

KARYA TULIS ILMIAH

**“ASUHAN KEPERAWATAN KEBUTUHAN OKSIGENASI PADA
PASIEN Tn. M. E DENGAN OLD MIOKARD INFARK
DI RUANGAN ICCU RSUD. PROF.DR.W.Z. YOHANES KUPANG”**

**Karya Tulis Ilmiah Ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk
Menyelesaikan Program Pendidikan Diploma III Keperawatan pada program RPL
D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang**



**MARIA TMAISAN
NIM : PO. 5303201181212**

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

KARYA TULIS ILMIAH
“ASUHAN KEPERAWATAN KEBUTUHAN OKSIGENASI PADA
PASIEN Tn. M. E DENGAN OLD MIKARD INFARK
DI RUANGAN ICCU RSUD. PROF.DR.W.Z. YOHANES KUPANG”

Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu persyaratan untuk menyelesaikan Program Pendidikan Diploma III Keperawatan dan mendapatkan gelar Ahli Media Keperawatan melalui Program Rekognisi Pembelajaran Lampau (RPL)



MARIA TMAISAN
NIM : PO. 5303201181212

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 TULISAN

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Maria Tmaisán
NIM : PO 5303201181212
Program studi : Diploma III Keperawatan
Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa karya tulis ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat buktikan studi kasus ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kupang, 2019
Pembuat Pernyataan



Maria Tmaisán
NIM. PO 5303201181212

Mengetahui
Pembimbing



Ns. Yoani Maria V.B. Aty, S.Kep, M.Kep
NIP.197908052001122001

LEMBARAN PERSETUJUAN

Karya tulis ilmiah Oleh Maria Tmaisani Nim : PO 5303201181212
Dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN KEBUTUHAN OKSIGENASI
PADA PASIEN Tn: M.E DENGAN OLD MIOKARD INFARK
DI RUANGAN ICCU RSUD PROF. DR. W.Z. YOHANES KUPANG"
telah diperiksa dan di setujui untuk di ujikan

Disusun Oleh :



**Maria Tmaisani
NIM. PO 5303201181212**

Telah Di Setujui Untuk Diseminarkan Di Dewan Penguji Prodi D-III
Keperawatan Kupang Politektik Kesehatan Kemenkes Kupang

Pada Tanggal, 2019

Pembimbing



**Ns. Yoani Maria V. B. Aty, S.Kep, M.Kep
NIP.197908052001122001**

LEMBAR PENGESAHAN

LAPORAN STUDI KASUS

1

**“ASUHAN KEPERAWATAN KEBUTUHAN OKSIGENASI PADA
PASIEN Tn. M. E DENGAN OLD MIOKARD INFARK
DI RUANGAN ICCU RSUD. PROF.DR.W.Z. YOHANES KUPANG”**

Disusun Oleh :



**Maria Tmaisani
NIM. PO 5303201181212**

Telah Diuji Pada Tanggal, 22 Juli 2019

Dewan Penguji

Penguji I



**Gadur Blasius, S.Kep.NS.MSi.
NIP.196212311989031039**

Penguji II



**Ns. Yoani.M.V.B.Aty, S, Kep.M. Kep
NIP.197908052001122001**

Mengesahkan

Ketua Jurusan Keperawatan



**Dr. Florentianus Tat, SKp., M. Kes
NIP.196911281993031001**

Mengetahui

Ketua Prodi D-III Keperawatan



**Margaretha Teli, S. Kep, NS., MSc-PH
NIP. 19770727 2000032002**



BIODATA PENULIS

Nama lengkap : Maria Tmaisani

Tempat tanggal lahir : Tuamau, 13 Desember 1981

Jenis kelamin : Perempuan

Alamat : Kelapa Lima

Riwayat pendidikan :

1. Tamat SDK Tuamau 1993
2. Tamat SMPN 2 Manatuto 1996
3. Tamat SPK Pemkab belu 2000

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas segala karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN KEBUTUHAN OKSIGENASI PADA PASIEN Tn. M.E DENGAN OLD MIOKARD INFARK DI RUANGAN ICCU RSUD PROF. DR. W.Z. YOHANES KUPANG”

Dalam Penyusunan karya tulis ini penulis banyak mendapat bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih dan penghargaan setinggi-tingginya kepada yang terhormat:

1. Ibu Ns. Yoani Maria V. B. Aty, S.Kep, M.Kep selaku pembimbing dan penguji II yang dengan penuh kesabaran dan ketekunan memberikan bimbingan, dorongan, perhatian serta saran dalam pembuatan karya tulis ilmiah.
2. Bapak Gadur Blasius, S.Kep.Ns.MSi. selaku dosen penguji I yang telah memberikan saran, kritik, serta masukan-masukan yang bermanfaat bagi penulis dan demi sempurnanya karya tulis ilmiah.
3. Ibu Agustina Valentina Somi, SST, selaku pembimbing Klinik / CI yang telah membantu dan membimbing penulis dalam proses pelaksanaan kasus ini .
4. Ibu R.H. Kristina, SKM,M.Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah memberikan kesempatan bagi penulis dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah.
5. Dr. Florentianus Tat, SKp.,M.Kes selaku ketua jurusan keperawatan yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menyelesaikan karya tulis ini.
6. Ibu Margeretha Teli, S.Kep,NS., MSc-PH selaku ketua prodi D-III Keperawatan yang telah memberikan dukungan dan pengarahan secara penuh terhadap penulis.
7. Semua dosen program RPL D-III keperawatan Poltekkes Kupang yang telah memberikan bimbingan baik berupa materi, wawasan serta ilmu yang bermanfaat dengan sabar.

8. 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
 9. Seluruh Staf terkhusus bagian Tata Usaha RSUD Prof. DR. W.Z. Johannes Kupang yang membantu penulis dalam proses pelaksanaan karya tulis ini.
 10. Suami, Anak, kakak, ade yang dengan sabar selalu memberikan dukungandoa dan motivasi untuk menyelesaikan karya tulis ini.
 11. Kedua orang tua dan semua keluarga besar yang selalu memberikan dukungan, doa dan motivasi untuk menyelesaikan program studi ini.
 12. Teman - teman RPL tahun 2019 yang selalu memberikansaran,dukungan dan semangat buat Mahasiswa dalam menyelesaikan karya tulis ini.
- Akhir mahasiswa. menyadari bahwa studi kasus ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, segala kritik dan saranyang membangun sangat diharapkan agar dapat digunakan mahasiswa untuk menyelesaikan karya tulis ini selanjutnya.

Kupang, juli 2019

Penulis

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN KEBUTUHAN OKSIGENASI PADA PASIEN Tn. M. E DENGAN OLD MIOKARD INFARK DI RUANGAN ICCU RSUD. PROF.DR.W.Z. YOHANES KUPANG

Oleh :

MARIA TMAISAN

Gagal jantung sudah menjadi salah satu penyebab kematian utama pada orang dewasa dengan adanya kegagalan fungsi pompa yang sering terjadi akibat tingkat sirkulasi oksigen yang tidak adekuat dan stagnansi darah di jaringan dan mengakibatkan penurunan perfusi miokard. Tujuan umum penelitian ini adalah melaksanakan Asuhan Keperawatan Pada Klien old miokard infark dengan masalah kebutuhan oksigenasi. Penelitian ini dilakukan di ruangan ICCU RSUD. PROF.DR.W.Z. YOHANES Kupang pada tanggal 15-18 Juli 2019.

Desain penelitian yang digunakan adalah studi kasus. Penelitian yang diambil dari RSUD. PROF.DR.W.Z. YOHANES Kupang sebanyak 1 klien dengan old miokard infark dengan masalah kebutuhan oksigenasi. Data dikumpulkan dari hasil wawancara, observasi, dokumentasi.

Hasil penelitian disimpulkan sebagai berikut berdasarkan data pengkajian diketahui bahwa Tn. M. E mengeluhkan sesak, nafas menggos-menggos yang didukung dengan data obyektif pernafasan cuping hidung, irama nafas tidak teratur, denyut nadi takikardi, RR 28 x/menit sedangkan Tn. S mengatakan sesak, nafas menggos-menggos dan nyeri dada kiri didukung dengan data obyektif adanya suara nafas ronchi, penggunaan otot bantu nafas, denyut nadi takikardi, RR: 33 x/menit. Diagnosa keperawatan yang ditetapkan adalah masalah kebutuhan oksigenasi disusun berdasarkan kriteria NOC: perfusi jaringan kardiak dan NIC: yang meliputi Monitor Tanda-Tanda Vital dan Terapi Oksigen. Implementasi kepada klien Tn. M. E dikembangkan dari hasil kajian intervensi yang dilakukan dalam 3 hari terakhir.

