

KARYA TULIS ILMIAH

“ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT PADA TN. M.N.M DENGAN ST ELEVASI MIOKARD INFARK DI RUANG ICCU RSUD PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG”

Karya Tulis Ilmiah Ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk
Menyelesaikan Program Pendidikan Diploma III Keperawatan Pada
Program Studi D-III Keperawatan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



**YENI WADU ERE
NIM: PO.530320116332**

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

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah Oleh Yeni Wadu Ere, NIM : PO 530320116332 dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT PADA TN. M. N. M. DENGAN ST ELEVASI MIKARD INFARK DI RUANG ICCU RSUD PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG" telah di periksa dan di setujui untuk di ujikan

Disusun Oleh :



Yeni Wadu Ere
NIM: PO. 530320116332

Telah Di Setujui Untuk Diseminarkan Di Depan Dewan Penguji
Prodi D-III Keperawatan Kupang Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang
Pada Tanggal, 09 Juni 2019

Pembimbing



Ns. Yonni M. V. B. Aty,S.Kep.,M.Kep
NIP. 19790805201122601

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH
"ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT PADA TN. M. N. M DENGAN ST
ELEVASI MIOKARD INFARK DI RUANG ICCU RSUD PROF DR. W. Z. JOHANNES
KUPANG"

Disusun Oleh :

Yeni Wudi Eri
NIM: PD.530320116332

Telah Diuji Pada Tanggal, 11 Juni 2019

Dewan Penguji

Penguji I

Domingos Gonzales, S.Kep.,Ns.,MSc
NIP: 197108061992031001

Penguji II

Ns. Yonni Maria Y. B. Aty, S.Kep.,M.Kep
NIP: 19790805201122001

Mengesahkan
Ketua Jurusan Keperawatan

Dr. Florentiana Tat, SKp., M.Kes
NIP. 196911281993031005

Mengetahui
Ketua Prodi D-III Keperawatan

Margaretha Yeli, S.Kep.,Ns., MSc-PH
NIP. 197707272000032002

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Yeni Wadu Ere
NIM : PO.530320116332
Program Studi : D-III Keperawatan
Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Studi Kasus 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 dibuktikan Studi Kasus ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kupang, 09 Juni 2019
Pembuat Pernyataan



Yeni Wadu Ere
NIM: PO. 530320116332

Mengotakui
Pembimbing



Ns. Youni M. V. B. Aty, S.Kep., MLKep
NIP. 19790805201122001

BIODATA PENULIS

- Nama Lengkap : YeniWadu Ere
- Tempat tanggal lahir : Kupang, 26 Juni 1998
- Jenis kelamin : Perempuan
- Alamat : Jln. Cekdam I Kelurahan Manutapen Kecamatan Alak
- Riwayat Pendidikan :
1. Tamat SD Negeri Palsatu Kupang pada tahun 2010
 2. Tamat SMP Negeri 6 Kupang pada Tahun 2013
 3. Tamat SMA Negeri 2 Kupang pada Tahun 2016
 4. Sejak tahun 2016 kuliah di Jurusan Keperawatan Program Studi DIII Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kupang

MOTTO

“Perjalanan yang dilakukan atas dasar iman dan kesetiaan bukanlah sesuatu yang mudah dilakukan. Keyakinan kita akan dihantam dari berbagai arah, kekuatan kita akan terkuras habis oleh berbagai keadaan, dan pandangan kita akan dikaburkan oleh berbagai godaan. Namun jika kita tetap teguh, setia dan menjaga iman itu tetap hidup dan bertumbuh, maka Tuhan akan memberikan balasan yang berlipatganda lebih banyak dari apa yang telah kita perjuangkan.”

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadapan Tuhan Yang Maha Kuasa, karena kasih dan penyertaan-Nya penulis dapat menyelesaikan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini tepat pada waktu-Nya.

Karya Tulis Ilmiah dengan judul **“Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan pada Tn. M. N. M dengan ST Elevasi Miokard Infark di Ruang ICU RSUD Prof. Dr. W. Z Johannes Kupang”** di susun untuk memenuhi syarat akademik dalam rangka menyelesaikan pendidikan Diploma III Keperawatan.

Sangat disadari bahwa dalam penulisan laporan studi kasus ini dapat begitu banyak tangan yang membantu untuk mengoreksi, memberikan bahan dalam informasi yang dibutuhkan serta banyak pikiran yang disumbang. Untuk itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan rasa terima kasih yang tak terhingga kepada :

1. Ibu Yoani Maria V. B. Aty, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku pembimbing yang dengan sabar dan bijaksana membantu dan menyumbangkan ide-idenya dengan mengoreksi, merevisi serta melengkapi dalam penyusunan studi kasus ini.
2. Bapak Domingos Gonsalves, S.Kep.,Ns.,MSc selaku penguji yang telah meluangkan waktu, tenaga dan pikiran untuk menguji penulis dan mengarahkan penulis dalam menyelesaikan studi kasus ini.
3. Ibu Agustina Valen Somi,SST selaku pembimbing klinik/CI yang telah membantu dan membimbing penulis dalam proses pelaksanaan studi kasus ini.
4. Ibu R.H. Kristin, SKM.,M.Kes selaku direktur Poltekkes Kemenkes Kupang yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melakukan penelitian studi kasus.
5. Bapak Dr. Florentianus Tat,S.Kp.,M.Kes selaku Ketua Jurusan Keperawatan Kupang yang telah memberikan ijin dan kesempatan bagi penulis untuk menyelesaikan studi kasus ini.
6. Ibu Margaretha Teli,S.Kep.,Ns.,MSc-PH selaku ketua Program Studi D-III Keperawatan
7. Seluruh staf RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang terkhusus di ruangan ICU yang membantu penulis dalam proses pelaksanaan studi kasus ini.
8. Bapak Habel Wadu Ere dan mama Mariana Wadu Ere-Dubu Dilla yang sangat penulis sayangi yang telah melahirkan, membesarkan, mendoakan, memotivasi, memberikan nasehat, memperjuangkan cita-cita dan masa depan penulis, dan selalu sabar menanti keberhasilan.

9. Bapak Okto, Mama Jenny, Mama Putade, Kakak Melki, adik Semy, adik Putri, adik Cetty, adik Rasta serta seluruh keluarga yang memberikan doa dan motivasi untuk menyelesaikan studi kasus ini.
10. Bapak Samuel Nabuasa dan mama Welmince Selan, kakak Viden, kakak Umbu, kakak Andre, adik Bram dan adik Aurel yang sangatpenulissayangi yang selalu mendukung, mendoakan dan memotivasi penulis untuk penyelesaian studi kasus ini.
11. Orang-orang terdekat khususnya Jenri Yahya Nabuasa, Anita Tiauw, Elisabeth W.F. Lamury, Fransiska Ati, Maria F. A. Dos Santos, Arnoldus N. Tiko, Musa A. Mangngi Wedjo, Ramon A. Tobe, Leo A. D. S. M. Crismonio, Rivaldi Matasina, Nasyahda A. F. Loasana, Yohanes L. Funan, Vendi L. Siki, Novince S. Leo Leba, Franklin Panda dan kerabat yang telah membantu dan memberikan dukungan untuk menyelesaikan studi kasus ini.
12. Teman-teman “Mes Que Un Clase” yang selalu memberikan saran, dukungan dan semangat buat penulis dalam menyelesaikan studi kasus ini.

Akhir kata, penulis menyadari bahwa studi kasus ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, segala kritik dan saran yang membangun sangat diharapkan agar dapat digunakan penulis dalam menyelesaikan studi kasus ini selanjutnya.

Kupang, 10 Juni 2019

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman Judul	
Lembar Persetujuan	i
Lembar Pengesahan	ii
Pernyataan Keaslian.....	iii
Biodata Penulis.....	iv
Kata Pengantar.....	v-vi
Daftar Isi	vii
Daftar Lampiran	viii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan Studi Kasus	4
1.4 Manfaat Studi Kasus	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1 Konsep Teori	6
2.2 Konsep Asuhan keperawatan	14
BAB 3 HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	20
3.1 Hasil Studi Kasus.....	20
3.2 Pembahasan.....	27
3.3 Keterbatasan Penulis	31
BAB 4 PENUTUP	32
4.1 Kesimpulan.....	32
4.2 Saran	33
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Persetujuan.....	36
Lampiran 2 Format Pengkajian	37
Lampiran 3 Lembar Konsultasi	59
Lampiran 4 Dokumentasi	61
Lampiran 5 Rencana Waktu Ujian Akhir Program	62

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Penyakit jantung merupakan salah satu masalah kesehatan utama dan penyebab nomor satu kematian di dunia. Penyakit infark miokard merupakan gangguan aliran darah ke jantung yang menyebabkan sel otot jantung mati. Aliran darah di pembuluh darah terhenti setelah terjadi sumbatan koroner akut, kecuali sejumlah kecil aliran kolateral dari pembuluh darah di sekitarnya. Daerah otot di sekitarnya sama sekali tidak mendapat aliran darah atau alirannya sangat sedikit sehingga tidak dapat mempertahankan fungsi otot jantung, dikatakan mengalami infark (Suddarth, 2014).

Data Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) tahun 2016 menyebutkan, lebih dari 17 juta orang di dunia meninggal akibat penyakit jantung dan pembuluh darah. Atau sekitar 31% dari seluruh kematian di dunia, sebagian besar atau sekira 8,7 juta kematian disebabkan oleh karena penyakit jantung koroner (Suhayatra Putra, 2016). Hasil (Kementrian Kesehatan RI, 2018) menunjukkan bahwa sebesar 1,5% atau 15 dari 1.000 penduduk Indonesia menderita penyakit jantung koroner. Sedangkan jika dilihat dari penyebab kematian tertinggi di Indonesia, menurut Survei Sample Registration System tahun 2014 menunjukkan 12,9% kematian akibat penyakit jantung koroner. Menurut (Kementrian Kesehatan RI, 2018) prevalensi penyakit jantung berdasarkan diagnosis dokter pada semua umur di provinsi NTT adalah sebesar 0,7% atau sekitar 20.599 penduduk.

Berdasarkan data yang didapatkan dari ibu Agustina Valen Somi, SST selaku kepala ruangan ICCU RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes, angka kejadian STEMI di RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes di Ruang ICCU sangat sedikit. Hal ini dilihat dari jumlah pasien yang dirawat diruang ICCU dari bulan januari sampai bulan april sebnyak 23 kasus, dengan laki-laki sebanyak 16 kasus dan perempuan sebanyak 5 kasus. Data angka kematian pasien dengan masalah STEMI di RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes di ruang ICCU sebanyak 5 kasus.

Faktor resiko biologis infark miokard yang tidak dapat diubah yaitu usia, jenis kelamin sehingga berpotensi memperlambat proses aterogenik, antara lain kadar serum lipid, hipertensi, merokok, gangguan toleransi glukosa, dan diet yang tinggi lemak jenuh, kolestrol, serta kalori (Suddarth, 2014).

Infark miokard akut dengan elevasi segmen ST (*ST Elevation Myocardial Infarc*) merupakan bagian dari spectrum sindrom koroner akut (SKA) yang terdiri atas angina pektoris tidak stabil, infark miokard akut tanpa elevasi segmen ST, dan infark miokard dengan elevasi segmen ST. Infark miokard akut dengan elevasi segmen ST (STEMI) terjadi jika aliran darah koroner menurun secara mendadak akibat oklusi trombus pada plak aterosklerosis yang sudah ada sebelumnya. Trombus arteri koroner terjadi secara cepat pada lokasi injuri vaskluer, dimana injuri ini dicetuskan oleh faktor-faktor seperti merokok, hipertensi, dan akumulasi lipid (Suddarth, 2014).

Penatalaksanaan IMA-EST (Infark Miokard Akut Elevasi ST) dimulai sejak kontak medis pertama, baik untuk diagnosis dan pengobatan. Diagnosis kerja infark miokard harus dibuat berdasarkan riwayat nyeri dada yang berlangsung selama 20 menit atau lebih, yang tidak membaik dengan pemberian nitrogliserin. Adanya riwayat penyakit jantung koroner dan penjalaran nyeri ke leher, rahang bawah, atau lengan kanan memperkuat dugaan ini. Pengawasan EKG perlu dilakukan pada setiap pasien dengan dugaan STEMI. Diagnosis STEMI perlu dibuat sesegera mungkin melalui perekaman dan interpretasi EKG 12 sadapan, selambat-lambatnya 10 menit saat pasien tiba untuk mendukung keberhasilan tata laksana ((PERKI), 2018).

