

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN KEBUTUHAN RASA AMAN NYAMAN PADA NY.  
I. F. L. DENGAN DIAGNOSA CORONARY ARTERY DISEASE (CAD)  
DI RUANG ICCU RSUD PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG



OLEH  
BEATRIZ MAIA  
NIM: PO. 5303201181171

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN JURUSAN  
KEPERAWATAN POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN  
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN  
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
2019

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN KEBUTUHAN RASA AMAN NYAMAN PADA NY.  
I. F. L. DENGAN DIAGNOSA CORONARY ARTERY DISEASE (CAD)  
DI RUANG ICCU RSUD PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG**

Karya Tulis Ilmiah Ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk Menyelesaikan  
Studi Pada Program Studi Diploma III Keperawatan  
Dan Mendapat Gelar Ahli Madya Keperawatan Melalui  
Program Rekognisi Pembelajaran Lampau (RPL)



**OLEH  
BEATRIZ MAIA  
NIM: PO. 5303201181171**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN JURUSAN  
KEPERAWATAN POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN  
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN  
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
2019**

## PERNYATAAN KEASLIAN PENULISAN

Saya yang bertandatangan dibawah ini:

Nama : Beatriz Maia  
Nim : PO.5303201181171  
Program Studi : D III Keperawatan  
Institusi : Jurusan Keperawatan Poltekkes  
Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kupang, Juli 2019

Pembuat Pernyataan

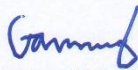


**Beatriz Maia**

**NIM: PO. 5303201181171**

Mengetahui:

Pembimbing



**Gadur Blasius, S.Kep, Ns, M.Si**

**NIP. 19621231198903 1 039**

## LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Beatriz Maia NIM: PO. 5303201181171 dengan judul  
Asuhan Keperawatan Kebutuhan Rasa Aman Nyaman Pada Tn. I. F. L.  
Dengan Gangguan Coronary Artery Disease Di Ruang ICU  
RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang  
Telah disetujui oleh pembimbing untuk di seminarkan didepan Dewan Penguji  
Prodi D-III pada tanggal 20 Juli 2019.

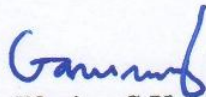
Disusun oleh :



**Beatriz Maia**

**NIM: PO. 5303201181171**

Pembimbing



**Gadur Blasius, S.Kep, Ns, M.Si**


**NIP. 19621231198903 1 039**

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN KEBUTUHAN RASA AMAN NYAMAN PADA NY.  
I. F. L. DENGAN DIAGNOSA CORONARY ARTERY DISEASE (CAD)  
DI RUANG ICCU RSUD PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG

Disusun Oleh :

  
Beatriz Maia  
NIM: PO. 5303201181171

Telah Diuji Pada Tanggal 22 Juli 2019  
Dewan Penguji

Penguji I




Ns. Yoani M. V. B. Aty, S.Kep, M.Kep  
NIP. 19790805200112 2 001

Penguji II



Gadur Blasius, S.Kep, Ns, M.Si  
NIP. 19621231198903 1 039

Mengesahkan  
Ketua Jurusan Keperawatan



Dr. Florentianus Tat, S.KP., M.Kes  
NIP :196910281993031005

Mengetahui  
Ketua Prodi D-III Keperawatan



Margaretha Teli, S.Kep, Ns., MSc-PH  
NIP :197707272000032002

## BIODATA PENULIS

Nama : Beatriz Maia  
TempatTanggalLahir : Wala, 30 Maret 1981  
JenisKelamin : Perempuan  
Alamat : Webua, Desa Rainawe, Kecamatan Kobalima,  
Kabupaten Malaka.  
RiwayatPendidikan : 1.Tamat SDK Wala, Tahun 1995  
2.Tamat SLTP Negeri 1 Tilomar Tahun 1998  
3.Tamat SPK Kupang Tahun 2001  
4.Pada Tahun 2018 Kuliah di Program Studi  
Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes  
Kupang.

## MOTTO

“ILMU ADALAH HARTA YANG TAK AKAN PERNAH HABIS”

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas segala berkat dan rahmatnya sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan tugas akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Kebutuhan Rasa Aman Nyaman Pada Tn. I. F. L. Dengan Gangguan Coronary Artery Disease Di Ruang ICCU RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang”.

Penulis menyadari bahwa dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini banyak mendapat dukungan dan bantuan dari beberapa pihak yang dengan caranya masing-masing menolong penulis demi keberhasilan studi penulis. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terimakasih yang takterhingga Kepada :

1. Bapak Gadur Blasius, S.Kep. Ns, M.Si, selaku pembimbing sekaligus penguji II yang telah banyak memberi bimbingan, masukan serta memberikan dorongan semangat, sehingga penulis dapat menyelesaikan Ujian Akhir Program.
2. Ibu Ns. Yoani M. V. B. Aty, S.Kep. M. Kep. selaku penguji I atas segala masukan dan petunjuknya sehingga penulis dapat menyelesaikan Ujian Akhir Program.
3. Agustina V. Soni, SST, selaku Pembimbing Klinik/CI di Ruang ICCU RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang yang telah membantu dan membimbing penulis dalam proses pelaksanaan Ujian Akhir Program.
4. Ibu R. H. Kristina, SKM, M.Kes., selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti Ujian Akhir Program.
5. Bapak Dr.Florentianus Tat, SKp.,M.Kes, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Kupang yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti Ujian Akhir Program.

6. Ibu Margaretha Telly, S.Kep., Ns., MSc-PH, selaku Ketua Program Studi Diploma III Jurusan Keperawatan, yang telah memberikan ijin dan kesempatan bagi penulis untuk menyelesaikan Ujian Akhir Program.
7. Bapak drg. Mindo Sinaga, selaku Plt. Direktur RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang yang telah menerima dan memberikan ijin kepada penulis untuk melaksanakan Studi Kasus di RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.
8. Seluruh staf Ruang ICU yang telah membantu penulis selama mengikuti Ujian Akhir Program di Rumah Sakit dan dalam proses penyelesaian Laporan Ujian Akhir Program.
9. Para Dosen Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kupang yang telah membimbing penulis selama mengikuti pendidikan baik di kampus maupun di lahan praktek.
10. Bapak Servandus Bou L., suamiku tercinta, Alm. Anjo, Elly, Andro, Rino, Caly, Ecy, anak-anakku tersayang yang telah mendukung penulis sampai penulis menyelesaikan studi D III keperawatan.
11. Bapak Alm. Bento Dos Reis dan Ibu Bendita Monis D. C., kedua orang tuaku tercinta yang telah mendukung dengan caranya masing-masing sampai penulis menyelesaikan studi D III keperawatan.
12. Bapak Alm. Cristovao Da Silva dan Ibu Cristina De Araujo, kedua mertuaku tercinta yang telah mendukung dengan caranya masing-masing sampai penulis menyelesaikan studi D III keperawatan.
13. Abang, Adrianus Mauk yang sudah membantu dalam penyusunan dan pengetikan dalam penyelesaian laporan Laporan Studi Kasus ini.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari sempurna. Untuk itu kritik dan saran dari semua pihak untuk penyempurnaan Laporan Studi Kasus ini sangat diharapkan agar lebih bermanfaat bagi yang berkepentingan.

Kupang, Juli 2019

Penulis



## ABSTRAK

Asuhan Keperawatan Kebutuhan Rasa Aman Nyaman Pada Tn. I. F. L. Dengan Gangguan Coronary Artery Disease Di Ruang ICU RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang

Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang  
Jurusan D-III Keperawatan  
Karya Tulis Ilmiah

**Nama: Beatriz Maia**

**NIM : PO. 5303201181171**

Latar Belakang: Penyakit Jantung Koroner (PJK) atau penyakit kardiovaskular saat ini merupakan salah satu penyebab utama dan pertama kematian di negara maju dan berkembang. Tujuan penulisan ini adalah untuk menerapkan asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami penyakit jantung koroner meliputi pengkajian, penegakan diagnosa, perencanaan keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan. Di ruang ICU RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang. Sumber informasi didapatkan dari anamneses dari pasien dan keluarga, pemeriksaan fisik, serta data penunjang berupa hasil laboratorium. Setelah dilakukan evaluasi selama 3 hari dari tanggal 15-17 Juli 2019 yang diharapkan sesuai dengan teori antara lain nyeri terkontrol atau hilang dan toleransi terhadap aktivitas terpenuhi yang ditandai dengan pasien sudah merasa baik dan sudah dipindahkan ke ruang rawat. Masalah keperawatan yang didapatkan adalah: 1) Melakukan pengkajian nyeri kompre hensif yang meliputi : karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas (beratnya) nyeri dan factor pencetus. 2) Mengobservasi tanda-tanda vital. 3) Mengobservasi adanya petunjuk non verbal mengenai ketidaknyamanan. 4) Memberikan informasi mengenai nyeri, misalnya penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan dirasakan, dan antisipasinya. 5) Mengkaji status fisiologis pasien yang menyebabkan gangguan aktivitas. 6) Menganjurkan pasien menganjurkan perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dialami. 7) Memilih intervensi untuk mengurangi gangguan aktivitas baik secara farmakologis maupun non farmakologis dengan tepat. 8) Menentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga kesehatan. 9) Membantu pasien dalam melakukan aktivitas. Untuk itu disarankan kepada penulis, pasien dan institusi serta klinik dapat mengetahui asuhan keperawatan pada pasien dengan Coronary Artery Disease (CAD) yang membutuhkan perawatan dan penanganan yang cepat dan efektif oleh medis, oleh karena itu peran perawat dalam pemberiana asuhan keperawatan dan dukungan keluarga sangat menentukan keberhasilan dari setiap prosedur keperawatan yang dilakukan.

**Kata Kunci:** Asuhan Keperawatan Coronary Artery Disease (CAD).

## DAFTAR ISI

HalamanJudul	
Halaman Judul .....	i
Pernyataan Keaslian Penulisan .....	ii
Lembar Persetujuan .....	iii
Lembar Pengesahan .....	iv
Biodata Penulis.....	v
Kata Pengantar .....	vi
Abstrak.....	ix
Daftar Isi .....	x
BAB 1 PENDAHULUAN .....	1
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Tujuan penulisan .....	3
1.3 Manfaat penulisan .....	4
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA .....	5
2.1 Konsep Penyakit Jantung Korrner .....	5
2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan.....	11
BAB 3 HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN .....	26
3.1 Hasil Studi Kasus .....	26
3.2 Pembahasan.....	35
3.3 Keterbatasan Studi Kasus.....	39
BAB 4 PENUTUP .....	40
4.1 Kesimpulan .....	40
4.2 Saran .....	42
DAFTAR PUSTAKA .....	43
LAMPIRAN .....	44

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Penyakit Jantung Koroner (PJK) atau penyakit kardiovaskular saat ini merupakan salah satu penyebab utama dan pertama kematian di negara maju dan berkembang, termasuk Indonesia. Pada tahun 2010, secara global penyakit ini akan menjadi penyebab kematian pertama di negara berkembang, menggantikan kematian akibat infeksi. Diperkirakan bahwa diseluruh dunia, PJK pada tahun 2020 menjadi pembunuh pertama tersering yakni sebesar 36% dari seluruh kematian, angka ini dua kali lebih tinggi dari angka kematian akibat kanker (Yahya, 2010).

Di Indonesia dilaporkan PJK (yang dikelompokkan menjadi penyakit sistem sirkulasi) merupakan penyebab utama dan pertama dari seluruh kematian, yakni sebesar 26,4%, angka ini empat kali lebih tinggi dari angka kematian yang disebabkan oleh kanker (6%). Dengan kata lain, lebih kurang satu diantara empat orang yang meninggal di Indonesia adalah akibat PJK. Berbagai faktor risiko mempunyai peran penting timbulnya PJK mulai dari aspek metabolik, hemostasis, imunologi, infeksi, dan banyak faktor lain yang saling terkait (Anonim, 2006).

Jantung sanggup berkontraksi tanpa henti berkat adanya suplai bahan-bahan energi secara terus menerus. Suplai bahan energi berupa oksigen dan nutrisi ini mengalir melalui suatu pembuluh darah yang disebut pembuluh koroner. Apabila pembuluh darah menyempit atau tersumbat proses transportasi bahan-bahan energy akan terganggu. Akibatnya sel-sel jantung melemah dan bahkan bisa mati. Gangguan pada pembuluh koroner ini yang disebut penyakit jantung koroner (Yahya, 2010).

Pengobatan penyakit jantung koroner dimaksudkan tidak sekedar mengurangi atau bahkan menghilangkan keluhan. Yang paling penting adalah memelihara fungsi jantung sehingga harapan hidup akan meningkat (Yahya, 2010).

Sebagian besar bentuk penyakit jantung adalah kronis, pemberian obat umumnya berjangka panjang, meskipun obat-obat itu berguna tetapi juga

memberikan efek samping (Soeharto, 2001). Hal yang perlu diperhatikan dalam pengobatan ada beberapa obat, meskipun memulihkan keadaan, tidak selalu membuat lebih baik, penggunaan obat harus secara teratur. Penghentian pengobatan tanpa konsultasi dengan dokter dapat menimbulkan masalah baru (Soeharto, 2001). Penggunaan obat yang tidak tepat, tidak efektif dan tidak aman, telah menjadi masalah tersendiri dalam pelayanan kesehatan. Penggunaan obat dinilai tidak tepat jika indikasi tidak jelas, pemilihan obat tidak sesuai, cara penggunaan obat tidak sesuai, kondisi pasien tidak dinilai, reaksi yang tidak dikehendaki, polifarmasi, penggunaan obat tidak sesuai dan lain-lain. Maka dari itu perlu dilaksanakan evaluasi ketepatan obat, untuk mencapai pengobatan yang efektif, aman dan ekonomis (Anonim, 2000).

Adanya keterkaitan penyakit jantung koroner dengan faktor resiko dan penyakit penyerta lain seperti diabetes melitus dan hipertensi, serta adanya kemungkinan perkembangan iskemik menjadi infark menyebabkan kompleksnya terapi yang diberikan. Oleh karena itu, pemilihan jenis obat akan sangat menentukan kualitas penggunaan obat dalam pemilihan terapi. Obat berperan sangat penting dalam pelayanan kesehatan. Berbagai pilihan obat saat ini tersedia, sehingga diperlukan pertimbangan-pertimbangan yang cermat dalam memilih obat untuk suatu penyakit. Terlalu banyaknya jenis obat yang tersedia dapat memberikan masalah tersendiri dalam praktik, terutama menyangkut pemilihan dan penggunaan obat secara benar dan aman (Anonim, 2000).

Banyak penderita serangan jantung yang kembali ke rumah setelah perawatan beberapa hari. Sebagian perlu perawatan berminggu-minggu sebelum dipulangkan karena fungsi jantung sudah menurun. Di antara penderita serangan jantung itu, ada pula yang tidak dapat diselamatkan (Yahya, 2010). Dari uraian diatas mendorong peneliti untuk melakukan evaluasi pengobatan jantung koroner.

Data ruangan ICCU RSUD Prof. Dr. W. Z. Yohanes Kupang didapatkan penderita dengan kasus Coronary Artery Disease (CAD) sejak periode Januari- 2018 – Juni 2019 sebanyak 50 orang (Register Medis Ruang ICCU, RSUD Prof. Dr. W. Z.