Setelah dilakukan implementasi selama 3 hari maka hasil evaluasi akhir pada Tn. M. E masalah teratasi sebagian. Jadi pada Tn. M.E masih memerlukan implementasi lanjutan karena masalahnya belum teratasi seluruhnya.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Kebutuhan Oksigenasi

DAFTAR ISI

Halaman Judul	
Lembar Pernyataan Keaslian Tulisan.....	ii
Lembar Persetujuan	iii
Lembar Pengesahan	iv
Biodata Penulis	v
Kata Pengantar	vi
Daftar Isi.....	viii
Daftar Lampiran.....	ix
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Tujuan Penulisan.....	3
1.3 Manfaat Penulisan.....	4
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Dasar Old Miokard Infark.....	5
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan.....	10
BAB 3 HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	
3.1 Hasil Studi Kasus.....	19
3.2 Pembahasan	24
3.3 Keterbatasan Studi Kasus.....	27
BAB 4 PENUTUP	
4.1 Kesimpulan.....	28
4.2 Saran	28
DAFTAR PUSTAKA	

DAFTAR LAMPIRAN

Format Pengkajian Keperawatan Gawat Darurat.....
Analisa Data.....

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Infark miokard adalah perkembangan cepat dari nekrosis otot jantung yang disebabkan oleh ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (Fenton, 2009). Infark miokard didefinisikan sebagai kematian dari miosit miokard sebagai akibat dari iskemia yang berkepanjangan (Arif, 2009). Infark miokard menunjukkan terbentuknya suatu daerah nekrosis miokardium akibat iskemia total (Robbins, 2007).

Menurut survei WHO pada tahun 2007 di bulan Februari – september, diperoleh 64 kasus IMA (11 wanita dan 53 pria). Pada 64 kasus IMA terdapat non *ST elevasi myocard infarction* (NSTEMI) 4 orang. IMA dan *diabetes mellitus* (DM) 3 orang. IMA dan hipertensi 3 orang. IMA dengan OMI (*old myocard infarction*) 2 orang/ IMA dan *AtrioVentricular* (AV) block 2 orang. IMA dan kecelakaan lalu lintas 1 orang. IMA dan *cerebrovaskules accident* (CVA) 1 orang (Fatonah dkk, 2007). 60% dari seluruh penyebab kematian jantung adalah penyakit jantung *iskemik* atau *infark miokardium*. Pada tahun 2005, di Amerika diperkirakan 12,5 juta orang menderita AMI, dan 1,1 juta menjadi OMI serta lebih dari 300.000 orang diperkirakan meninggal karena infark miokard sebelum sampai ke rumah sakit (Sumantri, 2011)

Berdasarkan profil kesehatan Indonesia prevalensi menunjukkan jumlah kasus baru kunjungan rawat jalan dan jumlah pasien rawat inap penyakit jantung pada infark miokard (13,49%), gagal jantung (13,42%) dan penyakit jantung lainnya (13,37%).

Kerja pompa jantung sangat penting untuk mempertahankan aliran oksigen, kondisi *kardiomiopati* menyebabkan curah jantung menurun, volume darah yang dikeluarkan dari ventrikel menurun. Serabut otot jantung (*miokard*) memiliki kontraktilitas yang memungkinkan akan meregang selama proses pengisian darah. Kegagalan *miokard* karena infark untuk memompa volume darah menyebabkan gagal jantung, menyebabkan perubahan fungsi

pernafasan yang mempengaruhi ventilasi atau transfer oksigen. Tujuan ventilasi adalah menghasilkan tegangan karbon dioksida di arteri yang normal (PaCO₂) dan mempertahankan tahanan oksigen dari arteri normal (Potter, 2005). Pola nafas pada pasien *old miokard infark* merupakan hal yang sangat penting untuk ditandai, karena dengan mempertahankan pola nafas dapat mempertahankan oksigen dalam arteri.

Pola nafas tidak efektif adalah inspirasi dan/atau ekspirasi yang tidak memberi ventilasi yang adekuat (Wilkinson, 2007). Oksigen merupakan kebutuhan dasar paling vital dalam kehidupan manusia dan merupakan proses penambahan oksigen ke dalam sistem (kima atau fisika). Oksigen dibutuhkan dalam metabolisme, sebagai hasilnya terbentuklah karbon dioksida, energi dan air. Kapasitas udara dalam paru – paru 4.500 – 5.000 ml. Udara yang diproses di dalam paru – paru hanya sekitar 10% (± 500 ml). Kekurangan oksigen akan mengakibatkan dampak yang bermakna bagi tubuh, salah satunya kematian (Mubarak, 2007). Oleh karena itu berbagai upaya perlu dilakukan untuk menjamin kebutuhan dasar ini terpenuhi dengan baik.

Dari hasil pengamatan penulis selama melakukan praktik di Ruang ICCU RSUD Prof.Dr.W.Z. Yohanes Kupang pada tanggal 15-19 juli 2019, pasien mendapatkan pasien dengan penyakit jantung yang mengalami OMI (old miokard infark) sehingga sangat membutuhkan perawatan / penanganan yang komprehensif dan peran perawat sangat penting dalam memberikan asuhan keperawatan dengan kebutuhan oksigenasi di ruang ICCU sangat penting.

Berdasarkan latar belakang diatas penulis tertarik untuk melakukan pengelolaan kasus dengan judul “ Asuhan keperawatan kebutuhan oksigenasi pada Tn M.E dengan old miokard infark(OMI) pada ruangan ICCU RSUD Prof. Dr.W . Z Yohanes Kupang.

1.2 Tujuan

Adapun tujuan ini meliputi dua hal yaitu tujuan khusus dan tujuan umum :

1. Tujuan Umum

Menerapkan Asuhan keperawatan dengan kebutuhan oksigenasi pada Tn. M.E dengan Old Miocard di ruangan ICCU RSUD Prof. Dr. W. Z. Yohanes Kupang.

2. Tujuan Khusus

- 1) Melakukan pengkajian pada pasien dengan kebutuhan oksigenasi pada Tn. M. E dengan Old Miocard Infark (OMI) di ruang Intensive Care Coronary Unit (ICCU) di RSUD. Prof. Dr. W. Z. Yohanes Kupang.
- 2) Merumuskan masalah dan membuat diagnosa keperawatan pada pasien dengan kebutuhan oksigenasi pada Tn. M. E dengan Old Miocard Infark (OMI) di ruang Intensive Care Coronary Unit (ICCU) di RSUD. Prof. Dr. W. Z. Yohanes Kupang
- 3) Membuat perencanaan pada pasien dengan kebutuhan oksigenasi pada Tn. M. E dengan Old Miocard Infark (OMI) di ruang Intensive Care Coronary Unit (ICCU) di RSUD. Prof. Dr. W. Z. Yohanes Kupang.
- 4) Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan kebutuhan oksigenasi dengan Old Miocard Infark (OMI) di Ruang Intensive Care Coronary Unit (ICCU) di RSUD. Prof. Dr. W. Z. Yohanes Kupang.
- 5) Mengevaluasi tindakan yang telah dilakukan pada pasien dengan kebutuhan oksigenasi pada Tn. M.E dengan Old Miocard Infark (OMI) di ruang ICCU RSUD Prof.Dr. W.Z Yohanes Kupang.

1.3 Manfaat

Manfaat penelitian yang ingin dicapai penulis dengan kondisi klien dengan Old Miocard Infark (OMI) sebagai berikut :

1. Manfaat Bagi Penulis

Memperoleh pengetahuan dan pengalaman khususnya dalam bidang keperawatan tentang pemenuhan oksigenasi penyaki dalam old miokard infard.

2. Manfaat Bagi Institusi

Memberikan masukan dalam proses kegiatan belajar mengajar, mengajarkan tentang asuhan keperawatan dapat digunakan acuan praktek mahasiswa.