Tujuan tatalaksana di IGD adalah mengurangi/menghilangkan nyeri dada, mengidentifikasi cepat pasien yang merupakan kandidat terapi reperfusi segera, triase pasien beresiko rendah ke ruangan yang tepat di rumah sakit dan menghindari penulangan cepat pasien dengan STEMI. Tatalaksana umum yang dilakukan adalah memberikan oksigen : suplemen oksigen harus diberikan pada pasien dengan saturasi oksigen <90%. Pada semua pasien

STEMI tanpa komplikasi dapat diberikan oksigen selama 6 jam pertama; memberikan nitrogliserin : nitrogliserin sublingual dapat diberikan dengan aman dengan dosis 0,4 mg dan dapat diberikan sampai dengan 3 dosis dengan interval 5 menit (Farissa, 2012)

Tatalaksana pasien di ruangan ICCU adalah : pembatasan aktivitas pasien selama 12 jam pertama; pasien harus puasa atau hanya minum air dengan mulut dalam 4-12 jam karena resiko muntah dan aspirasi segera setelah infark miokard; pasien memerlukan sedasi selama perawatan untuk mempertahankan periode inaktivitas dengan penenang; istirahat ditempat tidur dan efek menggunakan narkotik untuk menghilangkan rasa nyeri sering mengakibatkan konstipasi, sehingga dianjurkan penggunaan kursi komo di samping tempat tidur, diet tinggi serat, dan penggunaan obat pencahar secara rutin seperti laxadine syrup (1-2 sendok teh) (Farissa, 2012).

Peran perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan (*care giver*) berperan dalam melaksanakan intervensi keperawatan yakni perawatan manajemen nyeri (Perry, 2009). Peran perawat juga sebagai *care giver* untuk membantu pasien dalam melalui proses penyembuhan dan kesehatannya kembali atau sembuh dari penyakit tertentu pada kebutuhan kesehatan klien secara holistik meliputi emosi, spiritual, dan sosial (Perry, 2009).

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana asuhan keperawatan pada klien dengan miokard infark dengan elevasi pada segmen ST (STEMI) di Ruang ICCU RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang?

1.3 Tujuan Studi Kasus

1.3.1 Tujuan Umum

Mampu menerapkan asuhan keperawatan gawat darurat pada Tn. M. N. M dengan STEMI (*ST Elevation Myocardial Infarct*) di ruangan ICCU RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian pada pasien TN. M.N.M dengan diagnosa medis STEMI
2. Menetapkan perumusan diagnosa pada pasien TN. M.N.M dengan diagnosa medis STEMI
3. Menyusun rencana tindakan keperawatan pada pasien TN. M.N.M dengan diagnosa medis STEMI
4. Melakukan tindakan keperawatan pada pasien TN. M.N.M dengan diagnosa medis STEMI
5. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien TN. M.N.M dengan diagnosa medis STEMI

1.4 Manfaat Studi Kasus

1.4.1 Manfaat Teoritis

Dapat dijadikan referensi untuk pengembangan ilmu keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan ST Elevasi Miokard Infark (STEMI) di ruangan ICCU RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.

1.4.2 Manfaat Praktis

1) Bagi Perawat

Agar dapat meningkatkan mutu pelayanan pada pasien dengan kasus infark miokard akut dengan elevasi pada segmen ST (STEMI) dan bisa memperhatikan kondisi serta kebutuhan pasien infark miokard akut dengan elevasi pada segmen ST (STEMI).

2) Bagi pasien dan keluarga

Agar dapat meningkatkan pengetahuan tentang ST Elevasi Miokard Infark (STEMI) sehingga dapat memberikan penanganan awal di rumah dan mengatur pola hidup.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Teori

2.1.1 Pengertian

Istilah infark miokardium menunjukkan terbentuknya suatu daerah nekrosis miokardium akibat iskemia lokal. Infark miokard akut yang dikenal sebagai serangan jantung merupakan penyebab tunggal tersering kematian di negara industri (Robbins, 2007). Infark miokard merupakan daerah nekrosis otot jantung sebagai akibat berkurangnya pasokan darah koroner yang tiba-tiba, baik absolut maupun relatif. Penyebab paling sering ialah trombus yang diperberat atau perdarahan dalam, plak ateromatosa dalam arteri koronaria epikardial (Underwood, 1999)

Sindrom koroner akut (*acute coronary syndrome, ACS*) meliputi kondisi seperti infark miokardium akut (*acute myocardial infarction, AMI*), perubahan gelombang ST diagnostic pada EKG, dan angina tidak stabil. Miokardium infark yang juga dikenal sebagai serangan jantung, thrombosis koroner, atau sumbatan koroner, merupakan sumbatan yang tiba-tiba pada salah satu arteri koroner. Jika sumbatan terjadi pada area yang kecil, nekrosis jaringan parut dan selanjutnya pembentukan jaringan parut akan terjadi (Rampengan, 2015)

STEMI adalah kejadian oklusi mendadak di arteri koroner epikardial dengan gambaran EKG elevasi segmen ST (A, S, Irmalita, D, I, & B, 2016).

2.1.2 Etiologi

Penyakit jantung koroner pada mulanya disebabkan oleh penumpukan lemak pada dinding dalam pembuluh darah jantung (pembuluh koroner), dan ini lama kelamaan diikuti oleh berbagai proses seperti penimbunan jaringan ikat, perkapuran, pembekuan darah yang semuanya akan mempersempit atau menyumbat pembuluh darah tersebut.

Hal tersebut mengakibatkan otot jantung didaerah tersebut mengalami kekurangan aliran darah dan dapat menimbulkan berbagai akibat

yang cukup serius, dari angina pektoris sampai infark jantung, yang dapat mengakibatkan kematian mendadak.

2.1.3 Faktor Resiko

Faktor resiko penyakit arteri koroner antara lain (Suddarth, 2014) :

1) Perokok

Merokok merupakan faktor risiko pasti pada pria, dan konsumsi rokok mungkin merupakan penyebab peningkatan insiden dan keparahan atherosclerosis pada wanita (Kumar, Buku ajar Patologi, 2015). Efek rokok adalah menyebabkan beban miokard bertambah karena rangsangan oleh katekolamin dan menurunnya konsumsi O₂ akibat inhalasi CO atau dengan perkataan lain dapat menyebabkan takikardi, vasokonstriksi pembuluh darah, merubah permeabilitas dinding pembuluh darah dan merubah 5-10 % Hb menjadi carboksi -Hb. Disamping itu dapat menurunkan HDL kolesterol tetapi mekanismenya belum jelas. Makin banyak jumlah rokok yang dihisap, kadar HDL kolesterol makin menurun. Perempuan yang merokok penurunan kadar HDL kolesterolnya lebih besar dibandingkan laki-laki perokok. Merokok juga dapat meningkatkan tipe IV abnormal pada diabetes disertai obesitas dan hipertensi, sehingga orang yang merokok cenderung lebih mudah terjadi proses aterosklerosis dari pada yang bukan perokok.

2) Memiliki riwayat kolestrol tinggi

Hiperlipidemia merupakan peningkatan kolesterol dan/atau trigliserida serum di atas batas normal. Peningkatan kadar kolesterol di atas 180 mg/dl akan meningkatkan resiko penyakit arteri koronaria, dan peningkatan resiko ini akan lebih cepat terjadi bila kadarnya melebihi 240 mg/dl. Peningkatan kolesterol LDL dihubungkan dengan meningkatnya resiko penyakit arteri koronaria, sedangkan kadar kolesterol HDL yang tinggi berperan sebagai faktor pelindung terhadap penyakit ini.

3) Memiliki riwayat tekanan darah tinggi

Hipertensi merupakan faktor risiko mayor dari IMA, baik tekanan darah *systole* maupun *diastole* memiliki peran penting. Hipertensi dapat meningkatkan risiko *ischemic heart disease* (IHD) sekitar 60% dibandingkan dengan individu normotensive. Tanpa perawatan, sekitar 50% pasien hipertensi dapat meninggal karena gagal jantung kongestif, dan sepertiga lainnya dapat meninggal karena stroke (Kumar, Buku Ajar Patologi, 2015). Mekanisme hipertensi berakibat IHD:

- 1) Peningkatan tekanan darah merupakan beban yang berat untuk jantung, sehingga menyebabkan hipertropi ventrikel kiri atau pembesaran ventrikel kiri (faktor miokard). Keadaan ini tergantung dari berat dan lamanya hipertensi.
- 2) Tekanan darah yang tinggi dan menetap akan menimbulkan trauma langsung terhadap dinding pembuluh darah arteri koronaria, sehingga memudahkan terjadinya arterosklerosis koroner (faktor koroner) Hal ini menyebabkan angina pektoris, Insufisiensi koroner dan miokard infark lebih sering didapatkan pada penderita hipertensi dibanding orang normal.
- 4) Memiliki riwayat penyakit diabetes mellitus
- 5) Memiliki berat badan berlebihan (*overweight*) ataupun obesitas.
- 6) Memiliki riwayat keluarga mengalami penyakit jantung koroner atau stroke.

2.1.4 Patofisiologi

Infark miokardium mengacu pada proses rusaknya jaringan jantung akibat suplai darah yang tidak adekuat sehingga aliran darah koroner berkurang. Penyebab penurunan suplai darah mungkin akibat penyempitan kritis arteri koroner karena aterosklerosis atau penyumbatan total arteri oleh emboli atau thrombus. Penurunan aliran darah koroner juga bisa diakibatkan oleh syok atau perdarahan. Pada setiap kasus infark miokardium selalu terjadi ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (Suddarth, 2014).

Penyumbatan koroner, serangan jantung dan infark miokardium mempunyai arti yang sama namun istilah yang paling disukai adalah infark miokardium. Aterosklerosis dimulai ketika kolestrol berlemak tertimbun di intima arteri besar. Timbunan ini, dinamakan ateroma atau plak yang akan mengganggu absorbs nutrient oleh sel-sel endotel yang menyusun lapisan dinding dalam pembuluh darah dan menyumbat aliran darah karena timbunan lemak menonjol ke lumen pembuluh darah. Endotel pembuluh darah yang terkena akan mengalami nekrotik dan menjadi jaringan parut, selanjutnya lumen menjadi semakin sempit dan aliran darah terhambat. Pada lumen yang menyempit dan berdinding kasar, akan cenderung terjadi pembentukan bekuan darah, hal ini menyebabkan terjadinya koagulasi intravaskuler, diikuti oleh penyakit tromboemboli, yang merupakan komplikasi tersering aterosklerosis (Suddarth, 2014).

Faktor resiko yang dapat memperburuk keadaan ini adalah kebiasaan merokok, memiliki riwayat tekanan darah tinggi dan kolestrol tinggi, memiliki riwayat keluarga mengalami penyakit jantung koroner atau stroke, kurang aktivitas fisik, memiliki riwayat penyakit diabetes mellitus, memiliki berat badan berlebihan (*overweight*) ataupun obesitas (Iskandar, 2017)

Aterosklerosis koroner menimbulkan gejala dan komplikasi sebagai akibat penyempitan lumen arteri dan penyumbatan aliran darah ke jantung. Sumbatan aliran darah berlangsung progresif, dan suplai darah yang tidak adekuat (*iskemia*) yang akan membuat sel-sel otot kekurangan komponen darah yang dibutuhkan untuk hidup. (Suddarth, 2014)

Kerusakan sel akibat iskemia terjadi dalam berbagai tingkat. Manifestasi utama iskemia miokardium adalah nyeri dada. Angina pectoris adalah nyeri dada yang hilang timbul, tidak disertai kerusakan ireversibel sel-sel jantung. Iskemia yang lebih berat, disertai kerusakan sel di namakan infark miokardium. Jantung yang mengalami kerusakan ireversibel akan mengalami degenerasi dan kemudian diganti dengan jaringan parut. Bila kerusakan jantung sangat luas, jantung akan mengalami kegagalan, artinya ia tidak mampu lagi memenuhi kebutuhan tubuh akan darah dengan memberikan curah jantung yang adekuat. Manifestasi klinis lain penyakit

arteri koroner dapat berupa perubahan pola EKG, aneurisma ventrikel, disaritmia dan akhirnya akan mengalami kematian mendadak (Suddarth, 2014).

2.1.5 Manifestasi Klinis

Onset miokard infark biasanya disertai nyeri dada substernum yang parah dan terasa menekan, yang mungkin menyebar ke leher, rahang, epigastrium, bahu, atau lengan kiri. Pada sekitar 50% pasien, infark miokard didahului oleh serangan-serangan angina pektoris. Namun berbeda dengan nyeri pada angina pektoris, nyeri pada miokard infark biasanya berlangsung beberapa jam sampai hari dan tidak banyak berkurang dengan nitroglicerine. Nadi biasanya cepat dan lemah, dan pasien sering mengalami diaphoresis. Sering timbul sesak dan hal ini disebabkan oleh gangguan kontraktilitas miokardium yang iskemik, yang menyebabkan kongesti dan edema paru. Pada miokard infark massif yang lebih dari 40% ventrikel kiri, timbul syok kardiogenik. Pada sebagian kecil pasien (20%-30%), miokard infark tidak menimbulkan nyeri dada. Miokard infark “*silent*” ini terutama terjadi pada pasien dengan diabetes mellitus dan hipertensi serta pada pasien berusia lanjut (Robbins, 2007).