Yohanes Kupang, 2019). Dari data tersebut diatas dapat disimpulkan bahwa kasus Coronary Artery Disease merupakan kasus yang sering ditemukan. Sehingga penulis sangat tertarik untuk melaksanakan asuhan keperawatan dengan judul “Asuhan Keperawatan Kebutuhan Rasa Aman Nyaman Pada Tn. I. F. L. Dengan Gangguan Coronary Artery Disease Di Ruang ICU RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang”.

## 1.2 Tujuan Penulisan

### 1.2.1 Tujuan Umum

Dapat mengetahui konsep dasar teori dan asuhan keperawatan serta mengaplikasikannya pada Ny. I. F. L. Dengan Gangguan Coronary Artery Disease Di Ruang ICU RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.

### 1.2.2 Tujuan Khusus

1. Mahasiswa dapat melaksanakan pengkajian keperawatan pada Ny. I. F. L. dengan Coronary Artery Disease di ruang ICU RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang
2. Mahasiswa dapat merumuskan diagnosa keperawatan pada Ny. I. F. L. dengan Coronary Artery Disease di ruang ICU RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang
3. Mahasiswa dapat merencanakan rencana tindakan keperawatan pada Ny. I. F. L. dengan Coronary Artery Disease di ruang ICU RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang
4. Mahasiswa dapat melaksanakan tindakan keperawatan pada Ny. I. F. L. dengan Coronary Artery Disease di ruang ICU RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang
5. Mahasiswa dapat melaksanakan evaluasi keperawatan pada Ny. I. F. L. dengan Coronary Artery Disease di ruang ICU RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang

### 1.3 Manfaat Studi Kasus

#### 1.3.1 Manfaat Teoritis

Dapat dijadikan hasil Laporan Studi Kasus ini untuk membuktikan teori tentang asuhan keperawatan pada pasien yang menderita penyakit Coronary Artery Disease sebagai pengembangan ilmu keperawatan khususnya pada pasien dengan Coronary Artery Disease.

#### 1.3.2 Manfaat Praktis

##### 1. Bagi Mahasiswa

Menambah wawasan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan penyakit Coronary Artery Disease .

##### 2. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil studi kasus ini dapat digunakan sebagai bahan acuan bagi pengembangan keilmuan khususnya bagi asuhan keperawatan pada pasien dengan penyakit Coronary Artery Disease .

##### 3. Bagi RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang

Sebagai bahan masukan dan evaluasi yang diperoleh dalam pelaksanaan praktek keperawatan yang tepat khususnya untuk memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan penyakit Coronary Artery Disease .

##### 4. Bagi Pasien

Agar pasien mendapat asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhannya

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Konsep Penyakit Jantung Koroner

##### 2.1.1 Definisi

Penyakit jantung koroner (PJK) adalah gangguan fungsi jantung akibat otot jantung kekurangan darah karena adanya penyempitan pembuluh darah koroner. Pada waktu jantung harus bekerja lebih keras terjadi ketidakseimbangan antara kebutuhan dan asupan oksigen, hal inilah yang menyebabkan nyeri dada. Kalau pembuluh darah tersumbat sama sekali, pemasokan darah ke jantung akan terhenti dan kejadian inilah yang disebut dengan serangan jantung. Adanya ketidakseimbangan antara ketersediaan oksigen dan kebutuhan jantung memicu timbulnya PJK (Huon, 2002). Menurut Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013, secara klinis PJK ditandai dengan nyeri dada atau terasa tidak nyaman di dada atau dada terasa tertekan berat ketika sedang mendaki, kerja berat ataupun berjalan terburu-buru pada saat berjalan di jalan datar atau berjalan jauh. Pemeriksaan angiografi dan elektrokardiogram (EKG) digunakan untuk memastikan terjadinya PJK. Hasil pemeriksaan EKG yang menunjukkan terjadinya iskemik merupakan salah satu tanda terjadinya PJK secara klinis (Soeharto dalam Haslindah, 2015).

##### 2.1.2 Etiologi

Etiologi penyakit jantung koroner adalah adanya penyempitan, penyumbatan, atau kelainan pembuluh arteri koroner. Penyempitan atau penyumbatan pembuluh darah tersebut dapat menghentikan aliran darah ke otot jantung yang sering ditandai dengan nyeri. Dalam kondisi yang parah, kemampuan jantung memompa darah dapat hilang. Hal ini dapat merusak sistem pengontrol irama jantung dan berakhir dengan kematian (Hermawatisa, 2014).

Faktor risiko dapat berupa semua faktor penyebab (etiologi) ditambah dengan faktor epidemiologis yang berhubungan secara independen dengan penyakit. Faktor- faktor utama penyebab serangan jantung yaitu perokok berat, hipertensi dan kolesterol. Faktor pendukung lainnya meliputi obesitas, diabetes, kurang olahraga, genetik, stres, pil kontrasepsi oral dan gout (Huon, 2002).

Faktor risiko seperti umur, keturunan, jenis kelamin, anatomi pembuluh koroner dan faktor metabolisme adalah faktor-faktor alamiah yang sudah tidak dapat diubah. Namun ada berbagai faktor risiko yang justru dapat diubah atau diperbaiki. Sangat jarang orang menyadari bahwa faktor risiko PJK bisa lahir dari kebiasaan hidup sehari-hari yang buruk misalnya pola konsumsi lemak yang berlebih, perilaku merokok, kurang olahraga atau pengelolaan stress yang buruk (Anies, 2005).

Dari faktor risiko tersebut ada yang dikenal dengan faktor risiko mayor dan minor. Faktor risiko mayor meliputi hipertensi, hiperlipidemia, merokok, dan obesitas sedangkan faktor risiko minor meliputi DM, stress, kurang olahraga, riwayat keluarga, usia dan seks. Menurut D.Wang (2005) faktor risiko PJK pada wanita meliputi : Obesitas, riwayat keluarga, penggunaan kontrasepsi oral yang disertai dengan riwayat merokok, diabetes mellitus, kolesterol, merokok

Menurut penelitian yang dilakukan Rosjidi dan Isro'in (2014) Perempuan lebih rentan terserang penyakit kardiovaskular dibanding laki-laki. Beban faktor resiko penyakit kardiovaskular perempuan lebih besar dari laki-laki adalah tingginya LDL, tingginya TG, dan kurangnya aktivitas fisik. Tiga faktor resiko dominan penyakit kardiovaskular pada perempuan adalah umur, hipertensi dan kolesterol tinggi.



### 2.1.3 Patofisiologi

Perkembangan PJK dimulai dari penyumbatan pembuluh jantung oleh plak pada pembuluh darah. Penyumbatan pembuluh darah pada awalnya disebabkan peningkatan kadar kolesterol LDL (low-density lipoprotein) darah berlebihan dan menumpuk pada dinding arteri sehingga aliran darah terganggu dan juga dapat merusak pembuluh darah (Al fajar, 2015).

Penyumbatan pada pembuluh darah juga dapat disebabkan oleh penumpukan lemak disertai klot trombosit yang diakibatkan kerusakan dalam pembuluh darah. Kerusakan pada awalnya berupa plak fibrosa pembuluh darah, namun selanjutnya dapat menyebabkan ulserasi dan pendarahan di bagian dalam pembuluh darah yang menyebabkan klot darah. Pada akhirnya, dampak akut sekaligus fatal dari PJK berupa serangan jantung (Naga, 2012).

Pada umumnya PJK juga merupakan ketidakseimbangan antara penyediaan dan kebutuhan oksigen miokardium. Penyediaan oksigen miokardium bisa menurun atau kebutuhan oksigen miokardium bisa meningkat melebihi batas cadangan perfusi koroner peningkatan kebutuhan oksigen miokardium harus dipenuhi dengan peningkatan aliran darah. gangguan suplai darah arteri koroner dianggap berbahaya bila terjadi penyumbatan sebesar 70% atau lebih pada pangkal atau cabang utama arteri koroner. Penyempitan <50% kemungkinan belum menampakkan gangguan yang berarti. Keadaan ini tergantung kepada beratnya arteriosklerosis dan luasnya gangguan jantung (Saparina, 2010).

Menurut Saparina (2010) gambaran klinik adanya penyakit jantung koroner dapat berupa :

#### 1. Angina pectoris

Angina Pectoris merupakan gejala yang disertai kelainan morfologik yang permanen pada miokardium. Gejala yang khas pada angina pectoris adalah nyeri dada seperti tertekan benda berat atau terasa panas ataupun seperti diremas. Rasa nyeri sering menjalar kelengan kiri atas atau bawah bagian

medial, leher, daerah maksila hingga ke dagu atau ke punggung, tetapi jarang menjalar ketangan kanan. Nyeri biasanya berlangsung 1-5 menit dan rasa nyeri hilang bila penderita istirahat. Angina pectoris juga dapat muncul akibat stres dan udara dingin. Angina pectoris terjadi berulang-ulang. Setiap kali keseimbangan antara ketersediaan oksigen dengan kebutuhan oksigen terganggu.

## 2. Infark Miokardium Akut

Merupakan PJK yang sudah masuk dalam kondisi gawat. Pada kasus ini disertai dengan nekrosis miokardium (kematian otot jantung) akibat gangguan suplai darah yang kurang. Penderita infark miokardium akut sering didahului oleh keluhan dada terasa tidak enak (chest discomfort) selain itu penderita sering mengeluh rasa lemah dan kelelahan.

## 3. Payah jantung

Payah jantung disebabkan oleh adanya beban volume atau tekanan darah yang berlebihan atau adanya abnormalitas dari sebagian struktur jantung. Payah jantung kebanyakan didahului oleh kondisi penyakit lain dan akibat yang ditimbulkan termasuk PJK. Pada kondisi payah jantung fungsi ventrikel kiri mundur secara drastis sehingga mengakibatkan gagalnya sistem sirkulasi darah.

## 4. Kematian Mendadak penderita

Kematian mendadak terjadi pada 50% PJK yang sebelumnya tanpa diawali dengan keluhan. Tetapi 20% diantaranya adalah berdasarkan iskemia miokardium akut yang biasanya didahului dengan keluhan beberapa minggu atau beberapa hari sebelumnya.

### 2.1.4 Manifestasi Klinis

Meski kebanyakan penderita PJK mempunyai masalah pokok yang sama, yaitu penyempitan arteri koronaria, namun gejala yang timbul tidak sama. Gejala-gejala penyakit jantung koroner antara lain:

Menurut Anwar TB, (2004), manifestasi klinik yang biasa terjadi pada kasus coronary artery disease (CAD) meliputi:

1. Nyeri dada

Nyeri dada yang tiba-tiba dan berlangsung terus menerus, terletak dibagian bawahsternum dan perut atas, adalah gejala utama yang biasanya muncul. Nyeri akan terasa semakin berat sampai tidak tertahankan. Rasa nyeri yang tajam dan berat, biasamenyebar kebahua dan lengan biasanya lengan kiri. Tidak seperti nyeri angina, nyeriini muncul secara spontan (bukan setelah kerja berat atau gangguan emosi) danmenetap selama beberapa jam sampai beberapa hari dan tidak akan hilang denganistirahat maupunnitrogliserin. Pada beberapa kasus nyeri bisa menjalar ke dagu dan leher.

2. Perubahan pola EKG

Normal pada saat istirahat, tetapi bisa depresi pada segmen ST. Gelombang Tinverted menunjukkan iskemia, gelombang Q menunjukkan nekrosis. Distrimia dan Blok Jantung. Disebabkan kondisi yang mempengaruhi sensitivitas sel miokard ke impuls saraf seperti iskemia, ketidakseimbangan elektrolit dan stimulus saraf simpatis dapat berupa bradikardi, takikardi, premature ventrikel, contraction (ventrikel ekstra systole), ventrikel takikardi dan ventrikel fibrilasi

3. Sesak napas

Keluhan ini timbul sebagai tanda mulainya gagal jantung dimana jantung tidakmampu memompa darah ke paru-paru sehingga oksigen di paru-paru juga berkurang.

4. Diaphoresis

Pada fase awal infark miokard terjadi pelepasan katekolamin yang meningkatkanstimulasi simpatis sehingga terjadi vasokonstriksi pembuluh darah perifer sehingga kulit akan menjadi lembab, dingin, dan berkeringat.

#### 5. Pusing

Pusing juga merupakan salah satu tanda dimana jantung tidak bisa memompa darah ke otak sehingga suplai oksigen ke otak berkurang.

#### 6. Kelelahan

Kelelahan disebabkan karena jantung kekurangan oksigen akibat penyempitan pembuluh darah.

#### 7. Mual dan muntah

Nyeri yang dirasakan pada pasien dengan penyakit jantung adalah di dada dan didaerah perut khususnya ulu hati tergantung bagian jantung mana yang bermasalah. Nyeri pada ulu hati bisa merangsang pusat muntah. Area infark merangsang refleksvasofagal

### 2.1.5 Pemeriksaan dan Penentuan Diagnosis PJK

Mendiagnosis PJK dapat dilakukan dengan memperhatikan hasil pemeriksaan Elektrokardiogram (EKG) dan Angiografi untuk mengetahui adanya penyumbatan pada pembuluh darah koroner (National Heart, Lung and Blood Institute, 2014). Menurut Rilantoni Lily, 2013 pemeriksaan EKG adalah modalitas dalam mendiagnosis PJK yang seyogyanya dikuasai oleh para dokter dan tersedia disemua pelayanan kesehatan primer.

### 2.1.6 Pencegahan

Menurut M. N. Bustan (2007) upaya pencegahan PJK dapat meliputi 4 tingkat upaya :

1. Pencegahan primordial, yaitu upaya pencegahan munculnya factor predisposisi terhadap PJK dalam suatu wilayah dimana belum tampak adanya faktor yang menjadi risiko PJK.
2. Pencegahan primer, yaitu upaya awal pencegahan PJK sebelum seseorang menderita. Dilakukan dengan pendekatan komunitas dengan pendekatan komuniti berupa penyuluhan faktor-faktor risiko PJK terutama pada

kelompok usia tinggi. Pencegahn primer ditujukan kepada pencegahan terhadap berkembangnya proses artherosklerosis secara dini, dengan demikian sasaranya adalah kelompok usia muda.

3. Pencegah sekunder, yaitu upaya pencegahan PJK yang sudah pernah terjadi untuk berulang atau menjadi lebih berat. Pada tahap ini diperlukan perubahan pola hidup dan kepatuhan berobat bagi mereka yang pernah menderita PJK. Upaya peningkatan ini bertujuan untuk mempertahankan nilai prognostik yang lebih baik dan menurunkan mortalitas.
4. Pencegan tersier, yaitu upaya mencegah terjadinya komplikasi yang lebih berat atau kematian.