3. Manfaat Bagi Rumah Sakit

Hasil penulisan yang dilakukan dapat di jadikan sebagai masukan untuk profesi perawat dalam mengaplikasikan asuhan keperawatan yang telah dijalankan. Dapat menambah khasanah ilmu pengetahuan, khususnya dalam bidang kesehatan, sebagai modalitas perawat untuk menyelesaikan problem kapasitas fisik dan kemampuan fungsional dengan tetap beracuan pada keterampilan dasar dari praktek dan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Old Miokard Infark

2.1.1 Definisi

Penyakit Jantung Koroner (PJK) merupakan kondisi yang terjadi akibat penumpukan plak di arteri jantung sehingga mengakibatkan suplai darah ke jantung menjadi terganggu dan bisa menyebabkan serangan jantung. Beberapa jenis penyakit yang termasuk dalam PJK sendiri antara lain gagal jantung, angina pectoris, infark miokard akut/acute miocard infark (AMI), dan infark miokard lama/old miocard infark (OMI).

Old Infark Miokard adalah penyakit jantung yang disebabkan oleh karena sumbatan arteri koroner (Hudak & Gallo; 2007). Sumbatan terjadi oleh karena adanya aterosklerotik pada dinding arteri koroner, sehingga menyumbat aliran darah ke jaringan otot jantung.

Aterosklerotik adalah suatu penyakit pada arteri-arteri besar dan sedang dimana lesi lemak yang disebut Plak Ateromatosa timbul pada permukaan dalam dinding arteri. Sehingga mempersempit bahkan menyumbat suplai aliran darah ke arteri bagian distal (Hudak & Gallo; 2007).

2.1.2 Etiologi

Old Infark miokard disebabkan oleh karena atherosclerosis atau penyumbatan total atau sebagian oleh emboli dan atau thrombus. Faktor resiko yang menjadi pencetus terjadinya Old Infark Miokard old adalah

1. Faktor resiko yang dapat diubah

- 1) Mayor

- Merokok, hipertensi, obesitas, hiperlipidemia, hiperkolesterolemia dan pola makan (tinggi lemak dan tinggi kalori).

- 2) Minor

- Stress, kepribadian tipe A (emosional, agresif, dan ambivalen) dan inaktivitas fisik.

2. Faktor resiko yang tidak dapat diubah
 - 1) Hereditas/keturunan
 - 2) Usia lebih dari 40 tahun
 - 3) Ras, insiden lebih tinggi orang berkulit hitam. Sex, pria lebih sering daripada wanita.

2.1.3 Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala yang timbul pada Old Infark Miokard adalah sebagai berikut :

1. Nyeri hebat pada dada kiri menyebar ke bahu kiri, leher kiri dan lengan atas kiri, kebanyakan lamanya 30 menit sampai beberapa jam, sifatnya seperti ditusuk-tusuk, ditekan, tertindik.
2. Takikardi
3. Keringat yang berlebih
4. Kadang mual bahkan muntah diakibatkan karena nyeri hebat dan reflek vasosegal yang disalurkan dari area kerusakan miokard ke trakus gastro intestinal
5. Dispnea
6. Abnormal Pada pemeriksaan EKG

2.1.4 Patofisiologi

Thrombus menyumbat aliran darah arteri koroner, sehingga suplai nutrisi dan O₂ ke bagian distal terhambat., sel otot jantung bagian distal mengalami hipoksia iskemik infark, kemudian serat otot menggunakan sisa akhir oksigen dalam darah, hemoglobin menjadi tereduksi secara total dan menjadi berwarna biru gelap, dinding arteri menjadi permeable, terjadilah edematosa sel, sehingga sel mati.

Hipoksia yang terjadi pada jaringan otot jantung memaksa sel untuk melakukan metabolisme CO₂ (metabolisme anaerob), sehingga menghasilkan asam laktat dan juga merangsang pengeluaran zat-zat iritatif lainnya seperti histamine, kinin, atau enzim proteolitik seluler merangsang ujung-ujung syaraf reseptor nyeri di otot jantung, impuls nyeri dihantarkan melalui serat saraf aferen simpatis, kemudian dihantarkan ke thalamus,

korteks serebri, serat saraf aferen, dan dipersepsikan nyeri. Perangsangan syaraf simpatis yang berlebihan akan menyebabkan :

1. Meningkatkan kerja jantung dengan menstimulasi SA Node sehingga menghasilkan frekuensi denyut jantung lebih dari normal (takikardi).
2. Merangsang kelenjar keringat sehingga ekresi keringat berlebihan.
3. Menekan kerja parasimpatis, sehingga gerakan peristaltik menurun, akumulasi cairan di saluran pencernaan, rasa penuh di lambung, sehingga merangsang rasa mual / muntah.
4. Vasokonstriksi pembuluh darah perifer, sehingga aliran balik darah vena ke atrium kanan meningkat, dan akhirnya tekanan darah meningkat.

2.1.5 Penatalaksanaan

1. Penatalaksanaan Keperawatan

- 1) Berikan oksigen meskipun kadar oksigen darah normal. Persediaan oksigen yang melimpah untuk jaringan, dapat menurunkan beban kerja jantung. Oksigen yang diberikan 5-6 L /menit melalui binasal kanul.
- 2) Pasang monitor kontinyu EKG segera, karena aritmia yang mematikan dapat terjadi dalam jam-jam pertama pasca serangan
- 3) Pasien dalam kondisi bedrest untuk menurunkan kerja jantung sehingga mencegah kerusakan otot jantung lebih lanjut. Mengistirahatkan jantung berarti memberikan kesempatan kepada sel-selnya untuk memulihkan diri.
- 4) Pemasangan IV line untuk memudahkan pemberian obat-obatan dan nutrisi yang diperlukan. Pada awal-awal serangan pasien tidak diperbolehkan mendapatkan asupan nutrisi lewat mulut karena akan meningkatkan kebutuhan tubuh terhadap oksigen sehingga bisa membebani jantung.

2. Penatalaksanaan Medis

- 1) Pasien yang dicurigai atau dinyatakan mengalami infark seharusnya mendapatkan aspirin (antiplatelet) untuk mencegah pembekuan

darah. Sedangkan bagi pasien yang alergi terhadap aspirin dapat diganti dengan clopidogrel.

- 2) Nitroglycerin dapat diberikan untuk menurunkan beban kerja jantung dan memperbaiki aliran darah yang melalui arteri koroner. Nitrogliserin juga dapat membedakan apakah ia Infark atau Angina, pada infark biasanya nyeri tidak hilang dengan pemberian nitrogliserin.
- 3) Morphin merupakan antinyeri narkotik paling paten, akan tetapi sangat mendepresi aktivitas pernafasan, sehingga tidak boleh digunakan pada pasien dengan riwayat gangguan pernafasan. Sebagai gantinya maka digunakan pethidin.
- 4) Vasodilatator pilihan untuk mengurangi rasa nyeri jantung adalah nitroglycerin, baik secara intra vena maupun sublingual, efek sampingnya yaitu dapat mengurangi preload, beban kerja jantung dan after load.
- 5) Heparin adalah anti koagulan pilihan utama, heparin bekerja memperpanjang waktu pembekuan darah, sehingga mencegah thrombus trombolitik.
- 6) Untuk melarutkan thrombus yang telah terbentuk di arteri koroner, memperkecil penyumbatan dan meluasnya infark, trombolitik yang biasa digunakan adalah streptokinase, aktivasi plasminogen jaringan dan amistropletase.
- 7) Pemberian dibatasi hanya untuk pasien yang tidak efektif dengan pemberian nitrat dan antikoagulan, analgetik pilihan adalah morphin sulfat secara IV.
- 8) Obat-obatan trombolitik untuk memperbaiki kembali aliran darah pembuluh darah koroner, sehingga reperfusi dapat mencegah kerusakan miokard lebih lanjut. Obat-obatan ini digunakan untuk melarutkan bekuan darah yang menyumbat arteri koroner. Waktu paling efektif pemberiannya adalah 1 jam setelah timbul gejala pertama dan tidak boleh lebih dari 12 jam pasca serangan. Selain itu tidak

boleh diberikan pada pasien diatas 75 tahun contohnya adalah streptokinase

- 9) Beta blocker untuk menurunkan beban kerja jantung. Bisa juga digunakan untuk mengurangi nyeri dada atau ketidaknyamanan dan juga mencegah serangan jantung tambahan. Beta bloker juga bisa digunakan untuk memperbaiki aritmia. Terdapat dua jenis yaitu cardioselective (metoprolol, atenolol, dan acebutol) dan non-cardioselective (propranolol, pindolol, dan nadolol).
- 10) Angiotensin-Converting Enzyme (ACE) Inhibitors. Obat-obatan ini menurunkan tekanan darah dan mengurangi cedera pada otot jantung. Obat ini juga dapat digunakan untuk memperlambat kelemahan pada otot jantung. misalnya captopril

2.1.6 Komplikasi

Adapun komplikasi akibat dari akut miokard infark, yaitu :

1. Edema paru akut.

Terjadi peningkatan akhir diastole ventrikel kiri dan peningkatan tekanan vena pulmonal sehingga meningkatkan tekanan hidrostatik yang mengakibatkan cairan merembes keluar.