Kelainan elektrokardiografik (EKG) merupakan manifestasi penting dari infark miokard. Kelainan ini mencakup perubahan, seperti gelombang Q, kelainan segmen ST, dan inverse gelombang T. Aritmia akibat kelainan listrik di miokardium yang iskemik dan akibat gangguan hantaran sering terjadi (Robbins, 2007).

Evaluasi laboratorium merupakan bagian integral dalam penatalaksanaan klinis pasien yang dicurigai mengidap miokard infark. Sejumlah enzim dan protein lain dibebaskan ke dalam sirkulasi oleh sel miokardium yang sekarat (Robbins, 2007).

2.1.6 Pemeriksaan Penunjang

Untuk menegakkan diagnosis STEMI yang perlu dilakukan anamnesis (tanya jawab) seputar keluhan yang dialami pasien secara detail

mulai dari gejala yang dialami, riwayat perjalanan penyakit, riwayat penyakit personal dan keluarga, riwayat pengobatan, riwayat penyakit dahulu, dan kebiasaan pasien. Selain itu perlu juga dilakukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang (Majid, 2016)

1) Pemeriksaan penunjang yang penting dilakukan adalah pemeriksaan elektrokardiogram (EKG). Dengan pemeriksaan ini maka dapat ditegakkann diagnosis STEMI. Gambaran STEMI yang terlihat pada EKG antara lain:

- Lead II, III, aVF : Infark inferior
- Lead V1-V3 : Infark anteroseptal
- Lead V2-V4 : Infark anterior
- Lead I, aV L, V5-V6 : Infark anterolateral
- Lead I, aVL : Infark high lateral
- Lead I, aVL, V1-V6 : Infark anterolateral luas
- Lead II, III, aVF, V5-V6 : Infark inferolateral
- Adanya Q valve patologis pada sadapan tertentu.

2) Echocardiogram

Digunakan untuk mengevaluasi lebih jauh mengenai fungsi jantung khususnya fungsi ventrikel dengan menggunakan gelombang ultrasound.

3) Foto thorax

Foto thorax tampak normal, apabila terjadi gagal jantung akan terlihat pada bendungan paru berupa pelebaran corakan vaskuler paru dan hipertropi ventrikel

4) Percutaneous Coronary Angiografi (PCA)

Pemasangan kateter jantung dengan menggunakan zat kontras dan memonitor x- ray untuk mengetahui sumbatan pada arteri koroner

5) Tes Treadmill

Uji latih jantung untuk mengetahui respon jantung terhadap aktivitas.

6) Laboratorium :

Pemeriksaan yang dianjurkan adalah:

1. Creatinin Kinase (CK)MB. Meningkatkan setelah 3 jam bila ada infark miokard dan mencapai puncak dalam 10-24 jam dan kembali normal dalam 2-4 hari.
2. cTn (cardiac specific troponin). Ada 2 jenis yaitu cTn T dan cTn I. Enzim ini meningkat setelah 2 jam bila ada infark miokard dan mencapai puncak dalam 10-24 jam dan cTn T masih dapat dideteksi setelah 5-14 hari, sedangkan cTn I setelah 5-10 hari.
3. Pemeriksaan enzim jantung yang lain yaitu:
 1. Mioglobin. Dapat dideteksi satu jam setelah infark dan mencapai puncak dalam 4-8 jam.
 2. Creatinin kinase (CK). Meningkatkan setelah 3-8 jam bila ada infark miokard dan mencapai puncak dalam 10-36 jam dan kembali normal dalam 3-4 hari.
 3. Lactic dehydrogenase (LDH). Meningkatkan setelah 24-48 jam bila ada infark miokard, mencapai puncak 3-6 hari dan kembali normal dalam 8-14 hari.

2.1.7 Penatalaksanaan Medis

1. Istirahat total, Tirah baring, posisi semi Fowler.
2. Monitor EKG
3. Diet rendah kalori dan mudah dicerna, makanan lunak/saring serta rendah garam (bila gagal jantung).
4. Pasang infus dekstrosa 5% untuk persiapan pemberian obat intravena.
5. Atasi nyeri :
 - Morfin 2,5-5 mg iv atau petidin 25-50 mg im, bisa diulang-ulang.
 - Lain-lain : nitrat, antagonis kalsium, dan beta bloker.
 - Oksigen 2-4 liter/menit.
 - Sedatif sedang seperti diazepam 3-4 x 2-5 mg per oral
6. Antikoagulan: Heparin 20.000-40.000 U/24 wad iv tiap 4-6 wad atau drip iv
7. Bowel care : laksadin
8. Pengobatan ditujukan sedapat mungkin memperbaiki kembali aliran pembuluh darah koroner. Bila ada tenaga terlatih, trombolisis dapat

diberikan sebelum dibawa ke rumah sakit. Dengan trombolisis, kematian dapat diturunkan sebesar 40%.

9. Psikoterapi untuk mengurangi cemas

2.1.8 Komplikasi

1) Aritmia

Beberapa bentuk aritmia mungkin timbul pada IMA. Hal ini disebabkan perubahan-perubahan listrik jantung sebagai akibat iskemia pada tempat infark atau pada daerah perbatasan yang mengelilingi, kerusakan sistem konduksi, lemah jantung kongestif atau keseimbangan elektrolit yang terganggu. (Suddarth, 2014)

2) AV Blok

Blok jantung bukan penyakit pada jantung, tetapi dihubungkan dengan berbagai jenis penyakit jantung, khususnya penyakit arteri koroner dan penyakit jantung reumatik. Pada blok jantung atrioventrikuler (AV), kontraksi jantung lemah dan tidak memiliki dorongan yang cukup untuk mengirim darah dari atrium ke ventrikel. Denyut nadi dapat rendah, mencapai 30 kali per menit. (Suddarth, 2014)

3) Gagal jantung

Pada IMA, heart failure maupun gagal jantung kongestif dapat timbul sebagai akibat kerusakan ventrikel kiri, ventrikel kanan atau keduanya dengan atau tanpa aritmia. Penurunan cardiac output pada pump failure akibat IMA tersebut menyebabkan perfusi perifer berkurang. Peningkatan resistensi perifer sebagai kompensasi menyebabkan beban kerja jantung bertambah. Bentuk yang paling ekstrim pada gagal jantung ini ialah syok kardiogenik. (Suddarth, 2014)

4) Emboli/tromboemboli

Emboli paru pada IMA: adanya gagal jantung dengan kongesti vena, disertai tirah baring yang berkepanjangan merupakan faktor predisposisi trombosis pada vena-vena tungkai bawah yang mungkin lepas dan terjadi emboli paru dan mengakibatkan kemunduran hemodinamik. Embolisasi

sistemik akibat trombus pada ventrikel kiri tepatnya pada permukaan daerah infark atau trombus dalam aneurisma ventrikel kiri. (Suddarth, 2014)

5) Ruptura

Komplikasi ruptura miokard mungkin terjadi pada IMA dan menyebabkan kemunduran hemodinamik. Ruptura biasanya pada batas antara zona infark dan normal. Ruptura yang komplisit (pada free wall) menyebabkan perdarahan cepat ke dalam cavum pericard sehingga terjadi tamponade jantung dengan gejala klinis yang cepat timbulnya. (Suddarth, 2014)

2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian keperawatan pasien dengan penyakit jantung meliputi mendapatkan riwayat kesehatan, melakukan pemeriksaan fisik, dan memantau hasil tes fungsi jantung (Suddarth, 2014).

1) Riwayat Kesehatan

Pasien yang mengalami infark miokard (biasanya disebut serangan jantung) memerlukan intervensi medis dan perawatan segera dan mungkin tindakan penyelamatan nyawa misalnya: pengurangan nyeri dada atau pencegahan disritmia. Untuk pasien seperti ini, beberapa pertanyaan terpilih mengenai nyeri dada dan gejala yang berhubungan (seperti napas pendek atau palpitasi), alergi obat, dan riwayat merokok ditanyakan bersamaan dengan pengkajian kecepatan, irama jantung, tekanan darah, dan pemasangan pipa infus. Pertanyaan yang sesuai mencakup :

Pernapasan :

- 1) Pernahkah anda mengalami sesak napas?
- 2) Kapan anda mengalami sesak napas?
- 3) Bagaimana anda membuat napas anda menjadi lebih baik?
- 4) Apa yang membuatnya menjadi lebih buruk?
- 5) Berapa lama sesak napas tersebut mengganggu anda?

- 6) Aktivitas penting apa yang anda hentikan akibat gangguan napas anda?
- 7) Apakah anda menggunakan obat untuk memperbaiki pernapasan anda?
- 8) Apakah obat yang anda minum mempengaruhi pernapasan anda?
- 9) Kapan biasanya anda minum obat?

Sirkulasi :

- 1) Gambarkan nyeri yang anda rasakan di dada?
- 2) Apakah nyeri menyebar ke lengan, leher, dagu atau punggung?
- 3) Adakah sesuatu yang tampaknya menyebabkan nyeri?
- 4) Berapa lama biasanya rasa nyeri berlangsung?
- 5) Apa yang dapat meringankan rasa nyeri?
- 6) Apakah anda mengalami penambahan atau pengurangan berat badan akhir-akhir ini?
- 7) Apakah anda mengalami pembengkakan pada tangan, kaki atau tungkai (atau pantat bila lama tidur)?
- 8) Apakah anda pernah mengalami pusing atau rasa melayang? Pada situasi apa hal itu terjadi?
- 9) Apakah anda mengalami perubahan pada tingkat energi anda? tingkat kelelahan?
- 10) Apakah anda merasakan jantung anda berpacu, meloncat atau berdenyut cepat?
- 11) Apakah anda mengalami masalah dengan tekanan darah anda?
- 12) Apakah anda mengalami sakit kepala? Apa yang kemungkinan menyebabkannya?
- 13) Apakah anda mengalami tangan atau kaki terasa sangat dingin? kapan biasanya terjadi?

2) Pengkajian fisik

Penting untuk mendeteksi komplikasi dan harus mencakup hal-hal berikut:

1. Tingkat kesadaran.
2. Nyeri dada (temuan klinik yang paling penting).
3. Frekwensi dan irama jantung : Disritmia dapat menunjukkan tidak mencukupinya oksigen ke dalam miokard.
4. Bunyi jantung : S3 dapat menjadi tanda dini ancaman gagal jantung.
5. Tekanan darah : Diukur untuk menentukan respons nyeri dan pengobatan, perhatian tekanan nadi, yang mungkin akan menyempit setelah serangan miokard infark, menandakan ketidakefektifan kontraksi ventrikel.
6. Nadi perifer : Kaji frekuensi, irama dan volume.
7. Warna dan suhu kulit.
8. Paru-paru : Auskultasi bidang paru pada interval yang teratur terhadap tanda-tanda gagal ventrikel (bunyi crackles pada dasar paru).
9. Fungsi gastrointestinal : Kaji motilitas usus, trombosis arteri mesenterika merupakan potensial komplikasi yang fatal.
10. Status volume cairan : Amati haluaran urine, periksa adanya edema, adanya tanda dini syok kardiogenik merupakan hipotensi dengan oliguria.

2.2.2 Diagnosa

Berdasarkan patofisiologi dan data pengkajian diatas, diagnosis keperawatan utama menurut (Suddarth, 2014) mencakup hal-hal sebagai berikut dengan perumusan diagnosa berdasarkan (Herdman & Kamitsuru, 2017) :

1. Nyeri akut berhubungan dengan iskemia jaringan sekunder terhadap sumbatan arteri ditandai dengan nyeri dada dengan/tanpa penyebaran, wajah meringis, gelisah, perubahan nadi dan tekanan darah. (Kode 00132)
2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai oksigen miokard dan kebutuhan, adanya iskemik/nekrosis jaringan miokard ditandai dengan gangguan frekuensi jantung, terjadi disaritmia, kelemahan umum (Kode 00092)

3. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan preload, perubahan afterload, perubahan volume sekuncup, perubahan frekuensi jantung yang ditandai dengan perubahan pada elektrokardiografik, takikardi, palpitasi jantung, distensi vena jugular, edema, keletihan, dispnea, kulit lembab (kode 00029)
4. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan hipertensi, diabetes melitus ditandai dengan edema, nyeri ekstremitas, penurunan nadi perifer, CRT < 3 detik, warna kulit pucat, perubahan ekstremitas kulit (kode 00204)

2.2.3 Intervensi

Berdasarkan diagnosa yang telah ditetapkan, maka intervensi yang akan dilakukan : (Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson, 2016)

1. Nyeri akut berhubungan dengan iskemia jaringan sekunder terhadap sumbatan arteri

NOC : Tingkat Nyeri Kode : 2102

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan, nyeri pasien berkurang

Kriteria Hasil :

- Pasien melaporkan nyeri dada berkurang (210201)
- Ekspresi wajah rileks/tenang (210206)
- Tidak gelisah (210222)
- Nadi 60-100 x/menit (210220)
- TD 120/80 mmHg (210212)

Intervensi : Manajemen Nyeri Kode : 1400

- 1) Kaji nyeri secara komprehensif, catat karakteristik nyeri, lokasi, intensitas lama dan penyebarannya.
- 2) Observasi adanya petunjuk nonverbal dari ketidaknyamanan
- 3) Anjurkan pasien untuk melaporkan nyeri segera.
- 4) Lakukan manajemen nyeri keperawatan yang meliputi, atur posisi, istirahat pasien

- 5) Berikan oksigen tambahan dengan nasal kanul atau masker sesuai dengan indikasi
 - 6) Ajarkan teknik relaksasi napas dalam
 - 7) Lakukan manajemen sesuai kebutuhan
 - 8) Kolaborasi pemberian terapi farmakologis anti angina dan analgetik
 - 9) Anjurkan pasien untuk melakukan tindakan pengurangan nyeri apabila merasakan nyeri
2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai oksigen miokard dan kebutuhan, adanya iskemik/nekrosis jaringan miokard

NOC : Toleransi terhadap aktivitas, Kode 0005

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan, pasien mampu melakukan aktivitas secara mandiri.