## 2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

### 2.2.1 Pengkajian

Pengkajian menurut Wiwik dan Sulisty (2008) antara lain :

#### 1. Data subjektif

- a. Identitas Klien : Nama klien, nomor RM, umur, jenis kelamin, status perkawinan, pekerjaan, agama, alamat, tanggal MRS, diagnosa medis: diagnosa medis dapat ditegakkan dengan pemeriksaan penunjang, tidak bisa hanya dengan manifestasi klinik yang ada, tanggal engkajian, jam pengkajian

#### b. Riwayat Kesehatan

##### 1) Keluhan utama :

##### a) Ptekie

Bintik-bintik kemerahan yang muncul akibat pendarahan dibawah kulit, keluarnya darah dari pembuluh darah ke dermis, dan ruam tidak memucat bila ditekan. Nilai ptekie kurang dari 5 mm apabila memucat ketika ditekan. Sedangkan lebih dari 5 mm disebut purpura. Petekie ditemukan bila jumlah trombosit  $< 30.000/mm^3$ .

b) Ekimosis

Darah yang terperangkap di jaringan bawah kulit dan gejala ini terjadi mendadak pada penderita ITP. Ekimosis yang bertambah dan perdarahan yang lama akibat trauma ringan ditemukan pada jumlah  $< 50.000/\text{mm}^3$ .

c) Vesikel atau bulae yang bersifat hemoragik

Lepuhan kecil berisi cairan yang berdiameter kurang dari 0,5 cm. Sedangkan bulae merupakan lesi menonjol melingkar ( $> 0,5$  cm) yang berisi cairan serosa di atas dermis.

d) Perdarahan dibawah membran mukosa (saluran GI, kemih, genital, respirasi)

2) Riwayat penyakit sekarang

a) Epitaksis

Sering disebut juga mimisan yaitu satu keadaan pendarahan dari hidung yang keluar melalui lubang hidung akibat adanya kelainan lokal pada rongga hidung ataupun karena kelainan yang terjadi di tempat lain dari tubuh.

b) Menoragia

Periodik menstruasi yang terjadi pendarahan berat atau berkepanjangan (abnormal), periode inilah yang menyebabkan kehilangan banyak darah dan dapat juga disertai kram.

c) Malaise

Keluhan utama dapat disertai malaise yaitu anoreksia, nafsu makan menurun dan kelelahan, dan kelemahan. Kelemahan dapat terjadi dengan atau tanpa disertai saat pendarahan terjadi akibat kekurangan suplai darah tidak seimbang dengan kebutuhan.

d) Menometroraghia

Bentuk campuran dari menoragia dan metroragia, menoragia merupakan perdarahan haid dalam jumlah yang melebihi 80 ml.

Sedangkan metroragia yaitu terjadinya perdarahan berupa bercak bercak diluar siklus haid.

3) Riwayat penyakit dahulu

Pada trombositopenia akuisita, kemungkinan penggunaan satu atau beberapa obat penyebab trombositopenia (heparin, kuinidin, kuinin, antibiotik yang mengandung sulfa, beberapa obat diabetes per-oral, garam emas, rifampin).

4) Riwayat penyakit keluarga

ITP juga memiliki kecenderungan genetik pada kembar monozigot dan pada beberapa keluarga, serta telah diketahui adanya kecenderungan menghasilkan autoantibodi pada anggota keluarga yang sama.

c. Pola Fungsi Kesehatan

1) Pola persepsi terhadap kesehatan

Terjadi perubahan karena defisit perawatan diri akibat kelemahan, sehingga menimbulkan masalah kesehatan lain yang juga memerlukan perawatan yang serius akibat infeksi.

2) Pola nutrisi/metabolisme

Penderita pada umumnya kehilangan nafsu makan, dan sering terjadi perdarahan pada saluran pencernaan.

3) Pola eliminasi.

Pola ini biasanya terjadi perubahan pada eliminasi akut karena asupan nutrisi yang kurang sehingga penderita biasanya tidak bisa BAB secara normal. Terjadi melena dan hematuria adalah hal yang sering dihadapi klien.

4) Pola istirahat-tidur.

Gangguan kualitas tidur akibat perdarahan yang sering terjadi.

5) Pola aktivitas latihan

Penderita terjadi kelelahan umum dan kelemahan otot, kelelahan, nyeri akan mempengaruhi aktifitas pada penderita ITP.

6) Pola persepsi diri

Adanya kecemasan, menyangkal dari kondisi, ketakutan dan mudah terangsang, perasaan tidak berdaya dan tidak punya harapan untuk sembuh.

7) Pola kognitif perseptual

Perubahan status kesehatan dapat mempengaruhi kemampuan panca indra penglihatan dan pendengaran akibat dari efek samping obat pada saat dalam tahap penyembuhan.

8) Pola toleransi koping stress

Adanya ketidakefektifan dalam mengatasi masalah individu dan keluarga pada klien.

9) Pola reproduksi seksual Pada umumnya terjadi penurunan fungsi seksualitas pada penderita ITP.

10) Pola hubungan peran

Terjadi keadaan yang sangat mengganggu hubungan interpersonal karena klien dengan ITP dikenal sebagai penyakit yang menakutkan.

11) Pola nilai dan kepercayaan

Timbulnya distress spiritual pada diri penderita, bila terjadi serangan yang hebat atau penderita tampak kurang sehat.

2. Data Obyektif

a. Keadaan Umum

Penderita dalam kelemahan, composmentis, apatis, stupor, somnolen, soporo coma dan coma. Penilaian GCS sangat penting untuk diperhatikan.

Tanda vital : suhu meningkat, takikardi, takipnea, dyspnea, tekanan darah sistolik meningkat dengan diastolik normal.

b. Pemeriksaan Fisik (B1-B6)

Breathing (B1)

Inspeksi : Adanya dispnea, takipnea, sputum mengandung darah, terjadipendarahan spontan pada hidung



Palpasi : Kemungkinan vokal vremitus menurun akibat kualitas pernapasan buruk karena pendarahan pada saluran respirasi

Perkusi : Suara paru sonor atau pekak

Auskultasi : Adanya suara napas tambahan wheezing atau ronchi yang muncul akibat dari komplikasi gejala lain.

Blood (B2)

Inspeksi : Adanya hipertensi, hemoraghi subkutan, hematoma dan Sianosis akral. Adanya petekie atau ekimosis pada kulit, purpura.

Palpasi : Penghitungan frekuensi denyut nadi meliputi irama dan kualitas denyut nadi, denyut nadi perifer melemah, hampir tidak teraba. Takikardi, adanya petekie pada permukaan kulit. Palpitasi (sebagai bentuk takikardia kompensasi).

Perkusi : Kemungkinan adanya pergeseran batas jantung

Auskultasi : Bunyi jantung abnormal, tekanan darah terjadi peningkatan sistolik, namun normal pada diastolik.

Brain (B3)

Inspeksi : Kesadaran biasanya compos mentis, sakit kepala, perubahan tingkat kesadaran, gelisah dan ketidakstabilan vasomotor.

Bladder (B4)

Inspeksi: Adanya hematuria (kondisi di mana urin mengandung darah atau sel-sel darah merah. Keberadaan darah dalam urin biasanya akibat perdarahan di suatu tempat di sepanjang saluran kemih.

Palpasi : Kemungkinan ada nyeri tekan pada kandung kemih karena distensi sebagai bentuk komplikasi

Bowel (B5)

Inspeksi : Klien biasanya mengalami mual muntah penurunan nafsu makan, dan peningkatan lingkaran abdomen akibat pembesaran limpa. Adanya hematemesis dan melena.

Palpasi: Adakah nyeri tekan abdomen, splenomegali, pendarahan pada

saluran cerna

Perkusi: Bunyi pekak deteksi adanya pendarahan pada daerah dalam abdomen

Auskultasi: Terdengar bising usus menurun (normal 5-12x/menit).

Bone (B6)

Inspeksi: Kemungkinan adanya nyeri otot sendi dan punggung, aktivitas mandiri terhambat, atau mobilitas dibantu sebagian akibat kelemahan.

Toleransi terhadap aktivitas sangat rendah.

## 2. Pemeriksaan Diagnostik (Wiwik dan Sulisty, 2008)

Pemeriksaan DL: jumlah trombosit rendah hingga mencapai  $100.000 / \text{mm}^3$  (normal  $150.000-350.000 / \text{mm}^3$ ), Penurunan hemoglobin, Kadar trombopoietin tidak meningkat, Masa koagulasi untuk PT dan PTT memanjang, Foto toraks dan uji fungsi paru, Tes kerapuhan kapiler meningkat, Skrining antibody terdiri dari: Aspirasi sumsum tulang, menunjukkan peningkatan jumlah megakariosit, Tes sensitif menunjukkan IgG anti trombosit pada permukaan trombosit atau dalam serum

### 2.2.2 Diagnosa Keperawatan Berdasarkan NANDA 2015-2017)

Diagnosa keperawatan yang muncul terdiri dari: 1) Ketidakefektifan perfusi jaringan berhubungan dengan penurunan komponen seluler yang diperlukan untuk suplai oksigen. 2) Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan menurunnya ekspansi paru ditandai dengan sesak, RR  $<24$  x/menit, terdapat pernafasan cuping hidung. 3) Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas jantung ditandai dengan perubahan EKG, palpitasi, takikardia, edema, keletihan, murmur, penurunan nadi perifer, oliguria, pengisian ulang kapiler memanjang, perubahan warna kulit, crackles, batuk, ortopnea, dispnea paroksimal nocturnal, bunyi S3, atau bunyi S4. 4) Nyeri akut berhubungan dengan agen biologis (iskemia). 5) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan intake nutrisi tidak adekuat. 6) Intoleransi aktifitas berhubungan

dengan kelemahan fisik. 7) Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi ditandai dengan edema ekstremitas dan turgor kulit tidak elastis. 8) Defisit pengetahuan mengenai kondisi dan pencegahan berhubungan dengan kurangnya informasi. 9) Ansietas berhubungan dengan defisit pengetahuan mengenai kondisi dan pencegahan

### 2.2.3 Rencana Keperawatan Berdasarkan Nursing Outcomes Classification (NOC) dan Nursing Intervention Classification (NIC) Edisi 8

Diagnosa 1: Ketidakefektifan perfusi jaringan jantung berhubungan dengan penurunan komponen seluler yang diperlukan untuk suplai oksigen. NOC : Circulation status (Status sirkulasi), Tissue Perfusion : Cardiac (Perfusi Jaringan Jantung). Kriteria Hasil : 1) Mendemonstrasikan status sirkulasi yang ditandai dengan : Tekanan systole dan diastole dalam rentang yang diharapkan, Tidak ada ortostatik hipertensi, Tidak ada tanda-tanda peningkatan tekanan intrakranial (tidak lebih dari 15 mmHg), 2) Mendemonstrasikan kemampuan kognitif yang ditandai dengan: a) Berkomunikasi dengan jelas dan sesuai dengan kemampuan. b) Menunjukkan perhatian, konsentrasi dan orientasi. c) Memproses informasi. Membuat keputusan dengan benar. Menunjukkan fungsi sensori motorik cranial yang utuh : d) Tingkat kesadaran mambaik, tidak ada gerakan involunter. NIC : Peripheral Sensation Management (Manajemen sensasi perifer): 1) Monitor adanya daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas/dingin/tajam/tumpul. 2) Monitor adanya parestese. 3) Instruksikan keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada lesi atau laserasi. 4) Batasi gerakan pada kepala, leher dan punggung. 5) Monitor kemampuan BAB. 6) Kolaborasi pemberian analgetik. 7) Monitor adanya tromboflebitis, Diskusikan mengenai penyebab perubahan sensasi

Diagnosa 2: Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan menurunnya ekspansi paru ditandai dengan sesak, RR <24 x/menit, terdapat pernafasan cuping hidung. NOC: Respiratory status: Ventilation (Status respirasi: Ventilasi). Respiratory status : Airway patency (Status respirasi: Patensi jalan napas). Vital

sign Status (Status tanda-tanda vital). Kriteria Hasil: 1) Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips/pergerakan bibir). 2) Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal). 3) Tanda tanda vital dalam rentang normal (tekanan darah, nadi, pernafasan)

NIC : Airway Management (Manajemen jalan napas): 1) Buka jalan nafas, gunakan teknik chin lift atau jaw thrust bila perlu. 2) Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi. 3) Identifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan nafas buatan. 4) Pasang mayo bila perlu. 5) Lakukan fisioterapi dada jika perlu. 6) Keluarkan sekret dengan batuk atau suction. 7) Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan. 8) Lakukan suction pada mayo. 9) Berikan bronkodilator bila perlu. 10) Berikan pelembab udara Kassa basah NaCl Lembab. 11) Atur intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan. 12) Monitor respirasi dan status O<sub>2</sub>. Oxygen Terapy (Terapi Oksigen). 13) Bersihkan mulut, hidung dan secret trakea. 14) Pertahankan jalan nafas yang paten. 15) Atur peralatan oksigenasi. 16) Monitor aliran oksigen. 17) Pertahankan posisi pasien. 18) Observasi adanya tanda tanda hipoventilasi. 19) Monitor adanya kecemasan pasien terhadap oksigenas.

NIC: Vital sign Monitoring (Monitoring tanda-tanda vital): 1) Monitor TD, nadi, suhu, dan RR. 2) Catat adanya fluktuasi tekanan darah. 3) Monitor VS saat pasien berbaring, duduk, atau berdiri. 4) Auskultasi TD pada kedua lengan dan bandingkan. 5) Monitor TD, nadi, RR, sebelum, selama, dan setelah aktivitas. 6) Monitor kualitas dari nadi. 7) Monitor frekuensi dan irama pernapasan. 8) Monitor suara paru dan pola pernapasan abnormal. 9) Monitor suhu, warna, dan kelembaban kulit. 10) Monitor sianosis perifer. 11) Monitor adanya cushing triad (tekanan nadi yang melebar, bradikardi, peningkatan sistolik). 12) Identifikasi penyebab dari perubahan vital sign

Diagnosa 3: Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas jantung ditandai dengan perubahan EKG, palpitasi, takikardia,

edema, keletihan, murmur, penurunan nadi perifer, oliguria, pengisian ulang kapiler memanjang, perubahan warna kulit, crackles, batuk, ortopnea, dispnea paroksimal nocturnal, bunyi S3, atau bunyi S4/ NOC: Cardiac Pump effectiveness (Pompa jantung efektif). Circulation Status (Status sirkulasi). Vital Sign Status (Status tanda-tanda vital). Kriteria Hasil: 1) Tanda Vital dalam rentang normal (Tekanan darah, Nadi, respirasi). 2) Dapat mentoleransi aktivitas, tidak ada kelelahan. 3) Tidak ada edema paru, perifer, dan tidak ada asites. 4) Tidak ada penurunan kesadaran. NIC: Cardiac Care (Perawatan Jantung): 1) Evaluasi adanya nyeri dada (intensitas, lokasi, durasi). 2) Catat adanya disritmia jantung. 3) Catat adanya tanda dan gejala penurunan cardiac output. 4) Monitor status kardiovaskuler. 5) Monitor status pernafasan yang menandakan gagal jantung. 6) Monitor abdomen sebagai indikator penurunan perfusi. 7) Monitor balance cairan. 8) Monitor adanya perubahan tekanan darah. 9) Monitor respon pasien terhadap efek pengobatan antiaritmia. 10) Atur periode latihan dan istirahat untuk menghindari kelelahan. 11) Monitor toleransi aktivitas pasien. 12) Monitor adanya dyspneu, fatigue, takipneu dan ortopneu. 13) Anjurkan untuk menurunkan stress. NIC: Vital Sign Monitoring (Monitoring TTV): 1) Monitor tekanan darah, nadi, suhu, dan RR. 2) Catat adanya fluktuasi tekanan darah. 3) Auskultasi tekanan darah pada kedua lengan dan bandingkan. 4) Monitor tekanan darah, nadi, RR, sebelum, selama, dan setelah aktivitas. 5) Monitor jumlah dan irama jantung. 6) Monitor frekuensi dan irama pernapasan. 7) Monitor suara paru dan monitor pola pernapasan abnormal. 8) Monitor suhu, warna, dan kelembaban kulit. 9) Monitor sianosis perifer. 10) Monitor adanya cushing triad (tekanan nadi yang melebar, bradikardi, peningkatan sistolik)

Diagnosa 4: Nyeri akut berhubungan dengan agen biologis (iskemia). NOC: Pain level (Level nyeri), Pain control (Kontrol nyeri), Comfort level (Level kenyamanan). Kriteria Hasil: 1) Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan). 2) Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen

nyeri. 3) Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri). Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang. 4) Tanda-tanda vital dalam rentang normal. NIC: Pain management (Manajemen nyeri): 1) Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi. 2) Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan. 3) Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien. 4) Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri. 5) Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau. 6) Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau. 7) Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan. 8) Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan. 9) Kurangi faktor presipitasi nyeri. 10) Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan inter personal). 11) Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi. 12) Ajarkan tentang teknik non farmakologi. 13) Berikan analgetik sesuai indikasi untuk mengurangi nyeri. 14) Evaluasi keefektifan kontrol nyeri. 15) Tingkatkan istirahat. 16) Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil. 17) Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri. NIC: Analgesic Administration (Administrasi analgesic): 1) Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat. 2) Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi. 3) Cek riwayat alergi. 4) Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesik ketika pemberian lebih dari satu. 5) Tentukan pilihan analgesik tergantung tipe dan beratnya nyeri. 6) Tentukan analgesik pilihan, rute pemberian, dan dosis optimal. Pilih rute pemberian secara IV, IM untuk pengobatan nyeri secara teratur. 7) Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali. 8) Berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat. 9) Evaluasi efektivitas analgesik, tanda dan gejala (efek samping).