2. Gagal jantung

Karena ada kelainan otot jantung menyebabkan menurunnya kontraktilitas, sehingga jantung tidak mampu memompa darah dengan adekuat untuk memenuhi kebutuhan jaringan akan oksigen dan nutrisi.

3. Syok kardiogenik

Karena adanya kerusakan jantung mengakibatkan penurunan curah jantung, sehingga menurunkan tekanan darah arteri ke organ-organ vital. Adapun tanda-tandanya tekanan darah rendah, nadi cepat dan lemah, hypoxia, kulit dingin dan lembab.

4. Tromboemboli

Kurangnya mobilitas pasien dengan sakit jantung dan adanya gangguan sirkulasi yang menyertai kelainan ini berleran dalam pembentukan thrombus intrakardial dan intravesikular.

5. Disritmia

Gangguan irama jantung akibat penurunan oksigen ke jantung.

6. Rupture miokard

Dapat terjadi bila terdapat infark miokardium, proses infeksi dan disfungsi miokardium lain yang menyebabkan otot jantung melemah.

7. Efusi pericardial / tamponade jantung.

Masuknya cairan ke dalam kantung perikardium karena adanya perikarditis dan gagal jantung.

2.2 Konsep Asuhan keperawatan.

2.2.1 Pengkajian

Salah satu aspek penting perawatan pasien MI adalah pengkajian keperawatan. Pengkajian dilakukan untuk mendapatkan data dasar tentang informasi status terkini pasien, sehingga setiap perubahan bisa diketahui sesegera mungkin. Pengkajian keperawatan harus sistematis dan ditunjukkan untuk mengidentifikasi kebutuhan jantung pasien dan menentukan prioritas tadi.

Pengkajian sistematis pasien mencakup riwayat yang cermat khususnya yang berhubungan dengan gambaran gejala : nyeri dada, sulit bernapas (dipnea), palpitasi, pingsan (sinkop) atau keringat dingin (diaporesis). Masing-masing gejala harus di evaluasi waktu dan durasinya serta factor yang mencetuskan dan yang meringankan.

2.2.2 Diagnosa keperawatan yang muncul berdasarkan NANDA

1. Nyeri akut b.d agen cedera biologis.
2. Risiko penurunan curah jantung b.d penurunan karakteristik miokard.
3. Risiko kelebihan volume cairan b.d penurunan perfusi ginjal.
4. Kerusakan pertukaran gas b.d gangguan aliran darah ke alveoli.

2.2.3 Rencana keperawatan meliputi tujuan keperawatan dan intervensi berdasarkan NIC NOC

1. Nyeri akut b.d agen cedera biologis.

Tujuan :

- 1) Memperlihatkan pengendalian nyeri.
- 2) Menunjukkan tingkat nyeri.
- 3) Memperlihatkan teknik relaksasi secara individual yang efektif untuk mencapai kenyamanan.
- 4) Mempertahankan nyeri pada dada atau kurang (dengan skala 0-10)
- 5) Melaporkan kesejahteraan fisik dan psikologis.
- 6) Mengenali faktor penyebab dan menggunakan tindakan untuk memodifikasi faktor tersebut.
- 7) Melaporkan nyeri kepada pelayan kesehatan.
- 8) Melaporkan pola tidur yang baik.

Nursing Outcomes Clasification(NOC)

- 1) Tingkat kenyamanan: tingkat persepsi positif terhadap kemudahan fisik psikologis.
- 2) Pengendalian nyeri: tindakan individu untuk mengendalikan nyeri.
- 3) Tingkat nyeri: keparahan nyeri yang dapat diamati atau dilaporkan.

Nursing Intervention Clasification(NIC)

- 1) Gunakan laporan dari pasien sendiri sebagai pilihan pertama untuk mengumpulkan informasi pengkajian
- 2) Minta pasien untuk menilai nyeri dengan skala 0-10
- 3) Gunakan bagan alir nyeri untuk mementau peredaan nyeri oleh analgesic dan kemungkinan efek sampingnya
- 4) Kaji dampak agama, budaya dan kepercayaan, dan lingkungan terhadap nyeri dan respon pasien
- 5) Dalam mengkaji nyeri pasien, gunakan kata-kata yang sesuai usia dan tingkat perkembangan pasien
- 6) Manajemen nyeri: lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif meliputi lokasi, karakteristik, awitan dan durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau keparahan nyeri dan factor presipitasinya

- 7) Observasi isyarat nonverbal ketidaknyamanan, khususnya pada mereka yang tidak mampu berkomunikasi efektif
 - 8) Instruksikan pasien untuk menginformasikan pada perawat jika peredaan nyeri tidak dapat dicapai
 - 9) Informasikan kepada pasien tentang prosedur yang dapat meningkatkan nyeri dan tawarkan strategi koping yang ditawarkan
 - 10) Perbaiki kesalahan persepsi tentang analgesic narkotik atau opioid (resiko ketergantungan atau overdosis)
 - 11) Ajarkan penggunaan teknik nonfarmakologi (relaksasi, distraksi, terapi)
 - 12) Aktivitas kolaboratif
 - a) Kelola nyeri pasca bedah awal dengan pemberian opiate yang terjadwal (misal, setiap 4 jam selama 36 jam)
 - b) Laporkan kepada dokter jika tindakan tidak berhasil atau jika keluhan saat ini merupakan perubahan yang bermakna dari pengalaman nyeri pasien dimasa lalu
2. Resiko penurunan curah jantung b.d penurunan karakteristik miokard

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

Nursing Outcomes Clasificatioan (NOC)

- 1) Kefektifan jantung memompa
- 2) Status sirkulasi yang adekuat
- 3) Tanda vital dalam rentang normal

Nursing Intervention Ilasification(NIC)

- 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 dyspnea, fatigue, takipnea dan ortopnea
 - 13) Anjurkan untuk menurunkan stress
 - 14) Monitor TTV pasien
 - 15) Monitor kualitas dari nadi
 - 16) Monitor jumlah dan irama jantung
 - 17) Monitor bunyi jantung
 - 18) Monitor frekuensi dan irama pernapasan
 - 19) Monitor suara paru
 - 20) Monitor pola pernapasan abnormal
 - 21) Monitor sianosis perifer
 - 22) Identifikasi penyebab dari perubahan vital sign
3. Risiko kelebihan volume cairan b.d penurunan perfusi ginjal

Tujuan

- 1) Kelebihan volume cairan dapat dikurangi, yang dibuktikan oleh keseimbangan elektrolit dan asam basa, keseimbangan cairan, fungsi ginjal yang adekuat.
- 2) Keseimbangan cairan tidak akan terganggu.
- 3) Pasien akan menyatakan secara verbal pemahaman tentang pembatasan cairan dan diet dan menyatakan secara verbal pemahaman tentang obat yang diprogramkan
- 4) Mempertahankan tanda vital dalam batas normal
- 5) Tidak mengalami pendek napas
- 6) Hematokrit dalam batas normal

Nursing Outcomes Clasification(NOC)

- 1) Keseimbangan elektrolit dan asam basa; keseimbangan elektrolit dan non elektrolit didalam kompartemen intrasel serta ekstrasel tubuh
- 2) Keseimbangan cairan; keseimbangan cairan dalam kompartemen intrasel dan ekstrasel tubuh
- 3) Keparahan overload cairan; keparahan kelebihan cairan didalam kompartemen intrasel dan ekstrasel tubuh
- 4) Fungsi ginjal; filtrasi darah dan eliminasi produk sisa metabolisme melalui bentukan urin

Nursing Intervention Clasification(NIC)