Kriteria Hasil :

- Bernapas spontan saat beraktivitas (000508)
- Temuan/hasil EKG normal (000506)
- Kemudahan dalam melakukan ADL (000518)
- Frekuensi napas setelah beraktivitas 12-20 x/menit (000502)

Intervensi : Perawatan Jantung, Kode 4040

- 1) Pastikan tingkat aktivitas pasien yang tidak membahayakan curah jantung atau memprovokasi serangan jantung
- 2) Dorong peningkatan aktivitas bertahap ketika kondisi sudah distabilkan (misalnya, dorong aktivitas yang lebih ringan atau waktu yang lebih singkat dengan waktu istirahat yang sering dalam melakukan aktivitas)
- 3) Instruksikan pasien tentang pentingnya untuk segera melaporkan bila merasakan nyeri dada; evaluasi episode nyeri dada (intensitas, lokasi, radiasi, durasi dan faktor yang memicu serta meringankan nyeri dada)
- 4) Monitor EKG, adakah perubahan segmen ST, sebagaimana mestinya

- 5) Lakukan penilaian komprehensif pada sirkulasi perifer (misalnya, cek nadi perifer, edema, pengisian ulang kapiler, warna ekstremitas dan suhu ekstremitas) secara rutin sesuai kebijakan agen
- 6) Monitor tanda-tanda vital secara rutin
- 7) Monitor nilai laboratorium yang tepat (enzim jantung dan nilai elektrolit)
- 8) Kolaborasi pemberian obat antiaritmia

BAB 3

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 Hasil Studi Kasus

3.1.1 Pengkajian Studi Kasus

Studi kasus dilakukan di RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang. Pada tanggal 27-30 Mei 2019 di ruangan ICCU. Pasien yang dirawat berinisial Tn. M.N.M berusia 67 tahun, jenis kelamin laki-laki, agama Kristen protestan, pekerjaan pensiunan PNS, pendidikan terakhir sarjana, alamat Bakunase, No register 513460, masuk rumah sakit pada tanggal 25 Mei 2019 dengan diagnosa ST Elevasi Miokard Infark (STEMI) Inferior, sumber informasi dari pasien, keluarga dan catatan perawatan.

Hasil pengkajian pada tanggal 26 Mei 2019 jam 19:00 didapatkan hasil, keluhan utama saat masuk Tn. M.N.M mengatakan nyeri dada menjalar ke leher, nyeri timbul saat melakukan aktivitas seperti miring kiri kanan, skala nyeri 3, nyeri berlangsung selama \pm 2-5 menit. Tn. M.N.M mengatakan tubuh terasa lemas.

Sebelum sakit Tn.M.N.M mengatakan memiliki riwayat hipertensi tidak terkontrol (diit, minum obat, kontrol) sejak 10 tahun terakhir dan memiliki kebiasaan merokok sejak masih muda dengan menghabiskan 10 batang rokok/hari. Riwayat kesehatan keluarga Tn. M.N.M mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mengalami penyakit yang sama.

Pengkajian Primer :

Airways (jalan napas) : tidak ada sumbatan jalan napas atau jalan napas Tn. M bebas, *Breathing* (pernapasan) : Tn M tidak sesak napas, tidak menggunakan otot tambahan, frekuensi pernapasan 20 x/menit, irama teratur, bunyi napas vesikuler, *Circulation* : Nadi 78x/menit, irama teratur, denyut nadi kuat, TD 120/70 mmHg, ekstremitas hangat, warna kulit kemerahan, pasien mengatakan nyeri dada, karakteristik nyeri menyebar ke leher, CRT < 3 detik, tidak oedema, turgor kulit baik, mukosa mulut kering, *Disability* : tingkat kesadaran composmentis, GCS E4M6V5 (total: 15), pupil isokor, reflek terhadap cahaya positif.

Pengkajian Sekunder :

Musculoskeletal : kekuatan otot 5, ADL (*Activity of Daily Living*) dibantu oleh perawat dan keluarga, Kebutuhan nutrisi : Pasien mengatakan makan 3x sehari dengan menghabiskan 1 porsi penuh dengan diit lemak jantung, Kebutuhan cairan: oral air putih \pm 1500 cc/24 jam, parenteral terpasang infuse NaCl 0,9% 500 cc/24 jam. Pola eliminasi buang air kecil : Pasien terpasang kateter, jumlah urine output 700cc/7 jam, warna kuning jernih, tidak ada rasa sakit saat BAK. BAB : pasien mengeluh belum BAB sejak 25 mei 2019, tidak ada diare, bising usus 10x/menit, perkusi abdomen pekak, palpasi teraba masa pada kuadran kanan bawah, intoksikasi: tidak ada riwayat alergi terhadap makanan, gigitan binatang, alkohol, zat kimia dan obat-obatan. Pola istirahat dan tidur : Pasien mengatakan tidak terganggu.

Hasil pemeriksaan di dapatkan hasil pemeriksaan EKG 12 lead : II,III, aVF gelombang ST elevasi (infark inferior). Didapatkan juga hasil pemeriksaan laboratorium leukosit meningkat dengan hasil $13.71 \cdot 10^3/\text{ul}$ (normal $4.0 - 10.0 \cdot 10^3/\text{ul}$), troponin I meningkat dengan hasil 17.34 ug/L ($< 0.60 \text{ ug/L}$). Selama dalam proses perawatan Tn. M.N.M mendapatkan terapi infus NaCl 0,9% 7 tpm/IV, ranitidine 2x1 ampul/IV, aspilet 80mg-0-0/oral, clopidogrel 0-0-75 mg/oral, simvastatin 0-0-20 mg/ oral, captopril 3x12,5 mg/oral, alprazolam 0,5 mg -0-0-1 / oral, laxadin sirup 3 x C II, arixtra 2,5 mg/SC.

3.1.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan ditegakkan berdasarkan data-data yang dikaji dimulai dengan menetapkan masalah, penyebab, dan data pendukung. Masalah keperawatan yang ditemukan adalah:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (iskemik miokard), data yang didapatkan yaitu :
DS : Tn. M mengeluh nyeri di dada kiri menjalar ke leher, nyeri skala 3, nyeri terasa saat merubah posisi, dengan lama nyeri \pm 2-5 menit

- DO : wajah Tn. M tampak meringis jika merubah posisi, tampak memegang dada jika merubah posisi
2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, data yang didapatkan yaitu:
- DS : Tn. M mengatakan merasa lemas
- DO: Aktivitas hidup harian (toileting, *personal hygiene*, makan dan minum) Tn. M di bantu oleh perawat dan keluarga, hasil perekaman EKG didapatkan elevasi pada lead II, III, aVf (STEMI Inferior) dan serologi: Troponin I 17.34 ug/L
3. Konstipasi berhubungan dengan fungsional data yang didapatkan yaitu :
- DS : Tn. M mengatakan belum BAB sejak tanggal 25 mei 2019 sampai 26 mei 2019.
- DO : Pasien kembung, teraba massa di kuadran kanan bawah, perkusi abdomen pekak dan saat dipalpasi teraba massa pada kuadran kanan bawah.

3.1.3 Intervensi Studi Kasus

Dalam tahap perencanaan ada tujuan dan kriteria hasil, dan rencana keperawatan yang akan dibuat adalah :

Pada diagnosa pertama adalah nyeri akut (Kode 000132) berhubungan dengan agen cedera biologi (iskemik miokard), NOC : Tingkat nyeri (Kode : 2102) setelah dilakukan tindakan keperawatan, pasien bebas dari nyeri dengan kriteria hasil : pasien melaporkan nyeri berkurang (210201), ekspresi wajah rileks (210206), nadi 60-100 x/menit (210220), tekanan darah 120/80 mmHg (210212), tidak gelisah (210222); dengan rencana keperawatan : Manajemen nyeri (1400) dengan aktivitas-aktivitas kaji nyeri secara komprehensif, catat karakteristik nyeri, lokasi, intensitas lama dan penyebarannya; observasi adanya petunjuk nonverbal dari ketidaknyamanan; anjurkan pasien untuk melaporkan nyeri segera; lakukan manajemen nyeri keperawatan yang meliputi, atur posisi, istirahat pasien; berikan oksigen tambahan dengan nasal kanul atau masker sesuai dengan indikasi; ajarkan teknik relaksasi napas dalam; lakukan manajemen sesuai

kebutuhan; kolaborasi pemberian terapi farmakologis anti angina dan analgetik; anjurkan pasien untuk melakukan tindakan pengurangan nyeri apabila merasakan nyeri.

Pada diagnosa kedua adalah intoleransi aktivitas (kode 00092) berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen, NOC : toleransi terhadap aktivitas (kode 0005) setelah dilakukan tindakan keperawatan, pasien mampu melakukan aktivitas secara mandiri dengan kriteria hasil : bernapas spontan saat beraktivitas (000508); temuan hasil EKG normal (000506); kemudahan dalam melakukan aktivitas hidup harian (000518); frekuensi RR setelah beraktivitas normal (000502); dengan rencana keperawatan : Perawatan jantung (4040) aktivitas-aktivitas : pastikan tingkat aktivitas pasien yang tidak membahayakan curah jantung atau memprovokasi serangan jantung; dorong peningkatan aktivitas bertahap ketika kondisi sudah distabilkan (misalnya., dorong aktivitas yang lebih ringan atau waktu yang lebih singkat dengan waktu istirahat yang sering dalam melakukan aktivitas); instruksikan pasien tentang pentingnya untuk segera melaporkan bila merasakan nyeri dada; evaluasi episode nyeri dada (intensitas, lokasi, radiasi, durasi dan faktor yang memicu serta meringan nyeri dada); monitor EKG, adakah perubahan segmen ST sebagaimana mestinya; lakukan penilaian komprehensif pada sirkulasi perifer (misalnya., cek nadi perifer, edema, pengisian ulang kapiler, warna ekstremitas dan suhu ekstremitas) secara rutin sesuai kebijakan; monitor tanda-tanda vital secara rutin; monitor nilai laboratorium yang tepat (enzim jantung dan nilai elektrolit); kolaborasi pemberian obat antiaritmia.

Pada diagnosa ketiga adalah konstipasi berhubungan dengan gangguan fungsional (perubahan lingkungan saat ini), NOC : Eliminasi usus (kode 0501) setelah dilakukan tindakan keperawatan, pasien mampu mengeluarkan feses dengan kriteria hasil : kemudahan dalam BAB (050112); tidak teraba masa (0501), tidak kembung (0501), perkusi abdomen tidak pekak (0501) dengan rencana keperawatan yang akan dilakukan adalah Manajemen konstipasi (0450) dengan aktivitas-aktivitas monitor tanda dan gejala konstipasi; dukung peningkatan asupan cairan dan

buah-buahan jika tidak ada kontraindikasi; kolaborasi dengan ahli gizi untuk pemberian diet tinggi serat; kolaborasi pemberian laksatif.

3.1.4 Implementasi Studi Kasus

Implementasi dilakukan sesuai dengan intervensi yang telah dibuat. Tindakan keperawatan dimulai pada tanggal 27 Mei 2019 jam 09.00 WITA pada diagnosa pertama nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (iskemik) dilakukan tindakan keperawatan yaitu : melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, mengobservasi tanda-tanda nonverbal nyeri seperti wajah tampak meringis dan memegang area yang nyeri, mengajarkan teknik relaksasi napas dalam pada pasien, menganjurkan pasien untuk melaporkan segera jika merasakan nyeri, dan membatasi pengunjung dan komunikasi. Pada tanggal 28 Mei 2019 pada jam 11.00 WITA dilakukan tindakan keperawatan yaitu : melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, menganjurkan pasien untuk melakukan teknik relaksasi jika merasakan nyeri, menganjurkan pasien untuk melaporkan segera jika merasa nyeri, dan membatasi pengunjung. Pada tanggal 29 Mei 2019 pada jam 09.00 WITA dilakukan tindakan keperawatan yaitu : melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, menganjurkan pasien untuk melakukan teknik relaksasi bila merasakan nyeri, menganjurkan pasien untuk melaporkan segera jika merasakan nyeri dan membatasi pengunjung serta membatasi komunikasi pasien.