Diagnosa 5: Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan intake nutrisi tidak adekuat. NOC: Nutritional status: Food and fluid

intake (Status nutrisi: Intake makanan dan cairan. Nutritional status: nutrient intake (Status nutrisi: Intake nutrisi. Weight control (Kontrol berat badan). Kriteria Hasil: 1) Mengerti factor yang meningkatkan berat badan. 2) Mengidentifikasi tingkah laku dibawah kontrol klien. 3) Memodifikasi diet dalam waktu yang lama untuk mengontrol berat badan. Penurunan berat badan 1-2 pounds/mgg. 4) Menggunakan energi untuk aktivitas sehari hari. NIC: Nutrition management (Manajemen nutrisi): 1) Kaji adanya alergi makanan. 2) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien. 3) Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe. 4) Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C. 5) Berikan substansi gula 6) Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi. 7) Berikan makanan yang terpilih ( sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi). 8) Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian. 9) Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori. 10) Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi. 11) Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan. NIC: Weight management (Manajemen berat badan): 1) Diskusikan bersama pasien mengenai hubungan antara intake makanan, latihan, peningkatan BB dan penurunan BB. 2) Diskusikan bersama pasien mengenai kondisi medis yang dapat mempengaruhi BB. 3) Diskusikan bersama pasien mengenai kebiasaan, gaya hidup dan factor herediter yang dapat mempengaruhi BB. 4) Diskusikan bersama pasien mengenai risiko yang berhubungan dengan BB berlebih dan penurunan BB. 5) Anjurkan pasien untuk merubah kebiasaan makan. 6) Perkirakan BB badan ideal pasien

Diagnosa 6: Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan fisik. NOC: Energy conservation (Konservasi energi). Self Care : ADLs (Perawatan diri: Kegiatan sehari-hari). Kriteria Hasil: 1) Berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi dan RR. 2) Mampu melakukan aktivitas sehari hari (ADLs) secara mandiri. NIC: Energy Management (Manajemen energy): 1) Observasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas. 2) Kaji adanya factor yang menyebabkan kelelahan. 3) Monitor nutrisi dan sumber

energi yang adekuat. 4) Monitor pasien akan adanya kelelahan fisik dan emosi secara berlebihan. 5) Monitor respon kardiovaskuler terhadap aktivitas. 6) Monitor pola tidur dan lamanya tidur/istirahat pasien. NIC: Activity Therapy (Terapi aktivitas): 1) Kolaborasikan dengan tenaga rehabilitasi medik dalam merencanakan program terapi yang tepat. 2) Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan. 3) Bantu untuk memilih aktivitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik, psikologi dan social. 4) Bantu untuk mengidentifikasi dan mendapatkan sumber yang diperlukan untuk aktivitas yang diinginkan. 5) Bantu untuk mendapatkan alat bantuan aktivitas seperti kursi roda, kruk. 6) Bantu untuk mengidentifikasi aktivitas yang disukai. 7) Bantu klien untuk membuat jadwal latihan di waktu luang. 8) Bantu pasien/keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas. 9) Sediakan penguatan positif bagi yang aktif beraktivitas. 10) Bantu pasien untuk mengembangkan motivasi diri dan penguatan. 11) Monitor respon fisik, emosi, social dan spiritual

Diagnosa 7: Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi ditandai dengan edema ekstremitas dan turgor kulit tidak elastis. NOC: Electrolit and acid base balance (balans elektrolit dan asam basa). Fluid balance (Balans cairan). Kriteria Hasil: 1) Terbebas dari edema, efusi, anaskara. 2) Bunyi nafas bersih, tidak ada dispneu/ortopneu. 3) Terbebas dari distensi vena jugularis, reflek hepatojugular (+). 4) Memelihara tekanan vena sentral, tekanan kapiler paru, output jantung dan vital sign dalam batas normal. 5) Terbebas dari kelelahan, kecemasan atau kebingungan. 6) Menjelaskan indikator kelebihan cairan. NIC: Fluid management (Manajemen cairan): 1) Timbang popok/pembalut jika diperlukan. 2) Pertahankan catatan intake dan output yang akurat. 3) Pasang urin kateter jika diperlukan. 4) Monitor hasil laboratorium yang sesuai dengan retensi cairan (BUN (Blood Ureum Natrium, Hematokrit, osmolalitas urin). 5) Monitor vital sign. Monitor indikasi retensi/kelebihan cairan (cracles, CVP, edema, distensi vena leher, asites). 6) Kaji lokasi dan luas edema. 7) Monitor masukan makanan/cairan dan hitung intake kalori harian. 8) Monitor



status nutrisi. 9) Kolaborasi pemberian diuretik sesuai interuksi. 10) Batasi masukan cairan pada keadaan hiponatremi dilusi dengan serum  $\text{Na} < 130 \text{ mEq/l}$ . 11) Kolaborasi dokter jika tanda cairan berlebih muncul memburuk. NIC: Fluid Monitoring (Monitoring cairan): 1) Tentukan riwayat jumlah dan tipe intake cairan dan eliminasi. 2) Tentukan kemungkinan faktor resiko dari ketidak seimbangan cairan (Hipertermia, terapi diuretik, kelainan renal, gagal jantung, diaporesis, disfungsi hati, dll). 3) Monitor berat badan. Monitor serum dan elektrolit urine. Monitor serum dan osmolalitas urine. 4) Monitor BP, HR, dan RR. 5) Monitor tekanan darah orthostatik dan perubahan irama jantung. 6) Monitor parameter hemodinamik infasif. 7) Catat secara akurat intake dan output. 8) Monitor adanya distensi leher, rinchi, eodem perifer dan penambahan BB. 9) Monitor tanda dan gejala dari odema

Diagnosa 8: Ansietas berhubungan dengan defisit pengetahuan mengenai kondisi dan pencegahan. NOC: Anxiety control (Kontrol cemas). Coping (Koping). Impulse control (Kontrol kemauan/dorongan hati). Kriteria Hasil: 1) Klien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas. 2) Mengidentifikasi, mengungkapkan dan menunjukkan tehnik untuk mengontrol cemas. 3) Vital sign dalam batas normal. Postur tubuh, ekspresi wajah, bahasa tubuh dan tingkat aktivitas menunjukkan berkurangnya kecemasan. NIC: Anxiety Reduction (penurunan kecemasan): 1) Gunakan pendekatan yang menenangkan. 2) Nyatakan dengan jelas harapan terhadap pelaku pasien. 3) Jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur. 4) Pahami prespektif pasien terhadap situasi stres. 5) Temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut. 6) Berikan informasi faktual mengenai diagnosis, tindakan prognosis. 7) Anjurkan keluarga untuk menemani pasien. 8) Dengarkan dengan penuh perhatian. 9) Identifikasi tingkat kecemasan. 10) Bantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan. 11) Anjurkan pasien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi. Instruksikan pasien menggunakan teknik relaksasi. 12) Berikan obat untuk mengurangi kecemasan sesuai indikasi.

Diagnosa 9: Defisit pengetahuan mengenai kondisi dan pencegahan berhubungan dengan kurangnya informasi. NOC: Knowledge: disease process (Pengetahuan proses penyakit). Knowledge: health Behavior (Pengetahuan : tingkah laku kesehatan). Kriteria Hasil: 1) Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan. 2) Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar. 3) Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/tim kesehatan lainnya. NIC: Teaching: disease Process (Pengajaran: proses penyakit): 1) Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik. 2) Jelaskan patofisiologi dari penyakit dan bagaimana hal ini berhubungan dengan anatomi dan fisiologi, dengan cara yang tepat. 3) Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat. 4) Gambarkan proses penyakit, dengan cara yang tepat. Identifikasi kemungkinan penyebab, dengan cara yang tepat. 5) Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi, dengan cara yang tepat. 6) Diskusikan pilihan terapi atau penanganan. 7) Instruksikan pasien mengenai tanda dan gejala untuk melaporkan pada pemberi perawatan kesehatan, dengan cara yang tepat

#### 2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan bagian dari proses keperawatan. Tujuan implementasi adalah mengatasi masalah yang terjadi pada manusia. Setelah rencana keperawatan disusun, maka rencana tersebut diharapkan dalam tindakan nyata untuk mencapai tujuan yang diharapkan, tindakan tersebut harus terperinci sehingga dapat diharapkan tenaga pelaksanaan keperawatan dengan baik dan sesuai dengan waktu yang ditentukan Implementasi ini juga dilakukan oleh perawat dan harus menjunjung tinggi harkat dan martabat sebagai manusia yang unik (Price & Wilson, 2009).

### 2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tahapan akhir dari proses keperawatan. Evaluasi menyediakan nilai informasi mengenai pengaruh intervensi yang telah direncanakan dan merupakan perbandingan dari hasil yang diamati dengan kriteria hasil yang telah dibuat pada tahap perencanaan (Price & Wilson. 2009). Menurut Price & Wilson (2009), evaluasi keperawatan ada 2 yaitu:

1. Evaluasi proses (formatif) yaitu evaluasi yang dilakukan setiap selesai tindakan. Berorientasi pada etiologi dan dilakukan secara terus-menerus sampai tujuan yang telah ditentukan tercapai.
2. Evaluasi hasil (sumatif) yaitu evaluasi yang dilakukan setelah akhir tindakan keperawatan secara paripurna. Berorientasi pada masalah keperawatan dan menjelaskan keberhasilan atau ketidakberhasilan. Rekapitulasi dan kesimpulan status kesehatan klien sesuai dengan kerangka waktu yang ditetapkan.

## BAB 3

### HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

#### 3.1 Hasil Studi Kasus

##### 3.1.1 Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 15 Juli 2019 di ruang ICCU RSUD Prof. Dr. W. Z. Yohanes Kupang dengan data-data sebagai berikut:

##### 1. Identitas Pasien

Nama: Ny. I. F. L., umur : 59 tahun, jenis kelamin: perempuan, diagnosa medis: *Coronary Artery Disease (CAD)*, no RM : 48.90.26, Alamat : Oepoi, tanggal MRS: 15 Juli 2019. pekerjaan: ibu rumah tangga.

##### 2. Identitas Penanggungjawab

Nama : Tn. R. D. L., Jenis kelamin: Laki-laki, alamat: Oepoi, pekerjaan: PNS, hubungan dengan klien: anak kandung.

##### 3. Riwayat Kesehatan

###### a. Keluhan utama

Nyeri dada

###### b. Riwayat penyakit sekarang

Pasien mengatakan kejadian ini awalnya mulai dirasakan pada tanggal 14 Juli 2019 jam 00.00 wita (malam hari).

Pasien mengatakan sore tadi tepatnya jam 17.00 Wita mengalami stress dan tiba-tiba merasakan sakit yang hebat pada dada bagian kiri, tertikam dan tembus sampai punggung, merasa tegang pada tengkuk, dan rasa mual, sehingga oleh keluarga pasien diantar keluarga ke rumah sakit. Keluhan saat dikaji: pasien mengatakan masih merasa sakit pada dada bagian kiri, tertikam dan tembus punggung, pasien juga mengatakan merasa tidak nyaman dengan alat yang terpasang di tubuhnya. Tampak pasien berbaring lemas, wajah meringis kesakitan, tampak terpasang monitor, dan tampak sebagian besar *activity daily livings (ADL)* dibantu keluarga dan perawat.

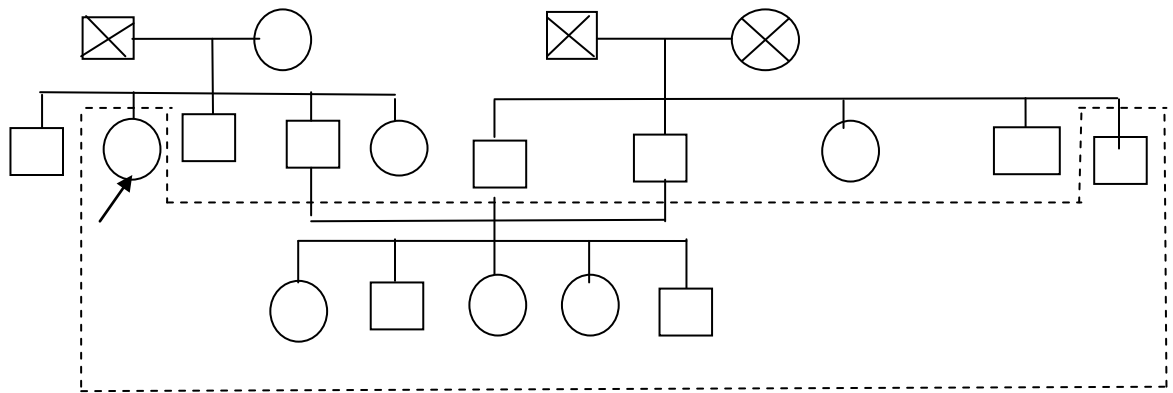
c. Riwayat penyakit dahulu

Pasien mengatakan pernah mengalami penyakit diabetes sejak lima tahun yang lalu, dan tidak pernah control selama 2 tahun ini.

d. Riwayat kesehatan keluarga

Pasien mengatakan dalam keluarga belum pernah menderita penyakit seperti ini.

Genogram Keluarga:



- Keterangan :
- |                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| ☒ : Laki-laki meninggal | ⊙ : Pasien              |
| ⊗ : Perempuan meninggal | ----- : Tinggal Serumah |
| □ : Laki-laki hidup     | ○ : Perempuan hidup     |

Tanda-tanda vital: Tekanan darah: 90/70 mmHg, N: 120 kali/menit, RR : 20 kali/menit dan S: 36 °C, SPo2 100%.

4. Pengkajian Primer

- Airway (Jalan napas): Tidak ada sumbatan benda asing,
- Breathing (Pernapasn): Tidak ada sesak napas, tidak ada suara napas tambahan, Irama napas teratur.
- Circulation
  - Sirkulasi perifer: Nadi 120 kali/menit, irama teratur, denyut nadi kuat, tekanan darah 90/70 mmhg, ekstremitas hangat, warna kulit pucat, ada

nyeri dada seperti tertusuk-tusuk, skala nyeri 5, CRT < 3 detik, tidak adanya edema.

- 2) Cairan dan elektrolit: elastisitas turgor kulit baik (< 3 detik), mukosa bibir kering, kebutuhan nutrisi: parental: IVFD NaCl 0,9% 500 ml/24 jam, Eliminasi: BAK 5 kali sehari, jumlah 600-1000 cc, warna urin kuning jernih, tidak ada nyeri saat BAK, tidak ada keluhan sakit pinggang, BAB 1 kali sehari, konsistensi lembek. Bising usus 20 kali/menit.

d. Disability

Tingkat kesadaran compos mentis, pupil isokor, reaksi terhadap cahaya kiri dan kanan positif, GCS E/V/M : 4/5/6 = 15.