- 1) Tentukan lokasi dan derajat edema perifer, sacral, dan periorbital pada skala 1t sampai 4m
- 2) Kaji komplikasi pulmonal atau kardiovaskuler yang diindikasikan dengan peningkatan tanda gawat napas, nadi, TD, bunyi jantung yang abnormal, dan suara napas tidak normal
- 3) Kaji ekstremitas atau bagian tubuh yang edema terhadap gangguan sirkulasi dan integritas kulit
- 4) Kaji efek pengobatan
- 5) Pantau secara teratur lingkar abdomen atau ekstremitas
- 6) Manajemen cairan
- 7) Timbang berat badan setiap hari dan pantau kecenderungannya
- 8) Pertahankan catatan asupan dan haluaran yang akurat
- 9) Pantau hasil laboratorium yang relevan terhadap retensi cairan
- 10) Pantau indikasi kelebihan atau retensi cairan, sesuai dengan keperluan.
- 11) Ajarkan pasien tentang penyebab dan cara mengatasi edema, pembatasan diet, penggunaan dosis dan efek samping obat yang diprogramkan
- 12) Manajemen cairan: anjurkan pasien untuk puasa sesuai dengan kebutuhan
- 13) Lakukan dialisis jika diindikasikan

- 14) Konsultasikan dengan penyedia layanan kesehatan primer mengenai penggunaan stoking antiemboli atau bulatan Ace
- 15) Konsultasikan dengan ahli gizi untuk memberikan diet dengan kandungan protein yang adekuat dan pembatasan natrium
- 16) Konsultasikan ke dokter jika tanda dan gejala kelebihan cairan menetap atau memburuk
- 17) Berikan diuretic jika perlu
- 18) Tinggikan ekstremitas untuk meningkatkan aliran balik vena
- 19) Pertahankan dan alokasikan pembatasan cairan pasien
- 20) Manajemen cairan : distribusikan asupan cairan selama 24 jam jika perlu

4. Kerusakan pertukaran gas b.d gangguan aliran darah ke alveoli

Tujuan

Gangguan pertukaran gas berkurang yang dibuktikan oleh tidak terganggunya respon alergi: sistemik, keseimbangan elektrolit dan asam basa, respon ventilasi mekanis: orang dewasa, status pernapasan: pertukaran gas, status pernapasan: ventilasi, perfusi jaringan paru, TTV

- 1) Menunjukkan status pernapasan: pertukaran gas dan ventilasi yang adekuat. mempunyai fungsi paru dalam batas normal
- 2) Memiliki ekspansi paru yang simetris
- 3) Tidak menggunakan pernapasan bibir mencucu
- 4) Tidak mengalami napas dangkal atau ortopnea
- 5) Tidak menggunakan otot aksesoris untuk bernapas

Nursing Outcomes Classification(NOC)

- 1) Respon alergi: sistemik; keparahan respon hipersensitifitas imun sistemik terhadap antigen lingkungan tertentu
- 2) Keseimbangan elektrolit dan asam basa; keseimbangan elektrolit dan non elektrolit dalam kompartemen intrasel dan ekstrasel tubuh
- 3) Respon ventilasi mekanis: orang dewasa; pertukaran alveolar dan perfusi jaringan yang disokong oleh ventilasi mekanis

- 4) Status pernapasan: pertukaran gas; pertukaran o₂ dan co₂ di alveoli untuk mempertahankan konsentrasi gas darah
- 5) Status pernapasan: ventilasi; pergerakan udara yang masuk dan keluar ke dan dari paru
- 6) Perfusi jaringan paru; keadekuatan aliran darah melewati vaskular paru yang utuh untuk perfusi unit alveoli-kapiler
- 7) TTV dalam batas normal

Nursing Intervention Clasification(NIC)

- 1) kaji suara napas, frekuensi kedalaman dan usaha napas, dan produksi sputum sebagai indicator keefektifan penggunaan alat penunjang
- 2) Pantau saturasi o₂ dengan oksimetri nadi
- 3) Pantau hasil gas darah
- 4) Pantau hasil elektrolit
- 5) Pantau status mental
- 6) Peningkatan frekuensi pemantauan saat pasien tampak somnolen
- 7) Identifikasi kebutuhan pasien terhadap pemasangan jalan napas aktua atau potensial
- 8) Auskultasi suara napas, tandai area penurunan atau hilangnya ventilasi dan adanya bunyi tambahan
- 9) Pantau status pernapasan dan oksigenasi sesuai kebutuhan
- 10) Auskultasi bunyi jantung
- 11) Pantau dan dokumentasikan frekuensi, irama dan denut jantung
- 12) Pantau adanya edema perifer, distensi vena jugularis dan bunyi jantung s₃ dan s₄
- 13) Pantau alat fungsi pacu jantung
- 14) Jelaskan penggunaan alat bantu yang diperlukan
- 15) Ajarkan kepada pasien teknik bernapas dan relaksasi
- 16) Jelaskan pada pasien dan keluarga alas an pemberian oksigen dan tindakan lainnya
- 17) Informasikan kepada pasien dan keluarga bahwa merokok itu tidak baik

- 18) Ajarkan tentang batuk efektif
- 19) Ajarkan pada pasien bagaimana menggunakan inhaler yang dianjurkan sesuai kebutuhan
- 20) Konsultasikan dengan dokter tentang pentingnya pemeriksaan gas darah arteri dan penggunaan alat bantu yang dianjurkan sesuai dengan adanya perubahan pada kondisi pasien
- 21) Laporkan perubahan pada data pengkajian terkait
- 22) Berikan obat yang diresepkan untuk mempertahankan keseimbangan asam basa
- 23) Persiapkan pasien untuk ventilasi mekanis, bila perlu
- 24) Manajemen jalan napas (nic):
- 25) Berikan udara yang dilembabkan atau oksigen, jika perlu
- 26) Berikan bronkodilator jika perlu
- 27) Berikan terapi aerosol jika perlu
- 28) Berikan terapi nebulasi ultrasonic jika perlu
- 29) Pengaturan hemodinamik (nic): berikan obat antiaritmia jika perlu
- 30) Jelaskan kepada pasien sebelum memulai pelaksanaan prosedur untuk menurunkan ansietas dan meningkatkan rasa kendali
- 31) Berikan penenangan kepada pasien selama periode gangguan atau kecemasan
- 32) Lakukan oral hygiene secara teratur
- 33) Lakukan tindakan untuk menurunkan konsumsi oksigen
- 34) Apabila oksigen diprogramkan kepada pasien yang memiliki masalah pernapasan kronis, pantau aliran oksigen dan pernapasan secara hati-hati adanya resiko depresi pernapasan akibat oksigen
- 35) Buat rencana perawatan untuk pasien yang menggunakan ventilator, yang meliputi meyakinkan keadekuatan pemberian oksigen dengan melaporkan ketidaknormalan gas darah arteri, menggunakan ambu bag didekat pasien dan berikan hiperoksigenasi sebelum melakukan pengisapan, meyakinkan keefektifan pola pernapasan, mempertahankan kepatenan jalan napas

- 36) Memantau komplikasi
- 37) Memastikan ketepatan pemasangan slang et
- 38) Atur posisi untuk memaksimalkan potensia ventilasi
- 39) Atur posisi untuk mengurangi dispnea
- 40) Pasang jalan napas melalui mulut atau nasoparing, sesuai dengan kebutuhan
- 41) Bersihkan secret dengan menganjurkan batuk atau melalui pengisapan
- 42) Dukung untuk bernapas pelan, dalam dan batuk
- 43) Bantu dengan spirometer insentif jika perlu
- 44) Lakukan fisioterapi dada jika perlu
- 45) Meninggikan bagian kepala tempat tidur jika perlu
- 46) Atur posisi pasien keposisi trendelenburg, jika perlu.

BAB 3

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 Hasil

3.1.1 Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 14 Juli 2019 di ruang ICCU RSUD prof.Dr.W.Z.Yohanes Kupang dengan data – data sebagai berikut, nama Tn. M.E berumur 57 tahun, jenis kelamin laki – laki. Masuk rumah sakit dengan diagnosa : chest pain + Old Micard Infark (OMI), no RM 516059, pendidikan terakhir SMA, beralamat di Kuanino, pasien masuk RS pada tanggal MRS 13 Juli 2019, sedangkan pengkajian dilakukan pada tanggal 14 Juli 2019. Status perkawinan pasien sudah menikah, pekerjaan karyawan swasta. Identitas penanggung jawab Tn. M.E adalah Tn. R.E berumur 50 tahun, jenis kelamin laki- laki beralamat di Kuanino, hubungan dengan klien sebagai adik kandung.