Pada diagnosa kedua intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen pada tanggal 27 Mei 2019 pada 09.00 WITA dengan tindakan keperawatan yang dilakukan yaitu : mengukur vital sign, melakukan penilaian sirkulasi perifer, menganjurkan pasien untuk melakukan aktivitas secara bertahap sesuai dengan kondisi, menganjurkan pasien untuk mengikuti aturan pengobatan sesuai instruksi, memonitor hasil pemeriksaan EKG. Pada tanggal 28 Mei 2019 pada jam 11.00 tindakan keperawatan yang dilakukan adalah mengukur vital sign pasien, melakukan penilaian pada sirkulasi perifer, menganjurkan pasien untuk melakukan aktivitas secara bertahap sesuai

kondisi, menganjurkan pasien untuk mengikuti aturan pengobatan sesuai instruksi, dan memonitor hasil perekaman EKG. Pada tanggal 29 mei 2019 di mulai pada jam 09.00 WITA dengan tindakan keperawatan yang dilakukan adalah mengukur vital sign pasien, melakukan penilaian pada sirkulasi perifer, menganjurkan pasien untuk melakukan aktivitas secara bertahap sesuai kondisi, menganjurkan pasien untuk mengikuti aturan pengobatan sesuai instruksi, dan memonitor hasil perekaman EKG.

Pada diagnosa ketiga adalah konstipasi berhubungan dengan perubahan lingkungan saat ini pada tanggal 27 mei 2019 dimulai pada jam 09.00 tindakan keperawatan yang dilakukan yaitu : mengobservasi tanda dan gejala konstipasi, menganjurkan pasien untuk minum air putih yang cukup \pm 1500 cc/hari, menganjurkan keluarga untuk memberikan ekstra buah seperti papaya dan pisang, kolaborasi dengan tim gizi untuk pemberian makanan yang tinggi serat, dan melayani pemberian obat oral laxadine syrup sesuai instruksi. Pada tanggal 28 mei 2019 dimulai pada 11.00 Wita dengan tindakan keperawatan yang dilakukan yaitu : mengobservasi tanda dan gejala konstipasi, menganjurkan pasien untuk minum air putih yang cukup \pm 1500 cc/hari, menganjurkan keluarga untuk memberikan ekstra buah seperti papaya dan pisang, kolaborasi dengan tim gizi untuk pemberian makanan yang tinggi serat, dan melayani pemberian obat oral laxadine syrup sesuai instruksi. pada 29 mei 2019 dimulai pada 09.00 wita dengan tindakan keperawatan yang dilakukan yaitu : mengobservasi tanda dan gejala konstipasi, menganjurkan pasien untuk minum air putih yang cukup \pm 1500 cc/hari, menganjurkan keluarga untuk memberikan ekstra buah seperti papaya dan pisang, kolaborasi dengan tim gizi untuk pemberian makanan yang tinggi serat, dan melayani pemberian obat oral laxadine syrup sesuai instruksi.

3.1.5 Evaluasi Studi Kasus

Tahap evaluasi merupakan tahap akhir dari proses yang digunakan untuk menilai keberhasilan asuhan keperawatan atas tindakan yang diberikan. Pada jam 14:00 wita mahasiswa melakukan evaluasi pada setiap

tindakan berdasarkan diagnosa yang telah ditetapkan dengan menggunakan metode SOAP yaitu :

Diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (iskemik) pada tanggal 27 mei 2019 : S : Tn. M mengatakan nyeri sudah berkurang, O : wajah Tn. M tampak rileks, vital sign dalam batas normal (TD 110/70 mmHg, N 80 x/m, RR 19 x/m), A : masalah teratasi sebagian, P intervensi no 2, 3, 4 dan 9 di lanjutkan, instruksi dokter penanggung jawab pasien, pasien boleh pindah ke ruangan biasa (Ruangan Bougenvile). Pada tanggal 28 mei 2019 pukul 14:30 S : Tn. M mengatakan tidak merasakan nyeri, O : wajah pasien tampak rileks, skala nyeri berkurang dari 3 ke 1, A : Masalah teratasi, P : intervensi di hentikan

Diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen pada tanggal 27 mei 2019 dilakukan evaluasi pada 14:05 wita dengan S : Tn. M mengatakan masih merasa lemas, O : Pasien tampak beristirahat dengan posisi terlentang, A : Masalah belum teratasi, P : Lanjutkan intervensi dan instruksi dokter penanggung jawab pasien, pasien boleh pindah ke ruangan biasa (Ruangan Bougenvile). Pada tanggal 28 mei 2019 pada pukul 14:30 wita dilakukan evaluasi dengan hasil S : Tn. M mengatakan masih merasa lemas, O : Pasien tampak tidur dengan posisi miring kanan, A : masalah teratasi sebagian, P : Lanjutkan intervensi. Pada tanggal 29 mei 2019 pukul 14.45 wita dilakukan evaluasi dengan hasil S : Tn. M mengatakan sudah tidak merasa lemas, O : pasien tampak duduk diatas tempat tidur, A : masalah teratasi sebagian, P : Lanjutkan intervensi.

Pada diagnosa konstipasi berhubungan dengan perubahan lingkungan saat ini dilakukan evaluasi pada tanggal 27 mei 2019 pukul 14:05 didapatkan hasil S :Tn. M mengatakan masih belum BAB sejak tanggal 25 mei 2019 dan merasa kembung, O : Perkusi abdomen pasien pekak, palpasi teraba massa di kuadran kanan bawah, A : Masalah belum teratasi, P : lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4, 5 dan instruksi dokter penanggung jawab pasien, pasien boleh pindah ke ruangan biasa (Ruangan Bougenvile). Pada tanggal 28 mei 2019 pukul 14.30 wita dilakukan evaluasi

dengan hasil S : pasien mengatakan masih belum BAB sejak tanggal 25 mei 2019 dan masih merasa kembung namun sudah berkurang, O : perkusi abdomen pekak, palpasi teraba massa pada kuadran kanan bawah, A : masalah belum teratasi, P : lanjutkan intervensi 1,2,3,4,5. Pada tanggal 29 mei 2019 pukul 14.05 dilakukan evaluasi dengan hasil S : pasien mengatakan sudah BAB pagi tadi, O : tidak teraba massa pada saat dipalpasi, perkusi tidak pekak, A : masalah teratasi, P : intervensi di hentikan.

3.2 Pembahasan

3.2.1 Pengkajian

Dari hasil pengkajian yang didapatkan pasien mengatakan nyeri dada kiri pada saat merubah posisi, nyeri yang dirasakan menjalar ke leher, skala nyeri 3, lama nyeri \pm 2-5 menit. Di dapatkan hasil pemeriksaan EKG 12 lead yaitu II, III, aVf gelombang ST elevasi (iskemik inferior), hasil laboratorium didapatkan troponin I meningkat dari hasil normal yaitu 17.34 ug/L, leukosit meningkat dari nilai normal yaitu $13.71 \times 10^3/\text{ul}$. Pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi tidak terkontrol sejak 10 tahun lalu dan merupakan perokok aktif sejak usia muda hingga sekarang.

Menurut teori (Robbins, 2007) manifestasi klinis dari infark miokard adalah perubahan pada elektrokardiografik (EKG) yang mencakup perubahan seperti gelombang Q, elevasi segmen ST, inversi gelombang T dan troponin I dan T akan meningkat. Selain itu pasien juga akan menunjukkan gejala lain seperti nyeri dada yang mungkin menyebar ke leher, rahang, epigastrium, bahu atau lengan kiri, nadi biasanya cepat dan lemah, serta pasien sering mengalami diaphoresis.

Berdasarkan teori dan kasus diatas, hipertensi dapat meningkatkan faktor resiko *ischemic heart disease*, dimana tekanan darah yang tinggi dan menetap akan menimbulkan trauma langsung terhadap dinding pembuluh darah arteri koronaria, sehingga memudahkan terjadinya arterosklerosis koroner. Dari hasil pemeriksaan EKG 12 lead. Hal ini sesuai dengan teori

yang dikemukakan oleh (Robbins, 2007) bahwa hasil EKG akan berubah terutama pada segmen ST untuk pasien dengan STEMI.

3.2.2 Diagnosa

Diagnosa yang didapatkan dari kasus terdiri dari : 1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (Iskemik miokard). 2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. 3. Konstipasi berhubungan dengan gangguan fisiologis (perubahan lingkungan saat ini).

Pada teori yang dikemukakan oleh (Suddarth, 2014) diagnosa pada pasien dengan infark miokard terdiri dari 4 diagnosa. Diagnosa yang ditegakkan pada kasus ini adalah nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (Iskemik miokard), intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, konstipasi berhubungan dengan gangguan fisiologis (perubahan lingkungan saat ini). Hal ini disebabkan karena ada data yang cukup untuk diagnosa tersebut.

Diagnosa pada kasus yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (Iskemik miokard), data yang didapatkan untuk menegakkan diagnosa ini adalah nyeri dada kiri menjalar ke leher pada saat pasien merubah posisi, skala nyeri 3, berlangsung selama \pm 2-5 menit. Batasan karakteristik diagnosa ini menurut (Herdman & Kamitsuru, 2017) adalah perubahan tonus otot, respon otonomik tidak terlihat pada nyeri, diaphoresis, perubahan tekanan dan denyut nadi, pupil dilatasi, dan peningkatan dan penurunan kecepatan pernapasan, perilaku pendistraksi seperti merintih, menangis dan mencari orang atau aktivitas lain, fokus menyempit, meliputi perubahan persepsi terhadap waktu, menarik diri dari kontak sosial dan gangguan proses pikir, pasien melaporkan nyeri (verbal atau dengan perilaku), berfokus pada diri sendiri.

Alasan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (iskemik miokard) yaitu karena pasien sudah melewati fase kritis dan sudah mendapatkan pengobatan setelah 1x24 jam pertama. Pada diagnosa kedua pada kasus intoleransi aktivitas berhubungan dengan

ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen dengan data-data yang didapatkan untuk menegakkan diagnosa ini yaitu Tn. M mengatakan merasa lemah, ADL (*Activity of Daily Living*) seperti makan minum, *personal hygiene*, dan toileting dibantu perawat dan keluarga, hasil pemeriksaan EKG didapatkan elevasi segmen ST pada lead II, III, aVf (iskemik inferior) dan hasil pemeriksaan serologi: Troponin I 17.34 ug/L. Batasan karakteristik menurut (Herdman & Kamitsuru, 2017) yaitu masalah sirkulasi, masalah respirasi yang meliputi denyut jantung atau tekanan darah yang abnormal karena aktivitas, aritmia atau perubahan iskemia pada EKG, dan ketidaknyamanan pada saat latihan, dispnea, takipnea, pernyataan verbal tentang kelelahan atau kelemahan.

Alasan diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen ditegakkan karena sudah memiliki data yang cukup untuk bisa menyelesaikan masalah yang dialami oleh Tn. M. Diagnosa ketiga pada kasus yaitu, konstipasi berhubungan dengan gangguan fungsional (perubahan lingkungan saat ini) data yang didapatkan untuk menegakkan diagnosa ini yaitu Tn. M mengatakan belum BAB sejak tanggal 25 mei 2019 dan mengatakan merasa kembung, hasil pemeriksaan abdomen perkusi abdomen pekak, palpasi teraba massa pada kuadran kanan bawah.

3.2.3 Intervensi

Diagnosa Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (iskemik miokard) dengan intervensi yang direncanakan pada Tn. M.N.M yaitu terdapat 5 (lima) intervensi. Intervensi nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (iskemik miokard) menurut (Suddarth, 2014) terdapat 8 (delapan) intervensi. 3 (tiga) intervensi pada teori tidak direncanakan pada pasien yaitu melakukan manajemen nyeri sesuai kebutuhan, memberikan oksigen tambahan, kolaborasi pemberian terapi farmakologis dengan alasan nyeri yang dialami pasien sudah diberikan penanganan pada 24 jam pertama perawatan.

Diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen dengan intervensi yang direncanakan pada Tn. M. N. M yaitu terdapat 5 (lima) intervensi. Intervensi intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen menurut (Suddarth, 2014) terdapat 6 (enam) intervensi. 1 (satu) intervensi pada teori yang tidak direncanakan pada pasien yaitu kolaborasi pemberian antiaritmia dengan alasan aritmia sudah tidak dialami pasien.