5. Pengkajian sekunder

a. Muskuloskeletal

Tidak ada spasme otot, tidak ada vulnus, kerusakan jaringan, tidak ada krepatasi, tidak ada fraktur dan dislokasi.

Kekuatan otot  $\begin{array}{c|c} 5 & 5 \\ \hline 4 & 5 \end{array}$

Pasien diindikasikan untuk bedrest

b. Integumen: Tidak dan luka tidak ada vulnus

6. Data Laboratorium:

Pemeriksaan darah:

- a. HB 10,5 gr% (Nilai normalnya 12,0-16,0 gr%)
- b. GDS 243 mg/dl (Nilai normalnya 70-150 mg/dl)
- c. Gula darah puasa: 161 mg/dl (Nilai normalnya 74-109 mg/dl)
- d. Gula darah 2 jam PP: 205 mg/dl. (Nilai normalnya 75-140 mg/dl)
- e. Kreatinin darah 1,38 mg/dl (Nilai normalnya 0,6-1,1 mg/dl)

7. Pengobatan:

IVFD NaCl 0,9 % 500 cc/24 jam, ISDN3 x 5 mg, Aspilet 1x80 mg/oral (1-0-0), CPG 1x75 mg (0-0-1), Simvastatin 1x25 mg/oral (0-0-1), Arixtra 1x25 mg/sc/abdomen

### 3.1.2 Diagnosa Keperawatan Berdasarkan NANDA 2015.

Dari hasil pengkajian dilakukan analisa dan dan prioritas masalah keperawatan sebagai berikut:

#### 1. Analisa Data

- a. DS : Pasien mengatakan sakit pada dada bagian kiri, tertikam dan tembus sampai di punggung, merasa tegang pada tengkuk. DO: Wajah pasien tampak meringis, PQRST: P : Pada saat stress dan tiba-tiba, Q : Nyeri dirasakan tertusuk-tusuk, R : Nyeri dirasakan pada dada kiri, S : Skala nyeri 5 (Dengan menggunakan angka 0-10), T : Nyeri dirasakan sewaktu-waktu, GDS 243 mg/dl (Nilai normalnya 70-150 mg/dl), Gula darah puasa: 161 mg/dl (Nilai normalnya 74-109 mg/dl), Gula darah 2 jam PP: 205 mg/dl. (Nilai normalnya 75-140 mg/dl). Masalah keperawatan: Nyeri akut. Etiologi: Agens cedera biologis (iskemia)
- b. DS : Pasien mengatakan rasa tidak nyaman dengan alat yang terpasang. DO: Pasien tampak berbaring lemas, Tampak terpasang monitor, Tampak sebagian besar ADLs dibantu keluarga dan perawat , TTV : TD : 90/70 mmHg, Nadi : 120 kali/menit, Suhu : 36 °C, RR: 20 x/menit, HB 10,5 gr% (Nilai normalnya 12,0-16,0 gr%), Kreatinin darah 1,38 mg/dl (Nilai normalnya 0,6-1,1 mg/dl). Masalah keperawatan: Intoleransi aktivitas. Etiologi: Immobilitas.

#### 2. Prioritas Diagnosa Keperawatan Terpilih.

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis (iskemia)
- b. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan immobilitas.

### 3.1.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi atau rencana keperawatan adalah sebagai suatu dokumen tulisan yang berisi tentang cara menyelesaikan masalah, tujuan, intervensi (NOC & NIC 2013, edisi kelima). Perencanaan tindakan keperawatan pada kasus ini didasarkan pada tujuan intervensi pada :

Diagnosa keperawatan pertama: Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis (iskemia) Goal: Pasien akan mempertahankan rasa nyaman nyeri selama dalam perawatan. Obyektif: Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan nyeri terkontrol. Domain 4: Pengetahuan tentang kesehatan dan perilaku. Kelas Q: Perilaku sehat. Kode 1605: Kontrol nyeri yaitu tindakan pribadi untuk mengontrol nyeri, meningkat dari 2 (jarang menunjukkan) menjadi 4 (sering menunjukkan). Indikator/Outcome: 160502: Mengenali kapan nyeri terjadi. 160501: Menggambarkan faktor penyebab. 160504: Menggunakan tindakan penanganan nyeri tanpa analgesik, 160505: Menggunakan analgesik yang telah direkomendasikan 160511: Melaporkan nyeri yang terkontrol, 160513: Melaporkan perubahan terhadap gejala nyeri kepada profesional kesehatan, Domain 1: Fisiologi Dasar, Kelas E: Peningkatan kenyamanan fisik, Kode 1400: Manajemen nyeri, yaitu pengurangan atau reduksi nyeri sampai pada tingkat kenyamanan yang dapat diterima oleh pasien. Aktivitas-aktivitas: 1) Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi : karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas (beratnya) nyeri dan factor pencetus. 2) Observasi tanda-tanda vital. 3) Observasi adanya petunjuk non verbal mengenai ketidaknyamanan. 4) Berikan informasi mengenai nyeri, misalnya penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan dirasakan, dan antisipasinya. 5) Ajarkan tentang penggunaan teknik non farmakologi untuk pengurangan nyeri. 6) Anjurkan pasien dan keluarga untuk menghindari hal-hal yang dapat menyebabkan nyeri. 7) Kolaborasi pemberian terapi analgetik

Diagnosa keperawatan kedua: Intoleransi aktivitas berhubungan dengan immobilitas. Goal: Pasien akan meningkatkan toleransi terhadap aktivitas selama dalam perawatan. Obyektif: Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pasien meningkat dalam beraktivitas. Domain 1: Fungsi Kesehatan Kelas A: Pemeliharaan Kesehatan. Kode 0005: Toleransi terhadap aktivitas, yaitu: respon fisiologis terhadap pergerakan yang memerlukan energy dalam aktivitas sehari-hari . Meningkat dari 2 (banyak terganggu) menjadi 4 (sedikit terganggu). Indikator/Outcome: 000501: Saturasi oksigen ketika beraktivitas, 000502: Frekuensi



nadi ketika beraktivitas, 000503: Frekuensi pernapasan ketika beraktivitas, 000508: Kemudahan bernapas ketika beraktivitas, 000504: Tekanan darah sistolik ketika beraktivitas, 000505: Tekanan darah diastolik ketika beraktivitas, 000517: Kekuatan tubuh bagian bawah. NIC: Domain 1: Fisiologis dasar. Kelas L: Manajemen aktivitas dan latihan. Kode 3550: Manajemen energi, yaitu Pengaturan energi yang digunakan untuk menangani atau mencegah kelelahan dan mengoptimalkan fungsi. Aktivitas-aktivitas: 1) Kaji status fisiologis pasien yang menyebabkan gangguan aktivitas. 2) Anjurkan pasien menganjurkan perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dialami. 3) Pilih intervensi untuk mengurangi gangguan aktivitas baik secara farmakologis maupun non farmakologis dengan tepat. 4) Tentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga kesehatan. 5) Monitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat. 6) Monitor/catat waktu dan lama istirahat/tidur pasien. 7) Bantu pasien identifikasi pilihan aktivitas-aktivitas yang akan dilakukan. 8) Bantu pasien dalam melakukan aktivitas.

### 3.1.3 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Implementasi keperawatan respiratory distress syndrome sesuai dengan intervensi yang telah dibuat sebelumnya. (Ngastiyah, 2005).

Hari pertama dilakukan pada tanggal 15 Juli 2019 yaitu: Diagnosa keperawatan 1: Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis (iskemia) Implementasi: 1) Melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi : P: Pada saat ditekan dan tertekuk, Q: Nyeri dirasakan tertusuk-tusuk R: Nyeri dirasakan di dada bagian kiri. S: Skala nyeri 4 (Dengan menggunakan angka 0-10). T: Nyeri dirasakan sewaktu-waktu. 2) Mengoservasi tanda-tanda vital. 3) Mengobservasi adanya petunjuk non verbal mengenai ketidaknya manan yaitu: sering memegang daerah yang sakit yaitu dada bagian kiri. 4) Memberikan informasi kepada pasien

mengenai nyeri, yaitu penyebab nyeri karena adanya penyempitan pada pembuluh darah jantung. 5) Mengajarkan pasien tentang penggunaan teknik non farmakologi untuk pengurangan nyeri yaitu dengan latihan teknik napas dalam. 6) Mengajarkan pasien dan keluarga untuk menghindari hal-hal yang menyebabkan nyeri misalnya kurangi dalam melakukan aktivitas fisik apabila nyeri bertambah. Diagnosa keperawatan 2: Intoleransi aktivitas berhubungan dengan immobilitas. Implementasi: 1) Mengkaji status fisiologis pasien yang menyebabkan gangguan aktivitas. 2) Mengajarkan pasien mengutarakan perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dialami. 3) Memilih intervensi untuk mengurangi kelelahan baik secara farmakologis maupun non farmakologis dengan tepat. 4) Menentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga kesehatan. 5) Memonitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat. 6) Memonitor/catat waktu dan lama istirahat/tidur pasien. 7) Membantu pasien mengidentifikasi pilihan aktivitas-aktivitas yang akan dilakukan. 8) Membantu pasien dalam melakukan aktivitas.

Hari kedua dilakukan pada tanggal 16 Juli 2019 yaitu: Diagnosa keperawatan 1: Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis (iskemia) Implementasi: 1) Melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi : P: Pada saat ditekan dan tertekuk, Q: Nyeri dirasakan tertusuk-tusuk R: Nyeri dirasakan di dada bagian kiri. S: Skala nyeri 3 (Dengan menggunakan angka 0-10). T: Nyeri dirasakan sewaktu-waktu. 2) Mengobservasi tanda-tanda vital. 3) Mengobservasi adanya petunjuk non verbal mengenai ketidakhadiran manan yaitu: sering memegang daerah yang sakit yaitu dada bagian kiri. 4) Memberikan informasi kepada pasien mengenai nyeri, yaitu penyebab nyeri karena adanya penyempitan pada pembuluh darah jantung. 5) Mengajarkan pasien tentang penggunaan teknik non farmakologi untuk pengurangan nyeri yaitu dengan latihan teknik napas dalam. 6) Mengajarkan pasien dan keluarga untuk menghindari hal-hal yang menyebabkan nyeri misalnya kurangi dalam melakukan aktivitas fisik apabila nyeri bertambah. Diagnosa keperawatan 2: Intoleransi aktivitas berhubungan dengan immobilitas.

Implementasi: 1) Mengkaji status fisiologis pasien yang menyebabkan gangguan aktivitas. 2) Menganjurkan pasien menganjurkan perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dialami. 3) Memilih intervensi untuk mengurangi kelelahan baik secara farmakologis maupun non farmakologis dengan tepat. 4) Menentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga kesehatan. 5) Memonitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat. 6) Memonitor/catat waktu dan lama istirahat/tidur pasien. 7) Membantu pasien identifikasi pilihan aktivitas-aktivitas yang akan dilakukan. 8) Membantu pasien dalam melakukan aktivitas.

Hari ketiga dilakukan pada tanggal 17 Juli 2019 yaitu: Diagnosa keperawatan 1: Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis (iskemia) Implementasi: 1) Melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi : P: Pada saat ditekan dan tertekuk, Q: Nyeri dirasakan tertusuk-tusuk R: Nyeri dirasakan di dada bagian kiri. S: Skala nyeri 4 (Dengan menggunakan angka 0-10). T: Nyeri dirasakan sewaktu-waktu. 2) Mengobservasi tanda-tanda vital. 3) Mengobservasi adanya petunjuk non verbal mengenai ketidaknya manan yaitu: sering memegang daerah yang sakit yaitu dada bagian kiri. 4) Memberikan informasi kepada pasien mengenai nyeri, yaitu penyebab nyeri karena adanya penyempitan pada pembuluh darah jantung. 5) Mengajarkan pasien tentang penggunaan teknik non farmakologi untuk pengurangan nyeri yaitu dengan latihan teknik napas dalam. 6) Menganjurkan pasien dan keluarga untuk menghindari hal-hal yang menyebabkan nyeri misalnya kurangi dalam melakukan aktivitas fisik apabila nyeri bertambah. Diagnosa keperawatan 2: Intoleransi aktivitas berhubungan dengan immobilitas. Implementasi: 1) Mengkaji status fisiologis pasien yang menyebabkan gangguan aktivitas. 2) Menganjurkan pasien menganjurkan perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dialami. 3) Memilih intervensi untuk mengurangi kelelahan baik secara farmakologis maupun non farmakologis dengan tepat. 4) Menentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga kesehatan. 5) Memonitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat. 6)

Memonitor/catat waktu dan lama istirahat/tidur pasien. 7) Membantu pasien identifikasi pilihan aktivitas-aktivitas yang akan dilakukan. 8) Membantu pasien dalam melakukan aktivitas.

#### 3.1.4 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan klien (Ngastiyah, 2005). Evaluasi dilakukan terus menerus pada respon klien terhadap tindakan yang dilakukan.

Evaluasi hari pertama tanggal 15 Juli 2019. Diagnosa keperawatan 1: Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis (iskemia). Jam 13.00, S: 1) Pasien mengatakan sakit pada dada bagian kiri, tertikam dan tembus sampai di punggung. 2) Merasa tegang pada tengkuk. O: 1) Wajah pasien tampak meringis. PQRST: P: Pada saat stress dan tiba-tiba. Q: Nyeri dirasakan tertusuk-tusuk. R: Nyeri dirasakan pada dada kiri. S: Skala nyeri 5 (dengan menggunakan angka 0-10). T: Nyeri dirasakan sewaktu-waktu. A: Masalah belum teratasi. P: Intervensi dilanjutkan. Diagnosa keperawatan 2: Intoleransi aktivitas berhubungan dengan immobilitas. S: Pasien mengatakan rasa tidak nyaman dengan alat yang terpasang. O: 1) Pasien tampak berbaring lemas. 2) Tampak terpasang monitor. 3) Tampak sebagian besar activity daily livings (ADL) dibantu keluarga dan perawat. 4) TTV: TD: 90/70 mmHg, Nadi: 120 kali/menit, Suhu: 36 °C, RR: 20 x/menit. A: Masalah belum teratasi. P: Intervensi dilanjutkan.

Evaluasi hari kedua tanggal 16 Juli 2019 Diagnosa keperawatan 1: Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis (iskemia). Jam 13.00, S: 1) Pasien mengatakan sakit pada dada bagian kiri, tertikam dan tembus sampai di punggung. 2) Merasa tegang pada tengkuk. O: 1) Wajah pasien tampak meringis. PQRST: P: Pada saat stress dan tiba-tiba. Q: Nyeri dirasakan tertusuk-tusuk. R: Nyeri dirasakan pada dada kiri. S: Skala nyeri 3 (dengan menggunakan angka 0-10). T: Nyeri dirasakan sewaktu-waktu. A: Masalah belum teratasi. P: Intervensi dilanjutkan. Diagnosa keperawatan 2: Intoleransi aktivitas berhubungan dengan

immobilitas. S: Pasien mengatakan rasa tidak nyaman dengan alat yang terpasang. O: 1) Pasien tampak berbaring lemas. 2) Tampak terpasang monitor. 3) Tampak sebagian besar activity daily livings (ADL) dibantu keluarga dan perawat. 4) TTV: TD: 90/70 mmHg, Nadi: 120 kali/menit, Suhu: 36 °C, RR: 20 x/menit. A: Masalah belum teratasi. P: Intervensi dilanjutkan.