Pasien MRS dengan keluhan nyeri dada kiri dan kanan nyeri dada kiri dan kanan sejak pukul 04.00 (13-07-2019), nyeri tidak menjalar, mual, keringatan , batuk, sesak napas, klien langsung diantar oleh keluarga ke IGD RSUD.Prof.Dr.W.Z.Yohanes Kupang tanggal 13-07-2019 jam 09.30. Setelah di IGD klien langsung ditangani oleh medis dengan tindakan perawatan medis: pasang infus NS 0,9 % 500 cc/ 24 jam, oksigen 3 lpm. Saat dilakukan pengkajian tingkat kesadaran di peroleh hasil tingkat kesadaran CM dengan hasil GCS E4 M6 V5, pupil isokor, reaksi terhadap cahaya positif.

Pada pengkajian sirkulasi perifer diperoleh hasil nadi 66x/menit irama teratur, denyutan lemah. Tekanan darah 90/60 mmHg, ekstermitas hangat, warna kemerahan, ada nyeri dada karakteristik nyeri dada seperti ditusuk – tusuk, capillary refill time <3 detik. Saat melakukan pengkajian asupan cairan dan elektrolit diperoleh hasil tumor kulit baik <3 detik, mukosa mulut lembab, kebutuhan nutrisi pasien yang beroral bubur, porsi tidak dihabiskan (3 sendok makan). Saat dikaji pada bagian cairan eliminasi BAK 4-5 x/hari,

dengan warna kuning jernih dalam jumlah banyak 1100/24 jam, ada rasa sakit saat BAK dan ada keluhan sakit pinggang, BAB 1x/menit, bising usus 26x/menit.

Pada pengkajian sekunder muskuloskeletal tidak ditemukan fraktur atau kerusakan jaringan, kekuatan otot pada ekstremita bawah dan atas bagian atas kiri kanan ditemukan kekuatan otot 5 untuk tiap – tiap bagian ekstremitas. Pengkajian sekunder integumen diperoleh hasil tidak ada vulnus maupun luka bakar.

Pemeriksaan penunjang yang telah dilakukan adalah pemeriksaan laboratorium darah lengkap diperoleh hasil Hb 15,3 g/dL, jumlah leukosit $11,03 \times 10^3/\mu\text{l}$, Gula Darah Puasa 127Mg/dL, LDL cholestrol 146 H, Troponin 12,58 H. Sedangkan pada pemeriksaan EKG diperoleh hasil QS V1-V4.

Terapi yang telah diberikan oleh petugas ruangan yaitu, Aspilet 80 mg/oral, Simvastatin 20 mg/oral, CPG 1X75 mg/oral, ISDN 3x 5 mg/oral, Ranitidin Injeksi 2x1 ampul iv, Furozemid Injeksi 20 mg iv, Alprazolam 0,5 mg po, Bisoprolol 2x2,5 mg.

3.1.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan ditegakan berdasarkan data-data hasil pengkajian dan analisa data dimulai dari menetapkan masalah, penyebab, dan data-data yang mendukung masalah keperawatan yang ditemukan pada kasus ini adalah:

1. Nyeri akut berhubungan dengan Agen cedera biologis (Penyumbatan arteri koroner) ditandai dengan Pasien mengatakan merasa nyeri di area dada menjalar ke punggung dan tangan. Kesadaran composimentis, pasien tampak meringgis, skala nyeri 6 ,memegang area nyeri, pada pemeriksaan EKG diperoleh hasil ST elevasi pada QS V1-V4 Vital sign : TD : 100/70 mmhg. Nadi : 68 x/mnt, suhu : 36 derajat, RR : 28x/mnt, SPO2 : 97 %.
2. Pola napas tidak efektif b.d penurunan energi / kelelahan yang ditandai dengan pasien mengatakan sesak nafas, sulit bernafas dan nafas

panjang. Kesadaran composmentis pasien tampak menggunakan oto pernafasan tambahan, respirasi 28x/menit.

3.1.3 Intervensi Keperawatan

1. *Nursing outcomes clasification (NOC)*

Untuk diagnosa I mahasiswa melakukan tujuan dari rencana tindakan yaitu setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam di harapkan pasien bebas dari nyeri dengan kriteria hasil : pasien mengatakan nyeri yang dirasakan berkurang, tidak meringgis, tidak memegang area nyeri, tidak gelisah, skala nyeri berkurang dari 6-4. Untuk diagnosa II mahasiswa melakukan tujuan dari rencana tindakan yaitu setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam pola napas menjadi efektif dengan kriteria hasil pasien tidak sesak napas lagi, respirasi menjadi normal.

2. *Nursing Intervention Clasification (NIC)*

Untuk diagnosa 1 dipilih dari domain 1: fisiologis dasar, kelas E promosi kenyamanan fisik dengan kode 1400 manajemen nyeri, (08.00 wita) mangkaji nyeri secara komprehensif, mempertahankan tirah baring selama fase akut, menggunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mrngakui pengalaman rasa sakit dan menyampaikan penerimaan respon pasien terhadap nyeri, memberikan lingkungan yang nyaman bagi pasien, mengajarkan teknik relaksasi untuk mengurangi nyeri, mengkolaborasi pemberian analgetik, mendorong pasien untuk memantau nyeri sendiri dengan tepat. Untuk diagnosa II, intervensi dipilih dari nanda NIC-NOC yaitu jelaskan alat bantu yang digunakan,ajarkan batuk efektif,atur posisi tidur semifowler.

3. Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan dilakukan setelah perencanaan kegiatan dirancang dengan baik. Tindakan ini dimulai pada tanggal 15 Juli 2019 hingga 18 Juli 2019, tindakan yang dilakukan setiap harinya mengikuti rencana keperawatan yang telah ditetapkan.

Pada hari pertama tanggal 15 Juli 2019 dilakukan tindakan keperawatan pada diagnose I yaitu melakukan pengkajian pada pukul 08.30 wita sekaligus implementasi hari pertama yaitu mengkaji nyeri secara komprehensif yang meliputi *provocator*(*penyumbatan arteri koroner*, *qualifikasi*(*nyeri seperti tertusuk - tusuk*), *region*(*nyeri dirasakan disekitar dada tidak menjalar*), *skala nyeri 6 dan time* (nyeri hilang muncul) membantu pasien mempertahankan tirah baring selama fase akut, menggunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengetahui rasa nyeri pasien, memberikan lingkungan yang nyaman bagi pasien, pada pukul 10.00 wita membantu pasien melatih napas dalam dan batuk efektif, pada pukul 11.00 mengkolaborasikan pemberian(ISDN 3x5 mg melalui oral) untuk membantu mengurangi nyeri.

Pada hari kedua tanggal 16 Juli 2019 dilakukan tindakan keperawatan menggunakan catatan perkembangan pada diagnosa I yaitu (09.00)mempertahankan tirah baring selama fase akut, (10.00) menggunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengetahui rasa nyeri pasien,pukul 11.00 memberikan ISDN 2x5 mg/oral untuk membantu mengurangi nyeri, 12.00 mendorong pasien untuk memantau nyeri sendiri dengan tepat.

Pada hari ketiga tanggal 17 Juli 2019 dilakukan tindakan keperawatan menggunakan catatan perkembangan pada diagnosa I yaitu (07.05) mempertahankan tirah baring selama fase akut,(08.00) menggunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengetahui rasa nyeri pasien.

Dan pada diagnosa kedua pola nafas tidak efektif dilakukan tindakan pada jam 08.00, mengkaji faktor penyebab ketidakseimbangan suplai O₂,(09.00) mengatur posisi semi fowler, memonitor nutrisi dan sumber energi yang adekuat, memonitor hasil TTV pasien(TD 100/70 mmhg, N: 68x/m, RR: 28x/m, S: 36⁰c) membantu penuhi kebutuhan ADL pasien (menyiapkan makan, minum dan toileting).

Pada hari kedua tanggal 16 Juli 2019 jam 08:45 dilakukan tindakan keperawatan mengkaji status fisiologis pasien yang menyebabkan ketidakseimbangan suplai O₂, menganjurkan pasien untuk tirah baring/pembatasan kegiatan (meningkatkan jumlah waktu istirahat), membantu ADL pasien (BAK), membantu ADL pasien (menyiapkan makan dan minum), memonitor TTV pasien (TD 110/70 mmhg, N: 89x/m, RR: 16x/m, S: 36⁰c).

Pada hari ketiga tanggal 17 Juli 2019 jam 09:40 dilakukan tindakan memonitor status O₂, mengatur posisi tidur semifowler pada pasien, Mengatur intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan cairan, menganjurkan pasien istirahat, keadaan umum nampak baik, memonitor hasil TTV pasien (TD 100/60 mmhg, N: 86x/m, RR: 18x/m, S: 36⁰c).