Diagnosa keperawatan konstipasi berhubungan dengan gangguan fungsional (perubahan lingkungan saat ini) intervensi yang direncanakan pada Tn. M. N. M yaitu terdapat 5 (lima). Intervensi yang direncanakan pada Tn. M. N. M sesuai dengan intervensi yang ditetapkan menurut (Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson, 2016).

3.2.4 Implementasi

Implementasi pada kasus dilakukan selama 3 hari. Untuk diagnosa nyeri berhubungan dengan agen cedera biologi (iskemik miokard), tidak semua intervensi dilakukan kepada pasien. Yang tidak dilakukan adalah memberikan oksigen tambahan dengan nasal kanul atau masker sesuai dengan indikasi dengan alasan pasien tidak sesak dan kolaborasi pemberian terapi farmakologis antiangina dan analgetik dengan alasan pasien sudah merasa nyerinya berkurang sehingga tindakan farmakologis untuk mengatasi nyeri dihentikan digantikan dengan tindakan nonfarmakologis yaitu teknik relaksasi napas dalam.

Untuk diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, tidak semua intervensi dilakukan pada pasien. Yang tidak dilakukan adalah monitor nilai laboratorium yang tepat dengan alasan tidak ada pemeriksaan laboratorium yang dilakukan dalam rentang waktu tanggal 28 mei 2019 sampai 29 mei 2019.

Untuk diagnosa ketiga adalah konstipasi berhubungan dengan perubahan lingkungan saat ini, semua intervensi yang ditetapkan dilakukan kepada pasien.

3.2.5 Evaluasi

Diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (iskemik miokard) teratasi dengan alasan Tn. M mengatakan tidak nyeri lagi, skala nyeri menurun dari 3 menjadi 1, pasien tidak menunjukkan ekspresi ketidaknyamanan, pasien rileks, tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 80 x/m, tidak gelisah. Data ini sesuai dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan pada intervensi.

Diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen teratasi sebagian dengan alasan berdasarkan batasan karakteristik yang telah ditetapkan pasien sudah tidak merasa lemas, sudah bisa melakukan aktivitas secara bertahap seperti duduk ditempat tidur dan sudah bisa makan sendiri, bernapas spontan. Namun temuan hasil EKG pasien masih terdapat elevasi segmen ST pada lead II, III, aVf sehingga masalah baru teratasi sebagian.

Diagnosa konstipasi berhubungan dengan perubahan lingkungan saat ini belum teratasi, dengan alasan berdasarkan batasan karakteristik yang telah ditetapkan pasien mengatakan belum BAB, masih teraba massa di kuadran kanan bawah, dan perkusi abdomen pekak dan kembung.

3.3 Keterbatasan Studi Kasus

1. Perawatan yang dilakukan oleh penulis hanya berfokus pada satu pasien saja sehingga penulis tidak dapat melakukan perbandingan terkait kasus STEMI lainnya yang mungkin dapat ditemukan pada pasien lainnya.
2. Waktu perawatan hanya 3 hari saja membuat penulis tidak mampu mengikuti perkembangan pasien sehingga tidak dapat mengikuti perkembangan selanjutnya dan melakukan evaluasi secara maksimal yang sesuai dengan harapan pasien dan penulis.

BAB 4

PENUTUP

4.1 Kesimpulan

1. Pada tahap pengkajian dilakukan metode wawancara, observasi : Tn. M mengatakan merasakan nyeri pada dada kiri menjalar ke leher dengan skala 3, nyeri dirasakan saat merubah posisi, dan berlangsung selama \pm 2-5 menit, pasien mengeluh lemah, dan merasakan kembung.
2. Setelah dilakukan pengkajian dan analisa kasus muncul tiga diagnosa pada pasien yaitu : nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (iskemik miokard), intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, konstipasi berhubungan dengan gangguan fungsional : perubahan lingkungan saat ini. Semua diagnosa keperawatan teratasi.
3. Intervensi yang direncanakan pada kasus terdiri dari : diagnosa pertama nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (iskemik miokard) terdapat 8 rencana keperawatan, diagnosa kedua intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen terdapat 5 rencana keperawatan dan diagnosa ketiga konstipasi berhubungan dengan perubahan lingkungan saat ini terdapat 4 rencana keperawatan.
4. Implementasi yang dilakukan sudah sesuai dengan intervensi yang ditetapkan, selain itu ada faktor pendukung dari keluarga untuk bekerja sama sehingga implementasi dapat dilaksanakan dengan baik.
5. Hasil evaluasi keperawatan didapatkan bahwa diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (iskemik miokard) telah diatasi, diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen teratasi sebagian dan diagnosa keperawatan konstipasi berhubungan dengan gangguan fungsional (perubahan lingkungan saat ini) belum teratasi dilihat berdasarkan batasan karakteristik yang telah ditetapkan.

4.2 Saran

1. Bagi institusi pendidikan

Diharapkan dengan adanya studi kasus ini, dapat meningkatkan kualitas pembelajaran bagi mahasiswa/i di kampus Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kupang Prodi D-III Keperawatan Kupang, khususnya pada keperawatan gawat darurat terutama pada pembelajaran tentang asuhan keperawatan gawat darurat.

2. Bagi rumah sakit

Diharapkan dengan adanya studi kasus ini, dapat dijadikan sebagai bahan masukan dan bahan evaluasi yang diperlukan dalam pemberian asuhan keperawatan di ruangan khususnya di ruang ICCU.

3. Bagi perawat

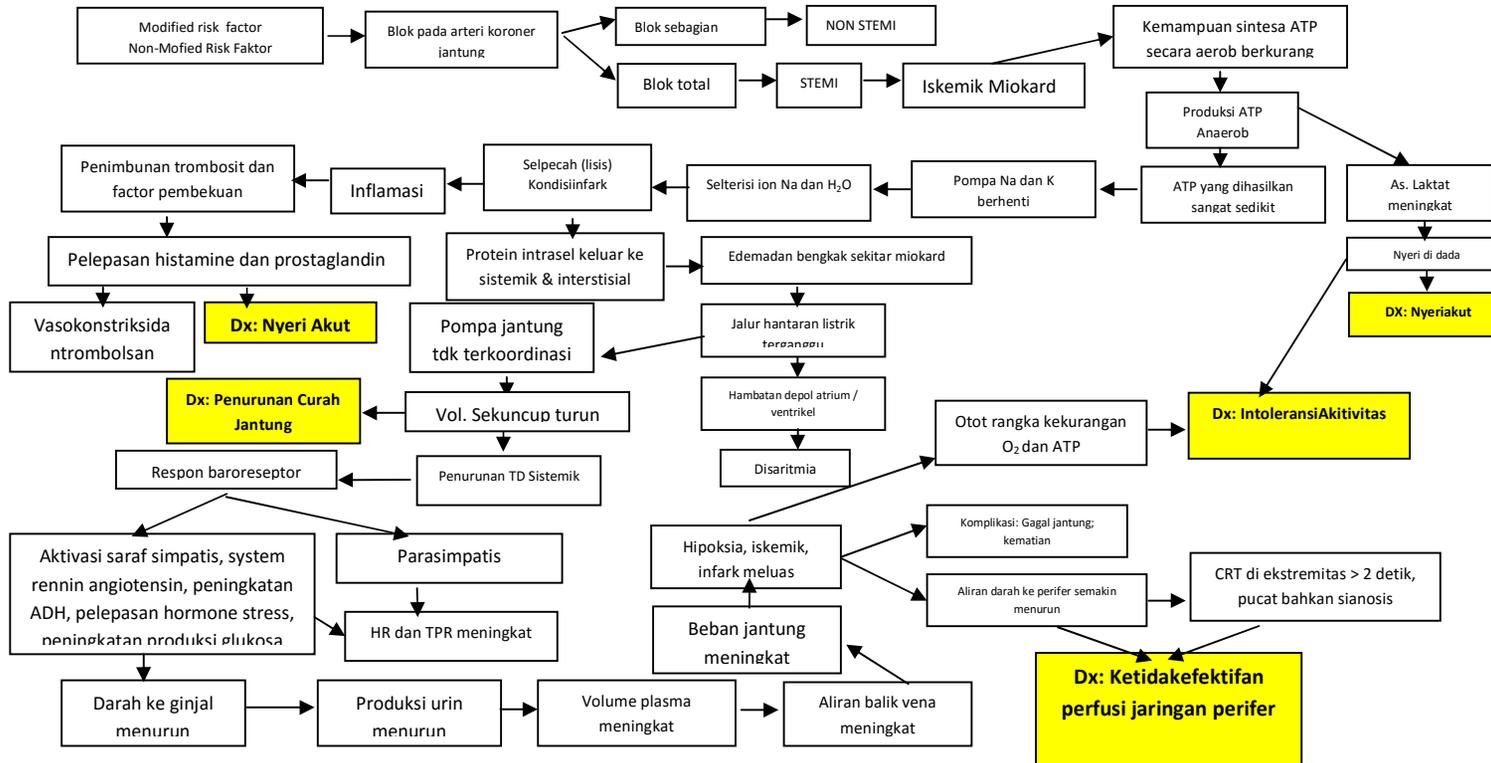
Diharapkan dengan adanya studi kasus ini, dapat dijadikan sebagai acuan untuk meningkatkan mutu pemberian asuhan keperawatan pada kasus ST Elevasi Miokard Infark.

DAFTAR PUSTAKA

- A, J. D., S, D. S., Irmalita, D, T., I, F., & B, W. (2016). *Panduan Praktik Klinis (PPK) dan Clinical Pathway (CP) Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah Edisi 1*. Jakarta: Jurnal Kardiologi Indonesia.
- Cynthia M. Taylor, S. S. (2010). *Diagnosis Keperawatan Dengan Rencana Asuhan Edisi 10*. Jakarta: EGC.
- Farissa, I. P. (2012). *Komplikasi Pada Pasien Infark Miokard Akut ST-Elevasi (STEMI) Yang Mendapat maupun Tidak Mendapat Terapi Reperfusi*. Semarang: FK UNDIP.
- Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2017). *NANDA INTERNATIONAL Diagnosis Keperawatan: Definisi dan Klasifikasi 2018-2020 Edisi 11*. Jakarta: EGC.
- Indonesia, P. D. (2018). *Pedoman Tata Laksana Sindrom Koroner Akut (Vol. I)*. Jakarta: PERKI.
- Iskandar, A. H. (2017). (Faktor Risiko Terjadinya Penyakit Jantung Koroner Pada Pasien Rumah Sakit Umum Meuraxa Banda Aceh).
- Kementrian Kesehatan RI, R. (2018). *Laporan Nasional Riskesdas*. Jakarta: Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- Kumar. (2015). *Buku ajar Patologi*. Singapore Elseiver.
- Majid, A. (2016). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Kardiovaskular*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2016). *Nursing Outcomes Classification and Nursing Intervention Classification Edisi 6*. Singapore: Elsevier.
- Perry, P. &. (2009). *Buku ajar Fundamental Keperawatan Edisi 4 (Vol. I)*. Jakarta: EGC.
- Rampengan, S. H. (2015). *Kegawatdaruratan Jantung*. Jakarta: Badan Penerbit FKUI.
- Robbins. (2007). *Buku Ajar Patologi Edisi 2 (Vol. II)*. Jakarta: EGC.
- Suddarth, B. &. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah edisi 12*. Jakarta: EGC.
- Suhayatra Putra, E. F. (2016). Artikel Penelitian. (Gambaran Faktor Resiko dan Manajemen Reperfusi Pasien IMA-EST di Bangsal Jantung RSup Dr. M. Djamil Padang).
- Underwood, J. C. (1999). *Patologi Umum dan Sistematik Edisi 2 (Vol. II)*. Jakarta: EGC.