Evaluasi hari ketiga tanggal 17 Juli 2019 Diagnosa keperawatan 1: Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis (iskemia). Jam 13.00, S: 1) Pasien mengatakan sakit pada dada bagian kiri berkurang, 2) Tengukuk tidak tegang. O: 1) Wajah pasien tampak segar, Skala nyeri 0. A: Masalah teratasi. P: Intervensi dihentikan. Diagnosa keperawatan 2: Intoleransi aktivitas berhubungan dengan immobilitas. S: Pasien mengatakan sudah merasa nyaman karena alat sudah dilepas. O: 1) Pasien tampak segar dan sudah bisa duduk. 2) Tampak monitor sudah dilepas. 3) Tampak sebagian kecil activity daily livings (ADL) masih dibantu keluarga dan perawat. 4) TTV: TD: 100/70 mmHg, Nadi: 88 kali/menit, Suhu: 36,5 °C, RR: 20 x/menit. A: Masalah teratasi. P: Intervensi dihentikan dan pasien pindah ruangan.

## 2.2 Pembahasan

Pada bagian ini membuat pembahasan mengenai adanya kesenjangan antara teori dan proses asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada tanggal 15 Juli 2019 sampai dengan 17 Juli 2019 di ruangan ICCU RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang. Pembahasan yang dimaksud adalah meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

### 2.2.1 Pengkajian

Berdasarkan hasil pengkajian yang di dapatkan adalah Ny. I. F.L. pada saat ini mengalami sakit yang sedang, pada saat dilakukan pemeriksaan fisik pada pada tanggal 15 Juli 2019 pada Ny. I. F. L. yaitu: Pasien mengatakan sakit pada dada bagian kiri, tertikam dan tembus sampai di punggung, merasa tegang pada tengkuk.

Wajah pasien tampak meringis, PQRST: P: Pada saat stress dan tiba-tiba, Q: Nyeri dirasakan tertusuk-tusuk, R: Nyeri dirasakan pada dada kiri, S: Skala nyeri 5 (Dengan menggunakan angka 0-10), T: Nyeri dirasakan sewaktu-waktu. Pasien mengatakan rasa tidak nyaman dengan alat yang terpasang. Pasien tampak berbaring lemas, Tampak terpasang monitor, Tampak sebagian besar ADLs dibantu keluarga dan perawat, TTV: TD: 90/70 mmHg, Nadi: 120 kali/menit, Suhu: 36 °C, RR: 20 x/menit.

Menurut Menurut Lewis dkk, (2014), manifestasi klinik yang biasa terjadi pada kasus coronary artery disease (CAD) meliputi: 1) Nyeri dada yang tiba-tiba dan berlangsung terus menerus, terletak dibagian bawah sternum dan perut atas, adalah gejala utama yang biasanya muncul. 2) Perubahan pola EKG. Normal pada saat istirahat, tetapi bisa depresi pada segmen ST. Gelombang Tinverted menunjukkan iskemia, gelombang Q menunjukkan nekrosis. 3) Sesak napas. sebagai tanda mulainya gagal jantung dimana jantung tidak mampu memompa darah ke paru-paru sehingga oksigen di paru-paru juga berkurang. 4) Diaphoresis, Pada fase awal infark miokard terjadi pelepasan katekolamin yang meningkatkan stimulasi simpatis sehingga terjadi vasokonstriksi pembuluh darah perifer sehingga kulit akan menjadi lembab, dingin, dan berkeringat. 5) Pusing. Pusing juga merupakan salah satu tanda dimana jantung tidak bisa memompa darah ke otak sehingga suplai oksigen ke otak berkurang. 6) Kelelahan. Kelelahan disebabkan karena jantung kekurangan oksigen akibat penyempitan pembuluh darah. 7) Mual dan muntah. Nyeri pada ulu hati bisa merangsang pusat muntah. Area infark merangsang refleks vasovagal (adanya perangsangan terhadap nervus vagus).

Penulis menyimpulkan bahwa terdapat kesesuaian dan ketidaksesuaian antara teori dan kasus nyata yang dialami oleh Ny. I. F. L. Kesesuaiannya antara lain: Nyeri dada, pusing, kelelahan dan ketidaksesuaiannya yaitu: sesak napas, diaphoresis (kulit lembab, berkeringat dingin, mual dan muntah).

### 2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan pemahaman dari defenisi NANDA 2015-2017 diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus CAD adalah : 1) Ketidakefektifan perfusi jaringan berhubungan dengan penurunan komponen seluler yang diperlukan untuk suplai oksigen. 2) Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan menurunnya ekspansi paru ditandai dengan sesak, RR <24 x/menit, terdapat pernafasan cuping hidung. 3) Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas jantung ditandai dengan perubahan EKG, palpitasi, takikardia, edema, keletihan, murmur, penurunan nadi perifer, oliguria, pengisian ulang kapiler memanjang, perubahan warna kulit, crakels, batuk, ortopnea, dispnea paroksimal nocturnal, bunyi S3, atau bunyi S4. 4) Nyeri akut berhubungan dengan agen biologis (iskemia). 5) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan intake nutrisi tidak adekuat. 6) Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan fisik. 7) Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi tandai dengan edema ekstremitas dan turgor kulit tidak elastis. 8) Defisit pengetahuan mengenai kondisi dan pencegahan berhubungan dengan kurangnya informasi. 9) Ansietas berhubungan dengan defisit pengetahuan mengenai kondisi dan pencegahan

Pada kasus Ny. I. F. penulis mendapatkan 2 diagnosa keperawatan antara lain: 1) Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis (iskemia). 2) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan immobilitas, yang terdapat dalam teori. Dan tidak semua gejala yang ada didalam teori dialami oleh Ny. I. F. L. diantaranya: sesak napas, diaphoresis (kulit lembab, berkeringat dingin, mual dan muntah, sehingga penulis tidak menegakkan sebagai diagnose keperawatan terpilih.

### 3.2.3 Intervensi Keperawatan

Berdasarkan NOC & NIC 2013 edisi kelima, perencanaan keperawatan merupakan tahap ketiga dalam proses keperawatan. Pada kasus Ny., I. F. dengan CAD, terdapat dua masalah keperawatan yang berurutan sesuai dengan prioritas

masalah keperawatan yaitu 1) Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis (iskemia). 2) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan immobilitas, dengan intervensinya: 1) Lakukan pengkajian nyeri kompre hensif yang meliputi : karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas (beratnya) nyeri dan factor pencetus. 2) Observasi tanda-tanda vital. 3) Observasi adanya petunjuk non verbal mengenai ketidaknyamanan. 4) Berikan informasi mengenai nyeri, misalnya penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan dirasakan, dan antisipasinya. 5) Kaji status fisiologis pasien yang menyebabkan gangguan aktivitas. 6) Anjurkan pasien menganjurkan perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dialami. 7) Pilih intervensi untuk mengurangi gangguan aktivitas baik secara farmakologis maupun non farmakologis dengan tepat. 8) Tentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga kesehatan. 9) Bantu pasien dalam melakukan aktivitas.

Dari uraian diatas menulis menjelaskan bahwa untuk dua masalah keperawatan yaitu: Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis (iskemia) dan Intoleransi aktivitas berhubungan dengan immobilitas. Dimana sesuai dengan teori terdapat banyak intervensi yang harus dilakukan tetapi untuk kasus yang dialami Ny. I. F. L. penulis hanya memilih dari beberpa intervensi keperawatan sesuai dengan keluhan yang dialami Ny. I. F. L.

#### 3.2.4 Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan, kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Andra & Mariza. 2008).

Implementasi: 1) Melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi : karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas (beratnya) nyeri dan factor pencetus. 2) Mengoservasi tanda-tanda vital. 3) Mengobservasi adanya petunjuk non verbal mengenai ketidaknyamanan. 4) Memberikan informasi mengenai nyeri, misalnya penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan dirasakan, dan antisipasinya. 5)



Mengkaji status fisiologis pasien yang menyebabkan gangguan aktivitas. 6) Menganjurkan pasien menganjurkan perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dialami. 7) Memilih intervensi untuk mengurangi gangguan aktivitas baik secara farmakologis maupun non farmakologis dengan tepat. 8) Menentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga kesehatan. 9) Membantu pasien dalam melakukan aktivitas.

Semua implementasi yang dilaksanakan untuk mengatasi dua masalah keperawatan: Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis (iskemia). dan Intoleransi aktivitas berhubungan dengan immobilitas, sesuai dengan intervensi yang sudah ditetapkan dan intervensi keperawatan tersebut terdapat dalam teori.

### 3.2.5 Evaluasi Keperawatan

Menurut Andra & Mariza (2008) evaluasi keperawatan adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan kriteria yang dibuat pada tahap perencanaan mengenai masalah keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis (iskemia) dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan immobilitas. Evaluasi yang diharapkan sesuai dengan teori antara lain nyeri terkontrol atau hilang dan toleransi terhadap aktivitas terpenuhi, seperti yang dialami oleh Ny. I. F. L. pada saat evaluasi hari ketiga (3) tanggal 17 Juli 2019 yaitu pasien mengatakan sakit dada sudah hilang, semua alat monitor sudah dilepas atau dicabut sehingga pasien akan dipindahkan ke ruangan rawat.

### 3.3 Keterbatasan Studi Kasus

Studi kasus ini hanya dilakukan pada 1 pasien saja tanpa harus membandingkan dengan klien yang lain dengan kasus yang sama, karena tidak ada kasus yang sama yang dirawat di ruangan ICCU RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang, sehingga penulis tidak dapat menggambarkan dan membandingkan masalah keperawatan pasien CAD yang diambil sebagai studi kasus dengan pasien lainnya, serta kurang efektifnya waktu studi kasus.

## BAB 4

### PENUTUP

#### 4.1 Kesimpulan

Dari hasil kasus yang telah menguraikan tentang Asuhan Keperawatan pada Ny. I. F. L. dengan *Coronary Artery Disease* (CAD) di ruang ICCU RSUD PROF. Dr. W. Z. Johannes Kupang, maka penulis dapat mengambil kesimpulan dan saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada Ny. I. F. L. dengan coronary artery disease (CAD).

- 4.1.1 Pengkajian pada kasus Ny. I. F. L. dengan *Coronary Artery Disease* sebagai berikut: Pasien mengatakan sakit pada dada bagian kiri, tertikam dan tembus sampai di punggung, merasa tegang pada tengkuk. Wajah pasien tampak meringis, PQRST: P: Pada saat stress dan tiba-tiba, Q: Nyeri dirasakan tertusuk-tusuk, R: Nyeri dirasakan pada dada kiri, S: Skala nyeri 5 (Dengan menggunakan angka 0-10), T: Nyeri dirasakan sewaktu-waktu. Pasien mengatakan rasa tidak nyaman dengan alat yang terpasang. Pasien tampak berbaring lemas, Tampak terpasang monitor, Tampak sebagian besar ADLs dibantu keluarga dan perawat, TTV: TD: 90/70 mmHg, Nadi: 120 kali/menit, Suhu: 36 °C, RR: 20 x/menit.
- 4.1.2 Dalam diagnosa keperawatan, tidak semua diagnosa yang tercantum dalam tinjauan pustaka tercantum pada tinjauan kasus, tetapi penulis menetapkan diagnosa sesuai masalah yang di alami oleh Ny. I. F. L. dimana diagnosa yang muncul yaitu: Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis (iskemia) dan Intoleransi aktivitas berhubungan dengan immobilitas.
- 4.1.3 Intervensi yang disusun menggunakan *Nursing Outcome Classification* (NOC) dan *Nursing Intervention Classification* intervensi keperawatan pada diagnosa keperawatan sesuai dengan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis (iskemia) dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan immobilitas, dan intervensi yang di tetapkan yaitu: 1) Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi: karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas

(beratnya) nyeri dan factor pencetus. 2) Observasi tanda-tanda vital. 3) Observasi adanya petunjuk non verbal mengenai ketidaknyamanan. 4) Berikan informasi mengenai nyeri, misalnya penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan dirasakan, dan antisipasinya. 5) Kaji status fisiologis pasien yang menyebabkan gangguan aktivitas. 6) Anjurkan pasien menganjurkan perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dialami. 7) Pilih intervensi untuk mengurangi gangguan aktivitas baik secara farmakologis maupun non farmakologis dengan tepat. 8) Tentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga kesehatan. 9) Bantu pasien dalam melakukan aktivitas.

4.1.4 Pada implementasi keperawatan dengan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis (iskemia) dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan immobilitas, tindakan yang dilakukan yaitu: 1) Melakukan pengkajian nyeri kompre hensif yang meliputi : karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas (beratnya) nyeri dan factor pencetus. 2) Mengoservasi tanda-tanda vital. 3) Mengobservasi adanya petunjuk non verbal mengenai ketidaknyamanan. 4) Memberikan informasi mengenai nyeri, misalnya penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan dirasakan, dan antisipasinya. 5) Mengkaji status fisiologis pasien yang menyebabkan gangguan aktivitas. 6) Menganjurkan pasien mengungkapkan perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dialami. 7) Memilih intervensi untuk mengurangi gangguan aktivitas baik secara farmakologis maupun non farmakologis dengan tepat. 8) Menentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga kesehatan. 9) Membantu pasien dalam melakukan aktivitas.

4.1.5 Evaluasi yang dilakukan dengan menggunakan metode *subjektif, Objektif, Assesment* dan *Planning* (SOAP). Evaluasi yang diharapkan sesuai dengan teori antara lain nyeri terkontrol atau hilang dan toleransi terhadap aktivitas terpenuhi, seperti yang dialami oleh Ny. I. F. L. pada saat evaluasi hari ketiga (3) tanggal 17 Juli 2019 yaitu pasien mengatakan sakit dada sudah hilang, semua alat

monitor sudah dilepas atau dicabut sehingga pasien akan dipindahkan ke ruangan rawat.

## 4.2 Saran

### 4.2.1 Bagi institusi pelayanan kesehatan

Diharapkan institusi pelayanan kesehatan dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan sesuai Standar Operasional Prosedur (SOP).

### 4.2.2 Bagi Perawat Ruangan

Diharapkan tenaga kesehatan menyadari pentingnya penerapan asuhan keperawatan yang konsisten dan sesuai teori dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien, sehingga pasien akan mendapatkan pelayanan yang holistik dan komprehensif.

### 4.2.3 Bagi Institusi Pendidikan

Pendidikan Diharapkan agar dapat meningkat mutu pelayanan pendidikan yang berkualitas dan profesional, sehingga terlahirlah perawat-perawat yang profesional dalam memberikan asuhan keperawatan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Anwar TB. 2004. *Faktor Resiko Penyakit jantung Koroner*. Medan: Bagian Ilmu Gizi Fakultas kedokteran Universitas Sumatera Utara. Digitized by USU digital library.
- Brands M, Carnethon M, Daniels S, 2006. *HAFHA. Diet and lifestyle recommendations revision Scientific statement from the American Heart Association Nutrition Committee*; 2006.
- Budiarto E. 2004. *Biostatistika untuk Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Damayanti Y. 2015. *Hubungan Asupan Lemak Dan Serat Dengan Kejadian Hiperkolesterolemia Pada Guru SD Negeri Di Kecamatan Nanggalo Kota Padang Tahun 2015*. Poltekkes Kemenkes Padang.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2007. *Riset Kesehatan Dasar. Jakarta:Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan Republik Indonesia*.
- Hardinsyah. 2011. *Analisis Konsumsi Lemak, Gula dan Garam Penduduk Indonesia: Gizi Indonesia*. Jakarta.
- Irianto A. *Menilai Status Gizi Untuk Mencapai Sehat Optimal*. Grafina Mediacipta; 2011.
- Marliyati A. 2004. *Pemanfaatan sterol lembaga gandum (Triticum sp.) Untuk pencegahan aterosklerosis*. Institut Pertanian Bogor.
- M. N. Buston 2007. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Edisi Keempat Jilid III*. Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta.
- Puspaningtyas. 2013. *DE. The Miracle of Fruits*. Jakarta: PT. Agromedia Pustaka;
- Sulastri R, Purwastyastuti. 2005. *Pola Asupan Lemak, Serat dan Antioksidan Serta Hubungannya Dengan Profil Lipid Pada Laki-Laki Etnik Minangkabau*. Majalah Kedokteran.
- Sudoyo, Aru W. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. 2007. Jakarta: Departemen Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.