4. Evaluasi Keperawatan

Tahap evaluasi merupakan tahap dalam asuhan keperawatan yang dimana mahasiswa menilai asuhan keperawatan yang telah dilakukan. Evaluasi yang dilakukan antara lain pada tanggal 15 Juli 2019 dengan diagnosa I nyeri akut yaitu: pasien mengatakan bahwa ia masih merasa nyeri yang ditandai dengan pasien nampak lemah, gelisah, meringgis, skala nyeri 4(1-10). Untuk itu dapat disimpulkan masalah nyeri akut belum teratasi sehingga intervensi dilanjutkan di hari kedua.

Pada hari pertama tanggal 15 Juli 2019 juga dilakukan evaluasi untuk diagnosa II pasien mengatakan sesak nafas berkurang, wajah tampak rileks, sehingga disimpulkan masalah belum teratasi sehingga intervensi dilanjutkan hari kedua. Pada tanggal 16 Juli 2019 dilakukan evaluasi SOAPIE (catatan perkembangan) pada diagnosa 1, yaitu pasien masih nampak lemah, gelisah, mengatakan nyeri yang dirasakan berkurang, nampak tidak meringis dan memegang area nyeri, skala nyeri 2. untuk diagnosa II pasien mengatakan tidak sesak nafas lagi, keadaan umum baik.

Pada tanggal 17 Juli 2019 dilakukan evaluasi SOAP pada diagnosa 1 yaitu pasien mengatakan nyeri yang dirasakan berkurang, skala nyeri

1, tidak meringis sedangkan pada diagnosa 2 pasien mengatakan tidak ada sesak nafas lagi. sehingga dari diagnosa 1, 2 disimpulkan bahwa masalah teratasi sebagian dan implementasi dilanjutkan perawat ruangan.

3.2 Pembahasan

Pada pembahasan akan diuraikan kesenjangan antara teori dan praktek. Pada dasarnya dalam memberikan asuhan keperawatan, proses keperawatan merupakan alatnya, dimana melalui pengkajian pada pasien akan diperoleh data-data (data primer atau data yang diperoleh dari pasien maupun data sekunder yang diperoleh dari keluarga), baik yang bersifat obyektif maupun yang bersifat subyektif. Data-data yang diperoleh melalui pengkajian selanjutnya dianalisa untuk menemukan adanya masalah kesehatan. Tentunya data yang dimaksudkan adalah data yang menyimpang dari nilai normal yang pada umumnya mencirikan penyakit yang sedang dialami oleh pasien. Setelah masalah keperawatan diangkat lalu diagnosa keperawatan pun ditegakkan dimana komponen penyusunannya terdiri atas *problem, etiologi, sign dan symptom* (diagnosa aktual), *problem dan etiologi* (diagnosa potensial) dan komponen *problem* (diagnosa risiko / risiko tinggi). Intervensi / perencanaan pun disusun berdasarkan diagnosa yang ada. Tujuan pencapaian dari setiap intervensi untuk setiap diagnosa ditetapkan saat menyusun perencanaan. Perencanaan yang telah ditentukan dilaksanakan untuk mengatasi masalah-masalah yang telah teridentifikasi. Keberhasilan dari setiap tindakan untuk tiap diagnosa dinilai atau dievaluasi, dengan demikian rencana perawatan selanjutnya dapat ditetapkan lagi. Demikianpun asuhan keperawatan gawat darurat pada pasien dengan old miokard infark (OMI). Pembahasan ini akan dilihat adanya kesenjangan antara teori dan praktek (kasus nyata) yang ditemukan pada pasien dengan old miokard infark (OMI) yang dirawat di ruang ICCU RSUD Prof. Dr. W.Z. Yohannes Kupang.

1. Pengkajian

Dari hasil pengkajian yang didapatkan pada pasien mengatakan ia merasakan nyeri pada area dada kiri, tidak menjalar, nyeri seperti tertusuk - tusuk, skala nyeri 6, nampak meringis Nadi 68x/menit, irama teratur, denyut nadi lemah, TD 90/70 MmHg, mukosa bibir lembab, capillary refill time <3 detik, hasil EKG pada pemeriksaan EKG diperoleh hasil QS V1 – V4.

Menurut (Morton, Fontaine, Hudak, & Gallo, 2011)) pengkajian pada pasien dengan penyakit jantung iskemik/koroner meliputi Sistem kardiovaskuler, pengkajian dengan teknik inspeksi apakah pasien meringis atau lemas, auskultasi bunyi napas dan bunyi jantung, palpasi, dan perkusi perawat melakukan pengukuran tekanan darah; suhu; denyut jantung dan iramanya ; pulsasi perifer; dan temperatur kulit. Auskultasi bunyi jantung dapat menghasilkan bunyi gallop S3 sebagai indikasi gagal jantung atau adanya bunyi gallop S4 tanda hipertensi sebagai komplikasi. Peningkatan irama napas merupakan salah satu tanda cemas atau takut.

2. Diagnosa Keperawatan

Pada Kasus Tn M.E diagnosa yang didapatkan adalah Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis dan pola napas tidak efektif berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan O₂. Pada kasus Tn. M .E tidak semua diagnosa dapat ditegakan, diagnosa yang tidak ditegakan adalah penurunan curah jantung dan gangguan pola tidur

Hal ini dikarenakan pada saat pengkajian tidak didapatkan data yang mendukung penegakan diagnosa tersebut misalnya pada diagnosa keperawatan gangguan pola tidur pasien mengatakan dapat beristirahat dengan baik. Diagnosa Keperawatan pada pasien dengan old miokard infark meliputi Nyeri akut, gangguan pola tidur, Penurunan curah jantung, Intoleransi aktivitas.

3. Intervensi Keperawatan

Pada kasus Tn.M .E tidak semua intervensi dilakukan untuk mengatasi kasus. hal ini di karenakan tujuan perawatan yaitu pasien bebas dari nyeri dan pola nafas pasien dapat efektif.

Intervensi pada pasien dengan diagnosa keperawatan pola nafas tidak efektif adalah Kaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan dengan konteks usia dan perkembangan, anjurkan pasien mengungkapkan perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dialami, tentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga ketahanan, monitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat, monitor tanda-tanda vital sebelum dan setelah melakukan aktifitas .

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi pada kasus Tn. M .E dengan old miokardinfark dilakukan selama 3 hari. Untuk diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis, tidak semua intervensi dilakukan kepada pasien. Yang tidak dilakukan adalah membantu klien memilih aktivitas yang disukai contohnya berolahraga /makan dan minum, hal ini dikarenakan kurangnya waktu yang sangat minim. Untuk diagnosa kedua ini kebutuhan oksigen semua intervensi yang telah ditetapkan dilakukan kepada pasien.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi yang diterapkan dalam membuat kasus ini adalah menggunakan teknik evaluasi SOAP & SOAPIE. Tujuan dilakukan evaluasi SOAP adalah untuk menentukan perkembangan kesehatan Klien, melalui efektifitas, efesiensi dan produktifias dari tindakan keperawatan, dari tindakan keperawatan yang telah dibuat untuk menilai Asuhan Keperawatan, mendapat umpan balik, sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat dalam pelaksanaan keperawatan.

Alasan mengapa masalah teratasi sebagian pada diagnosa keperawatan pasien masih belum sepenuhnya terbebas dari nyeri. sedangkan pada diagnosa keperawatan kebutuhan oksigen pasien tetap

dilanjutkan. Untuk itu disimpulkan bahwa intervensi dilanjutkan perawat ruangan.