LAMPIRAN

Lampiran 1. Pathway STEMI



FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT
JURUSAN KEPERAWATAN POLTEKES KEMENKES KUPANG

A. PENGKAJIAN

1. Identitas Klien

Nama : Tn. M. N. M
Umur : 67 tahun
Agama : Kristen Protestan
Pekerjaan : Pensiunan PNS
Alamat : Bakunase
Nomor registrasi : 513460
Diagnosa medik : STEMI Inferior
Tanggal MRS : 25 Mei 2019 Jam : 10:00
Tanggal pengkajian: 26 Mei 2019 Jam : 19:00

2. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Ny. T
Umur : 63 tahun
Alamat : Bakunase
Hubungan dengan klien: Istri

3. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan utama

Pasien mengeluh nyeri di dada kiri menjalar ke leher, saat merubah posisi, skala 3, nyeri timbul saat pasien merubah posisi, dengan lama nyeri \pm 2-5 menit. Pasien mengeluh lemas.

b. Riwayat penyakit sekarang

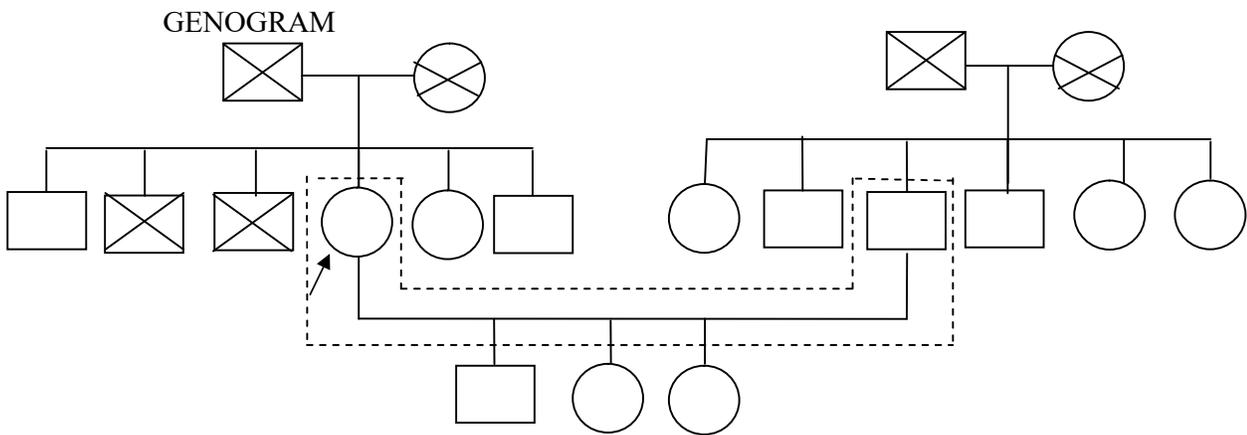
Pasien mengeluh merasakan nyeri \pm 1 jam sebelum MRS. Pasien langsung dibawa ke IGD RSUD Prof Dr. W. Z. Johannes Kupang, saat tiba di ruang IGD pasien segera di berikan penanganan: therapy oksigen masker 8 lpm, RJP 1x5 siklus, mengecek GDS Stick, melakukan EKG, diberikan therapy infuse Nadl 0,9% 20 tpm, melakukan pengambilan darah untuk dilakukan pengecekan darah lengkap, kimia darah, dan troponin.

Pasien mendapatkan therapy oral aspilet 32 mg, clopidogrel 50 mg, dilakukan pemasangan drain cateter no. 16 pro urin. Di observasi di IGD selama \pm 2 jam dan dipindahkan ke ruang ICCU untuk perawatan intensif.

c. Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi sejak 10 tahun lalu tidak terkontrol (diit, minum obat, control). Pasien juga mengatakan ia adalah perokok dengan menghabiskan 10 batang rokok/hari sejak masih muda.

d. Riwayat Penyakit Keluarga



Keterangan :

↖ : Pasien

○ : Perempuan

□ : Laki-laki

⊗ : Yang Sudah meninggal

-----: Tinggal serumah

Tanda-Tanda Vital:

TD: 120/70 mmHg

Nadi: 78x/menit

Suhu: 36,5°Celsius

RR: 18x/menit

Nyeri Dada : (✓) Ada () Tidak

Karakteristik nyeri dada :

- () Menetap (✓) Menyebar ke leher
() Seperti ditusuk-tusuk
() Seperti ditimpah benda berat

Capillary refill : Normal

(✓) < 3 detik () > 3 detik

Edema : Tidak ada edema

() Ya (✓) Tidak

Lokasi edema : Tidak ada edema

() Muka () Tangan () Tungkai () Anasarka

b. Fluid (cairan dan elektolit)

1. Cairan

Turgor Kulit

(✓) < 3 detik () > 3 detik

(✓) Baik () Sedang () Jelek

2. Mukosa Mulut

() Lembab (✓) Kering

3. Kebutuhan nutrisi :

Oral : Air putih ± 1500 cc/24 jam

Parenteral : Terpasang infuse Nacl 0,9% 500 cc/24 jam

4. Eliminasi :

BAK : 5-7 x/ hari

Jumlah : 700 cc

() Banyak () Sedikit (✓) Sedang

Warna :

(✓) Kuning jernih () Kuning kental () Merah () Putih

Rasa sakit saat BAK :

() Ya (✓) Tidak

Keluhan sakit pinggang :

() Ya (✓) Tidak

BAB : x/hari ; pasien mengatakan belum BAB sejak 25/05/19 sampai dengan 26/05/19

Diare : Ya Tidak Berdarah Berlendir Cair

Bising Usus : 10 x/menit

Pemeriksaan Abdomen :

Keluhan : Pasien mengatakan merasa kembung

I : Abdomen tampak simetris

A : Bising usus 10 x/menit

Pal : Saat dipalpasi teraba massa dikudran kanan bawah

Per : Saat diperkusi abdomen pekak

5. 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 : Pupil berreaksi terhadap cahaya

Kanan Positif Negatif

Kiri Positif Negatif

GCS : E :4 M:6 V :5

Jumlah : 15

6. Pengkajian Sekunder

a. Musculoskeletal / Neurosensoril

(-) Spasme otot

(-) Vulnus

(-) Krepitasi

(-) Fraktur

(-) Dislokasi

() Kekuatan Otot : normal

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

b. Integumen

() Vulnus : -

() Luka Bakar: -

c. Psikologis

- Ketegangan meningkat
- Fokus pada diri sendiri
- Kurang pengetahuan

Terapi/ Pengobatan

Nama Terapi	Dosis	Rute Pemberian	Waktu Pemberian	Indikasi
Ranitidine	25 mg	IV	18.00	Menurunkan kadar As. Lambung
Arixtra	2,5 mg	SC Abd.	06.00	Mengencerkan darah (antikoagulan)
Aspilet	80 mg	Oral	06.00	Membantu mencegah serangan jantung, stroke dan sebagai antiplatelet
Clopidogrel	75 mg	Oral	22.00	Mencegah pembekuan darah pada orang yang pernah mengalami: serangan jantung, stroke, operasi pada jantung, penderita SKA, operasi pada pembuluh darah
Simvastatin	20 mg	Oral	22.00	Menurunkan kolestrol dalam darah, mengurangi resiko serangan jantung dan stroke
Captopril	12,5 mg	Oral	14.00; 22.00; 06.00	Menangani hipertensi dan gagal jantung; mencegah komplikasi setelah serangan jantung; mencegah penyakit ginjal akibat DM tipe 1
Alprazolam	0,5 mg	Oral	22.00	Mengatasi kecemasan, serangan panic
Laxadin Syr.	3 sdt	Oral	14.00; 22.00; 06.00	Obat pencahar/laksatif

Pemeriksaan Penunjang

Tanggal Pemeriksaan	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil
25/05/2019	Darah Rutin : Leukosit	4.0 – 10.0 10 ³ /ul	13.71 10 ³ /ul
25/05/2019	Elektrolit: Natrium Kalium Calsium Chloride	132 – 147 mmol/L 3.5 – 4.5 mmol/L 2.2 – 2.55 mmol/L 96 – 111 mmol/L	144 mmol/L 3.7 mmol/L 2.4 mmol/L 104 mmol/L
26/05/2019	Serologi : Troponin I	< 0.60 ug/L	17.34 ug/L
26/05/2019	EKG	-	Lead II, III, aVf elevasi pada segmen ST
27/05/2019	EKG	-	Lead II, III, aVf elevasi pada segmen ST
28/05/2019	EKG	-	Lead II, III, aVf elevasi pada segmen ST

Analisa Data

Problem	Etiology	Sign & Symptoms
<p>Nyeri akut Domain 12 : Kenyamanan Kelas 1 : Kenyamananan Fisik Kode 00132</p>	<p>Agen cedera biologis (Iskemik Miokard)</p>	<p>DS : Pasien mengeluh nyeri di dada kiri menjalar ke leher, nyeri skala 3, nyeri terasa saat merubah posisi, dengan lama nyeri ± 2-5 menit. DO : - Wajah pasien tampak meringis jika meubah posisi - Tampak memegang dada saat merubah posisi - Perubahan EKG: Lead II, III, aVf elevasi (STEMI Inferior) - Serologi: Troponin I 17.34 ug/L</p>
<p>Intoleransi aktivitas Domain 4 : Aktivitas/Istirahat Kelas 4 : Respons Kardiovaskular/Pulmonal Kode 00092</p>	<p>Ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen</p>	<p>DS : Pasien mengeluh lemas DO : - Pasien tampak lemah - Semua ADL (toileting, personal hygiene) dibantu oleh perawat dan keluarga - Perubahan EKG: Lead II, III, aVf elevasi (STEMI Inferior) - Serologi: Troponin I 17.34 ug/L - Vital sign : TD 120/70</p>

		mmHg; N 78 x/m; RR 18 x/m; S 36,5°C
Konstipasi Domain 3 : Eliminasi dan Pertukaran Kelas 2 : Fungsi Gastrointestinal Kode 00011	Gangguan Fungsional (Perubahan Lingkungan Saat Ini)	DS : Pasien mengatakan belum BAB sejak tanggal 25 Mei 2019 – 26 Mei 2019 DO : - Perut pasien kembung - Teraba massa di kuadran kanan bawah - Perkusi abdomen pekak

Intervensi Keperawatan

Diagnose Keperawatan	Perencanaan Keperawatan	
	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (iskemik miokard)	<p>NOC : Tingkat Nyeri (2102)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan, pasien bebas dari nyeri dengan criteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien melaporkan nyeri berkurang (210201) - Ekspresi wajah rileks (210206) - Nadi 60-100 x/m (210220) - Tekanan darah 120/80 mmHg (210212) - Tidak gelisah (210222) 	<p>Manajemen Nyeri (kode 1400)</p> <ol style="list-style-type: none"> 10) Kaji nyeri secara komprehensif, catat karakteristik nyeri, lokasi, intensitas lama dan penyebarannya. 11) Observasi adanya petunjuk nonverbal dari ketidaknyamanan 12) Anjurkan pasien untuk melaporkan nyeri segera. 13) Lakukan manajemen nyeri keperawatan yang meliputi, atur posisi, istirahat pasien 14) Berikan oksigen tambahan dengan nasal kanul atau masker sesuai dengan indikasi 15) Ajarkan teknik relaksasi napas dalam 16) Lakukan manajemen sesuai kebutuhan 17) Kolaborasi pemberian terapi farmakologis anti angina dan analgetik 18) Anjurkan pasien untuk melakukan

		tindakan pengurangan nyeri apabila merasakan nyeri.
Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen	<p>NOC : Toleransi terhadap aktifitas (0005)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan, pasien mampu melakukan aktivitas secara mandiri dengan criteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bernapas spontan saat beraktivitas (000508) - Temuan hasil EKG normal (000506) - Kemudahan dalam melakukan aktivitas hidup harian (000518) - Frekuensi RR berkisar antara 12-20 x/m setelah beraktivitas (000502) 	<p>Perawatan jantung (kode 4040)</p> <p>Aktivitas-aktivitas :</p> <p>9) Pastikan tingkat aktivitas pasien yang tidak membahayakan curah jantung atau memprovokasi serangan jantung</p> <p>10) Dorong peningkatan aktivitas bertahap ketika kondisi sudah distabilkan (misalnya., dorong aktivitas yang lebih ringan atau waktu yang lebih singkat dengan waktu istirahat yang sering dalam melakukan aktivitas)</p> <p>11) Instruksikan pasien tentang pentingnya untuk segera melaporkan bila merasakan nyeri dada; evaluasi episode nyeri dada (intensitas, lokasi, radiasi, durasi dan factor yang memicu serta meringankan nyeri dada)</p> <p>12) Monitor EKG, adakah perubahan segmen ST, sebagaimana mestinya</p>

		<p>13) Lakukan penilaian komprehensif pada sirkulasi perifer (misalnya., cek nadi perifer, edema, pengisian ulang kapiler, warna ekstremitas dan suhu ekstremitas) secara rutin sesuai kebijakan agen</p> <p>14) Monitor tanda-tanda vital secara rutin</p> <p>15) Monitor nilai laboratorium yang tepat (enzim jantung dan nilai elektrolit)</p> <p>16) Kolaborasi pemberian obat antiaritmia</p>
Konstipasi berhubungan dengan gangguan fungsional (perubahan lingkungan saat ini)	<p>NOC : Eliminasi Usus</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan, pasien mampu mengeluarkan feses dengan criteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kemudahan dalam BAB - Tidak teraba massa pada kuadran kanan bawah - Tidak kembung - Perkusi abdomen tidak pekak 	<p>Manajemen Konstipasi</p> <p>Aktivitas – aktivitas :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Monitor tanda dan gejala konstipasi 2) Dukung peningkatan asupan cairan dan buah-buahan jika tidak ada kontraindikasi 3) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk pemberian diit tinggi serat 4) Kolaborasi pemberian laksatif