- Sirajuddin. 2014. *Survei Konsumsi Pangan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran: EGC
- Soeharto, 2004. *Pencegahan dan Penyembuhan Penyakit Jantung Koroner, Edisi Kedua*, Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.
- Soeharto. 2015. *Serangan Jantung dan Stroke Hubungannya dengan Lemak dan Kolesterol, Edisi Keenam*, Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.

LAMPIRAN:

1. Pengkajian Rumah Sakit
2. Lembaran Konsultasi



Lampiran 1

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN**  
**SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN**  
**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG**  
Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256;  
Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com



Nama : Beatriz Maia  
Mahasiswa  
NIM : PO. 5303201181171

#### **A. Pengkajian Dewasa**

Nama Pasien : Ny. I. F. L.  
Ruang/Kamar : ICCU  
Diagnosa Medis : Coronary Arteri Disease  
(CAD)/Penyakit Jantung Koroner  
No. Medical Record : 48 – 90 - 26  
Tanggal Pengkajian : 15 – 07 - 2019 Jam : 10.00  
Masuk Rumah Sakit : 15 - 07 – 2019 Jam : 05.00

#### **Identitas Pasien**

Nama Pasien : Ny. I. F. L. Jenis Kelamin : Perempuan  
Umur/Tanggal Lahir : 59 Tahun Status Perkawinan : Kawin  
Agama : Kristen Protestan Suku Bangsa : Rote  
Pendidikan Terakhir : SMP Pekerjaan : Ibu rumah tangga  
Alamat : Oepoi

#### **Identitas Penanggung**

Nama : Tn. R. D. L. Pekerjaan : PNS  
Jenis Kelamin : Laki-laki Hubungan dengan klien : Anak kandung  
Alamat : Oepoi

#### 8. Riwayat Kesehatan

##### e. Keluhan utama

Nyeri dada

##### f. Riwayat penyakit sekarang

Pasien mengatakan kejadian ini awalnya mulai dirasakan pada tanggal 14 Juli 2019 jam 00.00 wita (malam hari).

Pasien mengatakan sore tadi tepatnya jam 17.00 Wita mengalami stress dan tiba-tiba merasakan sakit yang hebat pada dada bagian kiri, tertikam dan tembus sampai punggung, merasa tegang pada tengkuk, dan rasa mual, sehingga oleh keluarga pasien diantar keluarga ke rumah sakit.



Keluhan saat dikaji: pasien mengatakan masih merasa sakit pada dada bagian kiri, tertikam dan tembus punggung, pasien juga mengatakan merasa tidak nyaman dengan alat yang terpasang di tubuhnya. Tampak pasien berbaring lemas, wajah meringis kesakitan, tampak terpasang monitor, dan tampak sebagian besar *activity daily livings* (ADL) dibantu keluarga dan perawat.

g. Riwayat penyakit dahulu

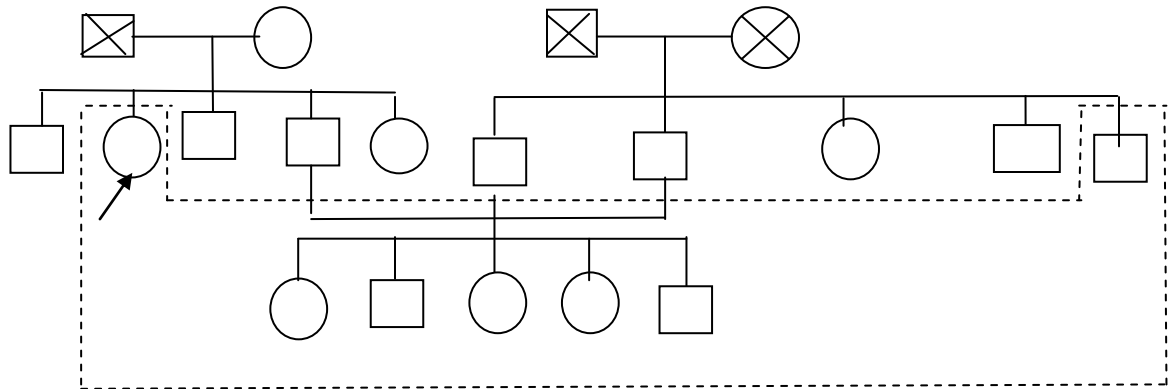
Pasien mengatakan pernah mengalami penyakit diabetes sejak lima tahun yang lalu, dan tidak pernah control selama 2 tahun ini.

h. Riwayat kesehatan keluarga

Pasien mengatakan dalam keluarga belum pernah menderita penyakit seperti ini.

Genogram Keluarga:

*Analisa keadaan kesehatan keluarga dan faktor resiko.*



- Keterangan :
- ☒ : Laki-laki meninggal
  - ⊙ : Pasien
  - ⊗ : Perempuan meninggal
  - : Tinggal Serumah
  - : Laki-laki hidup
  - : Perempuan hidup

Analisa : Didalam keluarga pasien belum pernah ada anggota keluarga yang mengalami penyakit jantung seperti yang pasien alami pasien saat ini. Anggota keluarga yang meninggal karena faktor usia dan sakit yang lain yaitu: bronchitis kronis

Tanda-Tanda Vital:

TD: 90/70 mmHg      Nadi: 120 x/menit      Suhu: 36 °C

RR: 20 x/menit      SPO2: 100%

1. Pengkajian Primer

a. Airways (jalan nafas)

Sumbatan:

- (-) benda asing            (-) bronscospasme  
(-) darah                    (-) sputum                    -() lendir  
(-) lain-lain sebutkan:

b. Breathing (pernafasan)

Tidak ada sesak napas dan suara napas tambahan, irama napas teratur

Sesak saat: Aktifitas(-) Tanpa aktifitas(-) Menggunakan otot tambahan (-)

Frekuensi: 20 x/mnt

Irama : (√) teratur        (-) tidak teratur

Kedalaman:(-) dalam        (-) dangkal

Reflek batuk : (-) ada (√) tidak ada

Batuk:

(-) produktif (-) non produktif

Sputum : (-) ada (-) tidak

Warna:-

Konsistensi:-

Bunyi napas: (-) ronchi (-) creakles (-)

BGA:Tidak ada pemeriksaan

c. Circulation

1) Sirkulasi perifer

Nadi :120 x/menit

Irama: (√) teratur (-) tidak

Denyut nadi: (-) lemah (√) kuat (-) tidak kuat

TD: 90/70 mmHg

Ekstremitas : (√) Hangat (-) Dingin

Warna Kulit : (-) cyanosis (√) Pucat (-) Kemerahan

Nyeri Dada :(√) Ada (-) Tidak

Karakteristik nyeri dada : (- ) Menetap (- ) Menyebar ke leher (√) Seperti ditusuk-tusuk (- ) Seperti ditimpah benda berat

Capillary refill : (√) < 3 detik (-) > 3 detik

Edema : (-) Ya (√) Tidak

Lokasi edema : (-) Muka (-) Tangan (-) Tungkai (-) Anasarka

## 2) Fluid (cairan dan elektolit)

### a) Cairan

Turgor Kulit: (√) < 3 detik (-) > 3 detik (√) Baik (-) Sedang (-) Jelek

### b) Mukosa Mulut: () Lembab (√) Kering

### c) Kebutuhan nutrisi : Diit jantung tinggi serat

Energi: 1500 kkal, Protein: 56 gram, Lemak: 33 gram, Karbohidrat: 292 gram, Oral: 1.000 cc/24 jam (air putih), Parenteral: RL 500cc/24 jam

Eliminasi: BAB : belum 1 hari

BAK: 800cc /7jam

Jumlah: 800 cc. (√) Banyak (-) Sedikit (-) Sedang

Warna: (√) Kuning jernih (-) Kuning kental (-) Merah (-) Putih

Rasa sakit saat BAK: (-) Ya (√) Tidak

Keluhan sakit pinggang: (-) Ya (√) Tidak

BAB: 1 kali/hari

Diare :(-) Ya (√) Tidak (-) Berdarah (-) Berlendir (-) Cair

Bising Usus: 20x /menit

Pemeriksaan Abdomen :

Keluhan:

(√) I : Abdomen tampak simetris

(√) A : Bising usus 20x/ menit

(-) Pal : saat perkusi tidak teraba massa

(-) Per : saat perkusi abdomen pekak

d) Intoksikasi

(-) Makanan

(-) Gigitan Binatang

(-) Alkohol

(-) Zat kimia

(-) Obat-obatan

(-) Lain – lain : Tidak ada intoksikasi

d. Disability

Tingkat kesadaran :

(√) CM (-) Apatis (-) Somnolent (-) Sopor (-) Soporocoma (Coma)

Pupil : (√) Isokor (-) Miosis (-) Anisokor (-) Midriasis (-) Pin poin

Reaksi terhadap cahaya :

Kanan (√) Positif (-) Negatif

Kiri (√) Positif (-) Negatif

GCS: E:4 M:5 V:6 = Jumlah : 15

e) Pengkajian Sekunder

a. Musculoskeletal / Neurosensoril

(-) Spasme otot

(-) Vulnus

(-) Krepitasi

(-) Fraktur

(-) Dislokasi

(-) Kekuatan Otot :

5		5
<hr/>		
4		5

Kesimpulan: Pasien disarankan bedrest, ADLs (makan, minum, personal hygiene,

toileting) dibantu perawat dan keluarga

- b. Integumen:
- (-) Vulnus
  - (-) Luka Bakar
- c. Psikologis
- 1) Pasien merasa tegang
  - 2) Pasien cemas
  - 3) Kurang pengetahuan

Terapi/ Pengobatan

<b>Nama Terapi</b>	<b>Dosis</b>	<b>Rute Pemberian</b>	<b>Waktu Pemberian</b>
Aspilet 80 mg	1-0-0	Oral	06.00
CPG 75 mg	0-0-1	Oral	18.00
Simvastatin 25 mg	0-0-1	Oral	18.00
Arixtra 25 mg	0-0-1	Oral	20.00
IVFD	20 tetes	Parental	24 jam

Pemeriksaan Penunjang

<b>Tanggal Pemeriksaan</b>	<b>Jenis Pemeriksaan</b>	<b>Nilai Normal</b>	<b>Hasil</b>
14 Juli 2019	1. Hemoglobin	(Nilai normalnya 12,0-16,0 gr%)	10,5 gr%
	2. GDS		243 mg/dl
	3. Gula darah puasa	(Nilai normalnya 70-150 mg/dl)	161 mg/dl
	4. Gula darah 2 jam PP	(Nilai normalnya 74-109 mg/dl)	205 mg/dl
	5. Kreatinin darah	(Nilai normalnya 75-140 mg/dl)	1,38 mg/dl
		(Nilai normalnya 0,6-1,1 mg/dl)	

## A. DIAGNOSA KEPERAWATAN BERDASARKAN NANDA (2015-2017)

### 1. Analisa Data

DATA –DATA PENUNJANG	ETIOLOGI	PROBLEM
<p><b>DS :</b></p> <p>3. Pasien mengatakan sakit pada dada bagian kiri, tertikam dan tembus sampai di punggung</p> <p>4. Merasa tegang pada tengkuk</p> <p><b>DO:</b></p> <p>1. Wajah pasien tampak meringis</p> <p>2. PQRST:</p> <p><b>P :</b> Pada saat stress dan tiba-tiba</p> <p><b>Q :</b> Nyeri dirasakan tertusuk-tusuk</p> <p><b>R :</b> Nyeri dirasakan pada dada kiri</p> <p><b>S :</b> Skala nyeri 5 (Dengan menggunakan angka 0-10)</p> <p><b>T :</b> Nyeri dirasakan sewaktu-waktu</p> <p>3. GDS 243 mg/dl (Nilai normalnya 70-150 mg/dl)</p> <p>4. Gula darah puasa: 161 mg/dl (Nilai normalnya 74-109 mg/dl)</p> <p>5. Gula darah 2 jam PP: 205 mg/dl. (Nilai normalnya 75-140 mg/dl)</p>	<p>Agens cedera biologis (iskemia)</p>	<p>Nyeri akut</p>
<p><b>DS :</b></p> <p>1. Pasien mengatakan rasa tidak nyaman dengan alat yang terpasang</p> <p><b>DO:</b></p> <p>1. Pasien tampak berbaring lemas</p> <p>2. Tampak terpasang monitor</p> <p>3. Tampak sebagian besar ADLs dibantu keluarga dan perawat</p> <p>4. HB 10,5 gr% (Nilai normalnya 12,0-16,0 gr%)</p> <p>5. Kreatinin darah 1,38 mg/dl (Nilai normalnya 0,6-1,1 mg/dl)</p> <p>6. TTV : TD : 90/70 mmHg, Nadi : 120 kali/menit, Suhu : 36 °C, RR: 20 x/menit</p>	<p>Ketidakseimbangan antara suplay dan kebutuhan oksigen</p>	<p>Intoleransi aktivitas</p>

### 2. Prioritas Diagnosa Terpilih

- c. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis (iskemia)

- d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplay dan kebutuhan oksigen

**B. INTERVENSI KEPERAWATAN BERDASARKAN NOC & NIC EDISI KE-5**

<b>DIAGNOSA KEPERAWATAN</b>	<b>TUJUAN &amp; KRITERIA HASIL (NOC)</b>	<b>INTERVENSI KEPERAWATAN (NIC)</b>
-----------------------------	--	-------------------------------------