3.3 Keterbatasan Studi Kasus

Dalam melakukan penelitian studi kasus keperawatan pada pasien old miokard infark ini terdapat keterbatasan yaitu pada orang dan waktunya. Orang dalam hal ini pasien hanya berfokus pada satu pasien saja membuat mahasiswa tidak dapat melakukan perbandingan mengenai masalah- masalah yang mungkin didapatkan dari pasien lain

BAB 4

KESIMPULAN DAN SARAN

4.1 Kesimpulan

1. Pengkajian pasien dengan kebutuhan oksigenasi pada Tn. M. E dengan Old Miocard Infark (OMI) di ruang Intensive Care Coronary Unit (ICCU) di RSUD. Prof. Dr. W. Z. Yohanes Kupang.
2. Membuat rumusan masalah dan membuat diagnosa keperawatan pada pasien dengan kebutuhan oksigenasi pada Tn. M. E dengan Old Miocard Infark (OMI) di ruang Intensive Care Coronary Unit (ICCU) di RSUD. Prof. Dr. W. Z. Yohanes Kupang
3. Merencanakan pasien dengan kebutuhan oksigenasi pada Tn. M. E dengan Old Miocard Infark (OMI) di ruang Intensive Care Coronary Unit (ICCU) di RSUD. Prof. Dr. W. Z. Yohanes Kupang.
4. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan kebutuhan oksigenasi dengan Old Miocard Infark (OMI) di Ruang Intensive Care Coronary Unit (ICCU) di RSUD. Prof. Dr. W. Z. Yohanes Kupang.
5. Mengevaluasi tindakan yang telah dilakukan pada pasien dengan kebutuhan oksigenasi pada Tn. M.E dengan Old Miocard Infark (OMI) di ruang ICCU RSUD Prof. Dr. W. Z. Yohanes Kupang.

4.2 Saran

1. Bagi perawat
Meningkatkan fungsi independen perawat dalam memberikan asuhan keperawatan secara menyeluruh kepada pasien dan keluarga.
2. Bagi institusi pendidikan
Perlu pengembangan praktek klinik secara berkala kepada mahasiswa supaya lebih terampil dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien di ruangan ICCU.
3. Bagi pasien
Pasien mengikuti program terapi yang telah direncanakan oleh tim dokter dan perawat dan untuk mempercepat proses pemulihan pasien.
4. Bagi keluarga
Diharapkan keluarga memberikan dukungan kepada pasien untuk menerapkan pola hidup sehat.

DAFTAR PUSTAKA

- Manoy, Yanti, dkk. 2014. "*Hubungan Beberapa Faktor Risiko Penyakit Jantung Koroner dengan Laju Filtrasi Glomerulus pada Pasien Iinfark Miokard Lama*". Manado : Universitas Sam Ratulangi.
- Mumpuni, Indah. 2014. "*Askep Kardiovaskulalr : AMI OMI*".
- Pratama, Bayu, dkk. 2014. "*Auhan Keperawatan Gawat Daruratpada tn. S dengan Old Miokard Infark di Ruang IGD RSUD Kota Semarang*".
- Subianto, Teguh. 2009. "*Asuhan Keperawatan pada Klien Infark Miokard Akut*".
- Utami, Putri Meiftasari. 2012. "*Auhan Keperawatan pada Ny. D dengan Old Miokard Infark (OMI) di Ruang Intensive Care Unit – Intensive Coronary Care Unit Rumah Sakit Uumu Daerah dr. Soehadi Prijonegoro Sragen*". Surakarta : Universitas Muhammadiyah Surakarta.

3.3.2 Perencanaan

Tabel 3.2 Perencanaan

TGL	DX	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI
14/7/19	1	<p>NOC.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pain level. - Pain kontrol. - Comfort level. <p>Setelah dilakukan tindakan selama 30 menit pasien tidak mengalami nyeri dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan). - Melaporkan baaahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri. - Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas dan frekwensi nyeri. - Tanda – taanda vital dalam rentang normal. - Tidak mengalami gangguan tidur. 	<p>NIC.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekwensi, kualitas dan faktor presipitasi. 2. Observsi reaksi nonvebral dari ketidaknyamanan. 3. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan bantuan. 4. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan. 5. Kurangi faktor presipitasi nyeri. 6. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi. 7. Ajarkan tentang teknik nonfarmokologi : napas dalam, relaksasi, distraksi. 8. Berikan analgesik untuk mengurangi nyeri : ISDN 5 mg. 9. Tingkatkan istirahat. 10. Berikan informasi tentang nyeri seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan berkurang dan antisipasi ketidaknyamanan dari prosedur. 11. Monitor vital sign sebelum dan sesudah

	2	<ul style="list-style-type: none"> - Respiratory status : ventilation. - Respiratory status : airway patency. - Vital sign status. <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 jam pasien menunjukkan keefektifan pola napas, dibuktikan dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara napas yang bersih, tidak ada sianosis dan dispnoe (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernapas dengan mudah. - Tanda – tanda vital dalam rentang normal (tekanan darah, nadi, pernapasan) 	<p>pemberian analgesik kali.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi. 2. Pasang mayo bial perlu. 3. Lakukan fisioterapi dada bila perlu. 4. Keluarkan sekret dengan batuk atau suction. 5. Auskultasi suara napas, catat adanya suara tambahan. 6. Atur intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan. 7. Mpnitor respirasi O2. 8. Bersihkan hidung, mulut, secret trakea. 9. Pertahankan jalan napas yang paten. 10. Observasi adanya tanda – tanda hipoventilasi. 11. Monitor adanya kecemasan pasien terhadap oksigenasi. 12. Monitor vital sign. 13. Informasikan pada pasien dan keluarga tentang tehnik relaksasi untuk memperbaiki pola napas. 14. Monitor pola napas.
--	---	---	--

3.1.3 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

NO	TGL	DX. KEPERAWATAN	IMPLEMENTASI	EVALUASI
1	14/7/19	Nyeri akut b.d agen injuri biologis	<p>Jam: 10.00 : melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif.</p> <p>Jam 11.00 : mengajarkan teknik relaksasi(napas dalam).</p> <p>Mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri</p> <p>Jam 12.00 : mengobservasi vital sign : TD: 100/70 mmhg, nadi :68 xmenit, suhu : 36 Celcius, RR : 28 x/mnt.</p>	<p>Jam 14.00</p> <p>S : klien mengatakan nyeri dada.</p> <p>P : terjadi penyempitan pembuluh darah.</p> <p>R : terasa tertusuk-tusk.</p> <p>S : 5 (dari 10).</p> <p>T : nyeri berkurang.</p> <p>O : klien masih tampak nyeri</p> <p>Keadaan umum tampak lemah</p> <p>Vital sign : TD : 100/70 mmhg, Nadi : 68 x/mnt, suhu : 36 derajat, RR : 28x/mnt, SPO2 : 97 %</p> <p>A : nyeri akut b.d agen injuri biologis belum teratasi.</p> <p>P : intervensi keperawatan 1-11 dilanjutkan.</p>
2		Pola napas tidak efektif b.d penurunan energi	<p>Jam 11.00 : mengatur posisi tidur semifowler pada pasien.</p> <p>Memonitor status O2 : 3 l/mnt.</p> <p>Mengatur intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan cairan</p> <p>Memonitor pola napas.</p>	<p>S : klien mengatakan sesak napas, sulit bernapas.</p> <p>O : k.u tampak lemah dan sesak napas.</p> <p>RR : 28 x/ mnt</p> <p>Irama napas tidak teratur.</p>

CATATAN PERKEMBANGAN HARI KE II

Tabel 3.5 Catatan Perkembangan Hari Ke II

NO	TGL	DX KEPERAWATAN	IMPLEMENTASI	EVALUASI
1	15/7/19	Nyeri akut b.d agens injuri biologis	<p>Jam 9.00 melakukan pengkajian nyeri secara kompherensif.</p> <p>Mengajarkan pasien teknik relaksasi.</p> <p>Jam 10.00</p> <p>Mengontrol lingkungan pasien yang dapat mempengaruhi nyeri.</p> <p>jam 12.00 mengobservasi vital sign pasien : TD : 110/70 mmhg nadi : 89x/mnt, suhu : 36 derajat.</p> <p>Jam 13.00 menganjurkan pasien istirahat.</p>	<p>S : kklien mengatakan nyeri dada berkuang.</p> <p>P : terjadi penyempitan pembuluh darah.</p> <p>Q : tidak terasa tertusuk-tusuk.</p> <p>R : dada kiri.</p> <p>S : 3 (dari 10).</p> <p>T : tidak menentu.</p> <p>O : klie terlihat tampak rileks, wajah tidak meringis.</p> <p>A : masalah teratasi sebagian.</p> <p>P : intervensi keperawatan 1-11 dilanjutkan.</p> <p>I : mengajarkan pasien untuk napas dalam bila ada nyeri</p> <p>Kolaborasi pemberian terapi:</p> <p>Inj. Ranitidin 1 ampul iv.</p> <p>Inj. Furozemid 20 mg iv.</p> <p>Aspilet 80 mg po.</p> <p>ISDN 5 mg po.</p> <p>Bisoprolol 2,5 mg.</p>