Diagnosa	Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (iskhemik miokard)	09:00	1) Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif → P: saat merubah posisi; Q: menjalar ke leher; R: nyeri di dada kiri; S: Skala 3; T: ± 2-5 menit.	Jam : 14:05 S : Tn. M mengatakan nyeri sudah berkurang	
	09:10	2) Mengobservasi tanda-tanda nonverbal nyeri seperti wajah tampak meringis, memegang area yang nyeri → Wajah pasien tampak meringis saat merubah posisi; tampak memegang dada.	O : - Wajah Tn. M tampak rileks - Vital sign dalam batas normal (TD 110/70 mmHg; N 80 x/m; RR 19 x/m)	
	12:45	3) Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam → Pasien paham dan dapat melakukan kembali teknik relaksasi napas dalam apabila	A : Masalah teratasi sebagian P :	
	13:00		- Lanjutkan intervensi no 2, 3, 4 dan 9 - Saran dokter penanggung	
	13:50			

		<p>1) Menganjurkan pasien untuk melaporkan segera jika merasa nyeri</p> <p>5) Membatasi pengunjung dan komunikasi</p> <p>➔ Pasien tampak beristirahat</p>	<p>pasien sering pindah ke ruangan biasa (Ruangan Bougenvile)</p>
Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	<p>09:00</p> <p>09:10</p> <p>12:45</p> <p>13:00</p>	<p>1) Mengukur vital sign pasien</p> <p>➔ TD 120/70 mmHg; RR 18 x/m; N 78 x/m; S 36,5°C</p> <p>2) Melakukan penilaian pada sirkulasi perifer</p> <p>➔ CRT < 3 detik, palpasi teraba hangat; tidak oedema; warna kulit tidak pucat</p> <p>3) Menganjurkan pasien untuk melakukan aktivitas secara bertahap sesuai kondisi</p> <p>➔ Pasien paham dan mengikuti anjuran yang diberikan</p> <p>4) Menganjurkan pasien</p>	<p>Jam : 14:05</p> <p>S : Pasien mengatakan masih merasa lemas</p> <p>O : Pasien tampak beristirahat dengan posisi tidur terlentang</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : - Lanjutkan intervensi - Saran dokter</p>

		<p>→ Pasien mengikuti jadwal minum obat yang telah ditetapkan</p> <p>5) Monitor pemeriksaan EKG</p> <p>→ Hasil perekaman EKG ditemukan elevasi segmen ST pada lead II,III,aVf</p>	<p>pindah ke ruangan biasa (Ruangan Bougenvile)</p>
<p>Konstipasi berhubungan dengan gangguan fungsional (perubahan lingkungan saat ini)</p>	<p>09:00</p> <p>09:10</p> <p>12:45</p> <p>13:00</p>	<p>1) Mengobservasi tanda dan gejala dari konstipasi</p> <p>→ Inspeksi : abdomen simetris, palpasi teraba massa di kuadran kanan bawah, perkusi abdomen pekak, auskultasi 10 x/menit</p> <p>2) Menganjurkan pasien untuk minum air putih yang cukup ± 1500 cc/hari</p> <p>→ Pasien paham dan mengikuti anjuran</p> <p>3) Menganjurkan</p>	<p>Jam : 14:05</p> <p>S :</p> <p>Pasien mengatakan masih belum BAB sejak 25 Mei 2019 – 27 Mei 2019; dan merasa kembung</p> <p>O :</p> <p>Perkusi abdomen pekak, palpasi abdomen teraba masa di kuadran kanan bawah</p> <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P :</p>

	13:50	<p>→ Keluarga mengikuti anjuran yang diinstruksikan</p> <p>4) Kolaborasi dengan tim gizi untuk pemberian makanan tinggi serat</p> <p>→ Ahli gizi sudah melakukan asuhan gizi kepada pasien dengan memberikan pasien jenis diit lunak jantung dan tinggi serat</p> <p>5) Melayani pemberian obat oral Laxadis Syrup</p> <p>→ Pasien minum obat laxadine syrup 1 sendok teh</p>	<p>- Saran dokter penanggung jawab pasien, pasien boleh pindah ke ruangan biasa (Ruangan Bougenvile)</p>
--	-------	---	--

Catatan Perkembangan

Hari / Tanggal : 28 Mei 2019

Diagnosa	Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (iskhemik)	11:00	1) Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif	Jam : 14:30 S : Tn. M	
	11:10	→ P:-; Q: -; R: -; S: -; T-	mengatakan sudah tidak merasakan	

	11:45	anda non-verbis nyeri seperti wajah tampak meringis, memegang area yang nyeri ➔ Pasien tampak rileks	O : - Wajah Tn. M tampak rileks - Vital sign dalam batas normal (TD 110/70 mmHg; N 80 x/m; RR 19 x/m)
	13:00	3) Menganjurkan pasien untuk melakukan teknik napas dalam ➔ Pasien paham dan dapat melakukan kembali teknik relaksasi napas dalam apabila merasakan nyeri.	- Skala nyeri berkurang dari 3 ke 1
	13:50	4) Menganjurkan pasien untuk melaporkan segera jika merasa nyeri 5) Membatasi pengunjung dan komunikasi ➔ Pasien tampak beristirahat	A : Masalah teratasi P : Intervensi di hentikan
Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	11:00	1) Mengukur vital sign pasien ➔ TD 120/80 mmHg; RR 18 x/m; N 70 x/m	Jam : 14:30 S : Pasien mengatakan masih merasa lemas
	11:10	2) Melakukan penilaian	

		<p>hangat; tidak oedema; warna kulit tidak pucat</p> <p>3) Menganjurkan pasien untuk melakukan aktivitas secara bertahap sesuai kondisi</p> <p>→ Pasien mengikuti anjuan yang diberikan</p> <p>4) Menganjurkan pasien untuk mengikuti aturan pengobatan sesuai instruksi</p> <p>→ Pasien mengikuti jadwal minum obat yang telah ditetapkan</p> <p>5) Monitor pemeriksaan EKG</p> <p>→ Hasil perekaman EKG terdapat elevasi pada segmen ST di lead II, III, aVf namun sudah turun</p>	<p>dengan posisi tidur miring kanan</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>
Konstipasi berhubungan	11:00	1) Mengobservasi tanda dan gejala dari	Jam : 14:30 S : P :

(perubahan lingkungan saat ini)	saat	11:10	<p>teraba massa di kuadran kanan bawah</p> <p>2) Menganjurkan pasien untuk minum air putih yang cukup \pm 1500 cc/hari</p> <p>➔ Pasien paham dan mengikuti anjuran</p>	<p>dan masih merasa kembung namun sudah berkurang</p> <p>O :</p> <p>Perkusi abdomen pekak, palpasi abdomen teraba masa di kuadran kanan bawah</p>
		11:45	<p>3) Menganjurkan keluarga untuk extra buah seperti papaya dan pisang</p> <p>➔ Keluarga mengikuti anjuran yang diinstruksikan</p>	<p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>
		13:00	<p>4) Kolaborasi dengan tim gizi untuk pemberian makanan tinggi serat</p>	<p>1,2,3,4,5.</p>
		13:50	<p>➔ Ahli gizi sudah melakukan asuhan gizi kepada pasien dengan memberikan pasien jenis diit lunak jantung dan tinggi serat</p> <p>5) Melayani pemberian obat oral Laxadis</p>	

		sendok teh		
--	--	------------	--	--

Diagnosa	Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (iskhemik)	09:00	1) Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif	Jam : 14:05 S :	
	09:10	➔ P: -; Q -; R -; S -; T -	Tn. M mengatakan tidak merasakan nyeri	
	12:45	2) Mengobservasi tanda-tanda nonverbal nyeri seperti wajah tampak meringis, memegang area yang nyeri ➔ Pasien tampak rileks	O : - Wajah Tn. M tampak rileks - Vital sign dalam batas normal (TD 120/70 mmHg; N 80 x/m; RR 19 x/m)	
	13:00	3) Menganjurkan pasien untuk melaporkan segera jika merasa nyeri	A : Masalah teratasi	
	13:50	4) Membatasi pengunjung dan komunikasi ➔ Pasien tampak beristirahat	P : intervensi di hentikan	
Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan	09:00	1) Mengukur vital sign pasien	Jam : 14:05 S :	
	09:10	➔ TD 120/70 mmHg; RR 18 x/m; N 18 x/m; S 36,5°C	Pasien mengatakan sudah tidak merasa	

kebutuhan oksigen	12:45	<p>→ CRT < 3 detik, palpasi teraba hangat; tidak oedema; warna kulit tidak pucat</p>	O : Pasien tampak duduk di tempat tidur dan mampu makan sendiri	
Konstipasi berhubungan dengan gangguan fungsional (perubahan lingkungan saat ini)	13:00	3) Menganjurkan pasien untuk melakukan aktivitas secara bertahap sesuai kondisi	A : Masalah teratasi sebagian	
	13:50	<p>→ Pasien mengikuti anjuran yang diberikan</p> <p>4) Menganjurkan pasien untuk mengikuti aturan pengobatan sesuai instruksi</p> <p>→ Pasien mengikuti jadwal minum obat yang telah ditetapkan</p> <p>5) Monitor pemeriksaan EKG</p>	P : Lanjutkan intervensi	
		1) Mengobservasi tanda dan gejala dari konstipasi	Jam : 14:05 S : Pasien mengatakan masih belum BAB sejak 25 Mei 2019	
		<p>→ Inspeksi : abdomen simetris, tidak</p> <p>2) Menganjurkan pasien</p>	27 Mei 2019	

	<p>ce/nan</p> <p>→ Pasien paham dan mengikuti anjuran</p> <p>3) Menganjurkan keluarga untuk extra buah seperti papaya dan pisang</p> <p>→ Keluarga mengikuti anjuran yang diinstruksikan</p> <p>4) Kolaborasi dengan tim gizi untuk pemberian makanan tinggi serat</p> <p>→ Ahli gizi sudah melakukan asuhan gizi kepada pasien dengan memberikan pasien jenis diet lunak jantung dan tinggi serat</p> <p>5) Melayani pemberian obat oral Laxadis Syrup</p> <p>→ Pasien minum obat laxadine syrup 1 sendok teh</p>	<p>reimbang</p> <p>O :</p> <p>Perkusi abdomen pekak, palpasi abdomen teraba masa di kuadran kanan bawah</p> <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi 1,2,3,4,5.</p>	
--	--	---	--

Lampiran 4



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PRODI D-III KEPERAWATAN

Direktori: Jl. Piet A Talla Liliha-Kupang, Telp (0380) 881880; 880880

Fax (0380) 85534188; email: poltekkeskupang@yahoo.com



PROSES BIMBINGAN LAPORAN STUDI KASUS

Nama mahasiswa : Yeni Wadu Erc

NIM : PO.530320116332

Nama pembimbing : Ns. Yuni M. V. B. Aty.S.Kep.,M.Kep

NIP : 19790805201122001

Judul studi kasus : "Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Pada Tn. M. N. M Dengan ST Elevasi Miokard Infark di Ruang ICCU RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang"

NO	HARI/TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	Senin, 27/05/2019	- ujian dasar Project - tentukan cara I - tentukan hasil penelitian - tentukan waktu/akses ke lokasi rumah-rum	
2	Rabu 30/05/2019	- Periksa latar belakang - Periksa tujuan - Periksa manfaat	
3.	Jumat, 31/05/2019	- Periksa cover (garam 1 spes), rangkai - tentukan dari product pada intervensi - ang	

		- Gerakan referensi 4 penulisan Referensi pustaka	
4.	Sabtu, 01/06/2019	- Perbaiki spasi antar kata - Perbaiki penulisan pembahasan, keterlambatan studi kasus - perbaiki kesimpulan - Versi: Lembar 01/06/2019	
5.	Sabtu, 08/06/2019	- Perbaiki penulisan pembahasan (teori, teori, opini) - perbaiki penulisan evaluasi (bab 4) - tambahkan lembar persetujuan AI	
6.	Sabtu, 08/06/2019	- Perbaiki spasi antar kata pada part cover - tambahkan lampiran	
7.	Minggu, 09/06/2019	konflik horizontal (kedepan - lampiran) AGC Pembimbing Kontrol waktu sidang AGC resmi Sidang sidang 09/06/2019	
8.	Senin, 20/06/2019	persultasi pada sidang Perbaiki penulisan intervensi dan evaluasi (bab 3)	
8.	Jumat, 21/06/2019	Perbaiki penulisan pembahasan (evaluasi) Perbaiki penulisan Kesimpulan (evaluasi)	
10.	Jumat, 21/06/2019	AGC	

Lampiran 4:

**RENCANA WAKTU UJIAN AKIR PROGRAM
JURUSAN KEPERAWATAN POLTEKKES KEMENKES KUPANG**

BULAN	MEI							JUNI						
TANGGAL	24	26	27	28	29	31	1	7	8	9	11	20	21	25
Pembekalan														
Lapor diri di rumah sakit														
Pengambilan kasus														
Ujian praktek														
Perawatan kasus dan proposal														
Penyusunan laporan kasus dan konsultasi dengan pembimbing														
Ujian sidang														
Revisi														
Kumpul laporan														

Lampiran 5 : Dokumentasi

