh pada pengobatan.

2. Bagi Rumah Sakit

Pihak Rumah Sakit diharapkan memperhatikan mutu pelayanan dalam hal ini perawat kontinyu melakukan edukasi keperawatan pada pasien ACS selama menjalani perawatan di Rumah Sakit., sehingga ketika pasien pulang pasien dapat menerapkan edukasi yang diberikan

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.

DAFTAR PUSTAKA

- Adrianto. (2019). *Buku Ajar Kegawatdaruratan Kardiovaskuler*. Jawa Timur: Pusat Penerbitan dan Percetakan UNAIR.
- AHA. (2017). *High blood pressure clinical practice guideline for the prevention, detection, elevation*. J Am Coll Cardiol.
- Ainiyah. (2015). Peran Perawat Dalam Identifikasi Dini Dan penatalaksanaan Pada Acute Coronary Syndrome. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 8, 184-192.
- Alwi, I. (2017). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Edisi VI*. Jakarta: Internal Publishing.
- Asikin, M. N. (2016). *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Aspiani, R. (2016). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Gangguan*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Fikriana, R. (2018). *Sistem Kardiovaskuler*. Yogyakarta: Cetakan I : CV Budi Utama.
- Hamm, C. W. (2011). Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute coronary syndromes (ACS) in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *European Heart Journal*, 32, 2999-3054.
- Imran Ode, N. Y. (2020). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Pada Pasien Sindrom Koroner Akut*. Jawa Timur: CV. Penerbit Qiara Media.
- Kemenkes. (2015). *Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019*. Jakarta : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Muttaqin. (2014). *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem*. Jakarta: Salemba Medika.
- Novrianti. (2021). Terapi Fibrinolitik pada pasien ST segmen elevation myocardial infarction (STEMI). *Jurnal Farmasi Udayana*, 55-67.
- PERKI. (2018). *Pedoman Tata Laksana Sindrom Koroner Akut 2018*. Jakarta: Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia.
- PERKI. (2016). *Pedoman Tata Laksana Sindrome Koroner Akut*. Jakarta: Perhimpunan Dokter Kardiovaskuler Indonesia.

- Pratama, A. R., & Fadil, M. (2021). Peranan Inotropik dan Vasopresor dalam terapi Syok kardiogenik. *jurnal keperawatan*, 3, 307-314.
- Rachmawati, D. (2017). Pemberian Terapi Oksigen Pada Pasien Acute Coronary Syndrome Dengan Chest Pain Di Instalasi Gawat Darurat. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan*, Vol. 13, No. 2.
- Ridwan, M., Yusni, & Nurkhalis. (2020). Analisis karakteristik nyeri dada pada pasien sindroma koroner akut di Rumah Sakit Umum daerah dr. Zainoel Abidin Banda Aceh. *Jurnal Ilmu Medis*, 20-26.
- Rohmah, N. W. (2019). *Proses Keperawatan Berdasarkan KKNi (Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia)*. Malang: Edulitera.
- Romalina, M. R. (2017). Faktor Pasien Berhubungan Dengan Angka Readmission Pada Pelaksanaan Discharge Planning Pada Pasien Acute Coronary Syndrome. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, Vol. 10. No.1 Page 106-119.
- Smeltzer, S. C. (2016). *Keperawatan Medikal Bedah (Handbook for Brunner & Suddarth's Textbook of Medical Surgical Nursing)*. Jakarta: Edisi 12 Jakarta:EGC.
- Starry, R. &. (2015). Diagnosis and Management of Acute Decompensated Heart Failure. *Makassar Cardiovascular Update*, Vol.IX No.1.
- Sudoyo, A. (2014). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid III Edisi VI*. Jakarta: Interna Publishing .
- Widyaresmi, V. N. (2018). Hubungan Pemberian Teraopi Oksigenasi dengan Saturasi Oksigen pada pasien Infark Miokard akut di IGD RSUD Sidoarjo. *Jurnal Keperawatan*, 142-146.