<p>Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis (iskemia)</p>	<p><b>Goal :</b> Pasien akan mempertahankan rasa nyaman nyeri selama dalam perawatan.</p> <p><b>Obyektif :</b> Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan nyeri terkontrol</p> <p><b>Domain 4 :</b> Pengetahuan tentang kesehatan dan perilaku <b>Kelas Q :</b> Perilaku sehat</p> <p><b>Kode 1605 :</b> Kontrol nyeri yaitu tindakan pribadi untuk mengontrol nyeri, meningkat dari 2 (jarang menunjukkan) menjadi 4 (sering menunjukkan)</p> <p><b>Indikator/Outcome :</b> <b>160502 :</b> Mengenali kapan nyeri Terjadi <b>160501 :</b> Menggambarkan faktor penyebab <b>160504 :</b> Menggunakan tindakan penanganan nyeri tanpa analgesik <b>160505 :</b> Menggunakan analgesik yang telah direkomendasikan <b>160511 :</b> Melaporkan nyeri yang terkontrol <b>160513 :</b> Melaporkan perubahan terhadap gejala nyeri kepada professional kesehatan</p>	<p><b>Domain 1 :</b> Fisiologis Dasar</p> <p><b>Kelas E :</b> Peningkatan kenyamanan Fisik</p> <p><b>Kode 1400 :</b> Manajemen nyeri, yaitu pengurangan atau reduksi nyeri sampai pada tingkat kenyamanan yang dapat diterima oleh pasien</p> <p><b>Aktivitas-aktivitas :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi : karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas (beratnya) nyeri dan factor pencetus</li> <li>2. Observasi tanda-tanda vital</li> <li>3. Observasi adanya petunjuk non verbal mengenai ketidaknyamanan</li> <li>4. Berikan informasi mengenai nyeri, misalnya penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan dirasakan, dan antisipasinya.</li> <li>5. Ajarkan tentang penggunaan teknik non farmakologi untuk pengurangan nyeri</li> <li>6. Anjurkan pasien dan keluarga untuk menghindari hal-hal yang dapat menyebabkan nyeri</li> <li>7. Kolaborasi pemberian terapi analgetik</li> </ol>
<p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplay dan</p>	<p><b>Goal :</b> Pasien akan meningkatkan toleransi terhadap aktivitas selama dalam perawatan.</p>	<p><b>NIC :</b> <b>Domain 1 :</b> Fisiologis dasar <b>Kelas L :</b> Manajemen aktivitas dan latihan</p>



kebutuhan oksigen	<p><b>Obyektif :</b> Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pasien meningkat dalam beraktivitas</p> <p><b>Domain 1 :</b> Fungsi Kesehatan</p> <p><b>Kelas A :</b> Pemeliharaan Kesehatan</p> <p><b>Kode 0005 :</b> Toleransi terhadap aktivitas, yaitu : respon fisiologis terhadap pergerakan yang memerlukan energy dalam aktivitas sehari-hari Meningkat dari 2 (banyak terganggu) menjadi 4 (sedikit terganggu).</p> <p><b>Indikator/Outcome :</b>  <b>000501 :</b> Saturasi oksigen ketika beraktivitas  <b>000502 :</b> Frekuensi nadi ketika beraktivitas  <b>000503 :</b> Frekuensi pernapasan ketika beraktivitas  <b>000508 :</b> Kemudahan bernapas ketika beraktivitas  <b>000504 :</b> Tekanan drh sistolik ketika beraktivitas  <b>000505 :</b> Tekanan drh diastolik ketika beraktivitas  <b>000517 :</b> Kekuatan tubuh Bagian bawah</p>	<p><b>Kode 3550 :</b> Manajemen energi, yaitu Pengaturan energi yang digunakan untuk menangani atau mencegah kelelahan dan mengoptimalkan fungsi</p> <p><b>Aktivitas-aktivitas :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji status fisiologis pasien yang menyebabkan gangguan aktivitas</li> <li>2. Anjurkan pasien menganjurkan perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dialami</li> <li>3. Pilih intervensi untuk mengurangi gangguan aktivitas baik secara farmakologis maupun non farmakologis dengan tepat</li> <li>4. Tentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga kesehatan</li> <li>5. Monitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat</li> <li>6. Monitor/catat waktu dan lama istirahat/tidur pasien</li> <li>7. Bantu pasien identifikasi pilihan aktivitas-aktivitas yang akan dilakukan.</li> <li>8. Bantu pasien dalam melakukan aktivitas.</li> </ol>
-------------------	---	---

**C. IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN DENGAN MENGGUNAKAN SOAP**

**HARI PERTAMA (1)**

NO. DX.	HARI/	PELAKSANANAAN	EVALUASI
---------	-------	---------------	----------

<b>KEP.</b>	<b>TGL/ JAM</b>	<b>KEPERAWATAN</b>	<b>KEPERAWATAN (SOAPIE)</b>
<b>1</b>	<b>Senin, 15 Juli 2019</b> 09.25  09.40 09.50  10.00  10.05  10.10	1. Melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi : <b>P</b> : Pada saat ditekan dan tertekuk <b>Q</b> : Nyeri dirasakan tertusuk-tusuk <b>R</b> : Nyeri dirasakan pada perut bagian kanan <b>S</b> : Skala nyeri 4 (Dengan menggunakan angka 0-10) <b>T</b> : Nyeri dirasakan sewaktu-waktu 2. Mengoservasi tanda-tanda vital 3. Mengobservasi adanya petunjuk non verbal mengenai ketidaknyamanan yaitu : sering memegang daerah dada kiri 4. Memberikan informasi kepada pasien mengenai nyeri, yaitu penyebab nyeri karena adanya gangguan pada jantung. 5. Mengajarkan pasien tentang penggunaan teknik non farmakologi untuk pengurangan nyeri yaitu dengan latihan teknik napas dalam 6. Melayani terapi injeksi arixtra 1x25 mg/SC/abdomen.	<b>S</b> : 1. Pasien mengatakan sakit pada dada bagian kiri, tertikam dan tembus sampai di punggung 2. Merasa tegang pada tengkuk <b>O</b> : 1. Wajah pasien tampak meringis PQRST: <b>P</b> : Pada saat stress dan tiba-tiba <b>Q</b> : Nyeri dirasakan tertusuk-tusuk <b>R</b> : Nyeri dirasakan pada dada kiri <b>S</b> : Skala nyeri 5 (Dengan menggunakan angka 0-10) <b>T</b> : Nyeri dirasakan sewaktu-waktu A: Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan
<b>2</b>	<b>Senin, 15 Juli 2019</b> 10.20 10.25  10.30  10.35 10.40  10.50	1. Mengkaji status fisiologis pasien yang menyebabkan gangguan aktivitas 2. Mengajukan pasien mengajukan perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dialami 3. Memilih intervensi untuk mengurangi kelelahan baik secara farmakologis maupun non farmakologis dengan tepat 4. Memonitor/catat waktu dan lama istirahat/tidur pasien 5. Membantu pasien identifikasi pilihan aktivitas-aktivitas yang akan dilakukan	<b>S</b> : 1. Pasien mengatakan rasa tidak nyaman dengan alat yang terpasang <b>O</b> : 1. Pasien tampak berbaring lemas 2. Tampak terpasang monitor 3. Tampak sebagian besar ADL dibantu keluarga dan perawat 4. TTV : TD : 90/70 mmHg, Nadi : 120 kali/menit, Suhu :

		6. Membantu pasien dalam melakukan aktivitas.	36 °C, RR: 20 x/menit A: Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan
--	--	---	---

#### D. CATATAN PERKEMBANGAN DENGAN MENGGUNAKAN SOAPIE

##### Hari Kedua (2)

NO. DX. KEP.	HARI/TGL JAM	CATATAN PERKEMBANGAN (SOAPIE)
1	Selasa, 16 Juli 2019  09.30	<b>S:</b> 1. Pasien mengatakan sakit pada dada bagian kiri, tertikam dan tembus sampai di punggung 2. Merasa tegang pada tengkuk
		<b>O:</b> 1. Wajah pasien tampak meringis 2. PQRST: <b>P</b> : Pada saat stress dan tiba-tiba <b>Q</b> : Nyeri dirasakan tertusuk-tusuk <b>R</b> : Nyeri dirasakan pada dada kiri <b>S</b> : Skala nyeri 5 (Dengan menggunakan angka 0-10) <b>T</b> : Nyeri dirasakan sewaktu-waktu
	09.40	<b>I:</b> 1. Melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi : <b>P</b> : Pada saat ditekan dan tertekuk <b>Q</b> : Nyeri dirasakan tertusuk-tusuk <b>R</b> : Nyeri dirasakan pada perut bagian kanan <b>S</b> : Skala nyeri 4 (Dengan menggunakan angka 0-10) <b>T</b> : Nyeri dirasakan sewaktu-waktu
	09.50	2. Mengobservasi tanda-tanda vital
	10.00	3. Mengobservasi adanya petunjuk non verbal mengenai ketidaknyamanan yaitu : sering memegang daerah dada kiri
	10.10	4. Memberikan informasi kepada pasien mengenai nyeri, yaitu penyebab nyeri karena adanya gangguan pada jantung.
	10.15	5. Mengajarkan pasien tentang penggunaan teknik non farmakologi untuk pengurangan nyeri yaitu dengan latihan teknik napas dalam
	10.20	6. Melayani terapi injeksi arixtra 1x25 mg/SC/abdomen.
	13.15	<b>E:</b> 1. Pasien mengatakan sakit pada dada bagian kiri, tertikam dan tembus sampai di punggung 2. Merasa tegang pada tengkuk

		<p>3. Wajah pasien tampak meringis</p> <p>4. PQRST:</p> <p><b>P</b> : Pada saat stress dan tiba-tiba</p> <p><b>Q</b> : Nyeri dirasakan tertusuk-tusuk</p> <p><b>R</b> : Nyeri dirasakan pada dada kiri</p> <p><b>S</b> : Skala nyeri 3 (Dengan menggunakan angka 0-10)</p> <p><b>T</b> : Nyeri dirasakan sewaktu-waktu</p>
<b>2</b>	<p><b>Selasa, 16 Juli 2019</b></p> <p>10.45</p> <p>11.00</p> <p>11.05</p> <p>11.10</p> <p>11.15</p> <p>11.20</p> <p>11.25</p> <p>13.30</p>	<p><b>S :</b></p> <p>1. Pasien mengatakan rasa tidak nyaman dengan alat yang terpasang</p> <p><b>O :</b></p> <p>1. Pasien tampak berbaring lemas</p> <p>2. Tampak terpasang monitor</p> <p>3. Tampak sebagian besar ADL dibantu keluarga dan perawat</p> <p>4. TTV : TD : 100/70 mmHg, Nadi : 80 kali/menit, Suhu : 36,5 °C, RR: 20 x/menit.</p> <p><b>A :</b> Masalah belum teratasi</p> <p><b>P :</b> Intervensi nomor 1-8 dilanjutkan</p> <p><b>I :</b></p> <p>1. Mengkaji status fisiologis pasien yang menyebabkan gangguan aktivitas</p> <p>2. Menganjurkan pasien menganjurkan perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dialami</p> <p>3. Memilih intervensi untuk mengurangi kelelahan baik secara farmakologis maupun non farmakologis dengan tepat</p> <p>4. Memonitor/catat waktu dan lama istirahat/tidur pasien</p> <p>5. Membantu pasien identifikasi pilihan aktivitas-aktivitas yang akan dilakukan</p> <p>6. Membantu pasien dalam melakukan aktivitas.</p> <p><b>E :</b></p> <p>1. Pasien mengatakan rasa tidak nyaman dengan alat yang terpasang</p> <p>2. Pasien tampak berbaring lemas</p> <p>3. Tampak sebagian besar ADLs dibantu keluarga dan perawat</p> <p>4. TTV : TD : 110/70 mmHg, Nadi :80 kali/menit, Suhu : 36,5 °C, RR: 20 x/menit</p>

**E. CATATAN PERKEMBANGAN DENGAN MENGGUNAKAN SOAPIE  
Hari Ketiga (3)**

NO. DX.	HARI/TGL	CATATAN PERKEMBANGAN
---------	----------	----------------------

<b>KEP.</b>	<b>JAM</b>	<b>(SOAPIE)</b>
<b>1</b>	<b>Rabu, 17 Juli 2019</b> 09.30	<p><b>S :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan sakit sudah hilang dan merasa nyaman</li> </ol> <p><b>O:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wajah pasien tampak segar dan rileks</li> <li>2. PQRST:  <b>P :</b> -  <b>Q :</b> -  <b>R :</b> -  <b>S :</b> Skala nyeri 0  <b>T :</b> -</li> </ol> <p><b>A :</b> Masalah teratasi  <b>P :</b> Intervensi dihentikan</p>
<b>2</b>	<b>Rabu, 17 Juli 2019</b> 10.45	<p><b>S :</b> Pasien mengatakan rasa tidak nyaman dengan alat yang terpasang</p> <p><b>O:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tampak berbaring lemas</li> <li>2. Tampak sebagian besar ADLs dibantu keluarga dan perawat</li> <li>3. TTV : TD : 120/80 mmHg, Nadi :88 kali/menit, Suhu : 36,5 °C, RR: 18 x/menit</li> </ol> <p><b>A :</b> Masalah teratasi  <b>P :</b> Intervensi dihentikan (Pasien pindah ruangan)</p>



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN**  
**SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN**  
**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG**  
Direktorat : Jln. Piet A. Tallo Liliba-Kupang Telp : (0380)88002  
Fax (0380) 8800256, Email : [poltekkeskupang@yahoo.com](mailto:poltekkeskupang@yahoo.com)



**LEMBAR KONSULTASI**  
**BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH**

NAMA MAHASISWA : Beatriz Maia  
NIM : PO. 5303201181171  
NAMA PEMBIMBING : Gadur Blasius, S.Kep, Ns, M.Si  
NIP : 19621231198903 1 039

NO.	TANGGAL	KONSULTASI	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	Jumat 12 Juli 2019	Konsultasi Persiapan UAP	Arahan Pembimbing: Supaya hasil laporan Judul Kasus yang sudah ada untuk disetujui	f
2	Senin 15 Juli 2019	Konsultasi Judul	Arahan Pembimbing: 1. Supaya hasil studi kasus segera dikerjakan	f
3.	Kamis 18 Juli 2019	Konsultasi cover sampai dengan kata pengantar, Revisi BAB 1 & 2, Konsultasi awal BAB 3 dan 4	1. BAB 1 dan 2 : Perhatikan lagi penulisan kata, tanda baca yang benar 2. Cover-Kata pengantar	f

4.	Jumat 19 Juli 2019	Konsultasi Revisi cover sampai dengan kata pengantar, Revisi BAB 1 & 2, Revisi BAB 3 dan 4, Konsultasi awal Abstrak	1. Cover, lembaran persetujuan, pengesahan, keaslian tulisan, biodata penulis, kata pengantar 2. BAB 1 & 2 direvisi lagi 3. BAB 3 & 4 direvisi: Dibaca dan diperhatiakan lagi penulisan kata, kalimat, tanda baca. 4. Abstrak diperbaiki	f
5.	Sabtu, 20 Juli 2019	Revisi BAB 1, 2, 3 dan 4, Revisi Abstrak	1. BAB 3 & 4 direvisi: Perhatiakan lagi penulisan kata, kalimat, tanda baca. Pada bagian penutup <i>diringkas sesuai dengan proses</i> keperawatan yang benar. 2. Abstrak diperbaiki: Latar belakang, tujuan, hasil, kesimpulan dan saran, kata kunci. 3. Persiapan Ujian Sidang KTI, hari Senin Tanggal 22 Juli 2019	f
6.	Senin, 22 Juli 2019	Ujian Sidang Karya Tulis Ilmiah	1. Hasil Ujian dari Dewan Penguji : Lulus dengan Revisi/perbaikan	f
7.	Selasa, 23 Juli 2019	Konsultasi Revisi Keseluruhan Karya Tulis Ilmiah	1. Cover s/d Daftar isi 2. BAB 1, 2, 3 & 4 direvisi: Dibaca dan diperhatiakan lagi penulisan kata, kalimat, tanda baca. 3. Abstrak diperbaiki	f
8.	Minggu, 28 Juli 2019	Konsultasi Revisi Keseluruhan Karya Tulis Ilmiah	1. Cover, lembaran persetujuan, pengesahan, keaslian tulisan, biodata penulis, kata pengantar 2. BAB 1, 2, 3 & 4 direvisi: Dibaca dan diperhatiakan lagi penulisan kata, kalimat, tanda baca. Abstrak diperbaiki	f
9.	Senin, 29 Juli 2019	Konsultasi Revisi Keseluruhan Karya Tulis Ilmiah	ACC Karya Tulis Ilmiah	f