

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY. D. M DENGAN STEMI  
DI RUANG ICCU RSUD PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG**



**INDAH ROSITA BULE LOGO  
PO.530320114021**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN  
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
PRODI D III KEPERAWATAN  
2019**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT  
PADA PASIEN NY. D. M DENGAN DIAGNOSA MEDIK STEMI  
DI RUANG ICCU RSUD PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG**

**Karya tulis ilmiah ini disusun sebagai salah satu persyaratan untuk menyelesaikan studi pada program studi diploma III Keperawatan dan mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan**



**INDAH ROSITA BULE LOGO  
PO.530320114021**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN  
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
PRODI D III KEPERAWATAN  
2019**

## PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Indah Rosita Bule Logo

NIM : PO.530320114021

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 saya sendiri dan bukan merupakan pengambilan 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, 22 Juli 2019**

**Pembuat Pernyataan**



**Indah Rosita Bule Logo**  
**NIM. PO.530320114021**

**Mengetahui**

**Pembimbing**

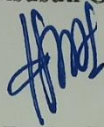


**Ns. Yoani Maria V. B. Aty, S.Kep, M.Kep**  
**NIP. 19790805201122001**

## LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah oleh Indah Rosita Bule Logo, NIM: PO.530320114021 dengan “Asuhan Keperawatan pada pasien Ny. D. M dengan STEMI di ruangan ICCU RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang” telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Disusun Oleh



Indah Rosita Bule Logo  
NIM : PO.530320114021

Telah Disetujui Untuk Diseminarkan Di Depan Dewan Penguji Prodi D III  
Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang  
Pada Tanggal 25 Juli 2019

Pembimbing



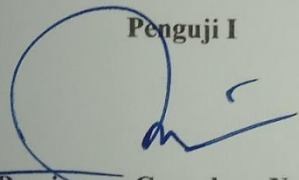
Ns. Yoani Maria V. B. Aty, S.Kep, M.Kep  
NIP. 19790805201122001

## LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Indah Rosita Bule Logo dengan judul “Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Pada Ny. D. M dengan diagnosa medic STEMI (ST Elevasi Miokard Infark) di ruangan ICCU RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang” telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 25 Juli 2019.

### Dewan Penguji

Penguji I



Domingos Gonsalves, Ns, MSc  
NIP: 197108061992031001

Penguji II



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

Mengesahkan

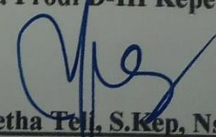
Ketua Jurusan Keperawatan



Dr. Florentianus Tat, S.Kep, M.Kes  
NIP: 196911281993031005

Mengetahui

Ketua Prodi D-III Keperawatan



Margaretha Teji, S.Kep, Ns., MSc-PH  
NIP: 197707272000032001

## **BIODATA PENULIS**

Nama Lengkap : Indah Rosita Bule Logo  
Tempat Tanggal Lahir : Kupang, 11 Oktober 1997  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Alamat : Jln. Jati Mapoli, Kelurahan Airnona  
Riwayat Pendidikan :

1. Tamat SD Inpres Mapoli Kota Kupang Tahun 2008
2. Tamat SMPN 4 Kota Kupang Tahun 2011
3. Tamat SMAN 1 Kota Kupang Tahun 2014
4. Sejak Tahun 2014 Kuliah di Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kupang

## **MOTTO**

**“Janganlah hendaknya kamu kuatir tentang apa pun juga, tetapi nyatakanlah dalam segala hal keinginanmu kepada Allah dalam doa dan permohonan dengan ucapan syukur”.**

**Filipi 4:6**

## 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 waktunya.

Karya Tulis Ilmiah dengan judul “**Studi Kasus Asuhan Keperawatan pada pasien Ny. D. M Dengan Infark Miokard pada ST Elevasi (STEMI) DI RUANG ICCU RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kepang**” di susun untuk memenuhi syarat akademik dalam rangka menyelesaikan pendidikan Diploma III Keperawatan Kupang.

Sangat disadari bahwa dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini ada 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,M.Kep selaku pembimbing yang dengan sabar dan bijaksanan membantu dan menyumbangkan ide-idenya dengan mengoreksi, merevisi serta melengkapi dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Bapak Dominggus Gonsalves S.Kep, Ns, Msc selaku penguji I.
3. Ibu Agustina Valen Somi, SST selaku penguji Klinik.
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, SKp, M.Kes selaku Ketua Jurusan Keperawatan Kupang
6. Ibu Margaretha Teli, S.Kep, Ns, MSc-PH selaku Ketua Program Studi D III Keperawatan
7. Ibu Direktur RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang yang sudah memberikan izin kepada penulis untuk melakukan penelitian.
8. Ibu Era Dorihi Kale, Ns, M.Kep, Sp. Kep.MB selaku pembimbing akademik yang senantiasa memberi semangat dan motivasi kepada penulis selama 4 tahun menjadi mahasiswi di POLTEKKES Kupang.
9. Seluruh dosen dan staf kepegawaian yang dengan caranya masing-masing telah membantu dalam menyelesaikan tugas akhir ini.
10. Bapak Thobias Bule Logo, Mama Henderika Wadu yang selalu memberikan dukungan dan selalu mendoakan.

11. Kaka Deky, Kaka Adhy, Kaka Asty, Kaka Marni, Kaka Fenny, saudara dan saudari saya yang selalu mendukung dan memberikan dukungan kepada saya baik secara moril maupun materi.
12. Teman-teman seperjuangan Edang, Ahad, Cici, dan Yuyun yang selalu memberi semangat motivasi, dan membantu dalam hal apapun.
13. Teman-teman kelompok tugas akhir Ibu Mery Marginy dan Pak Claudino Pereira yang selalu mendukung dan memberi semangat dalam bentuk apapun.

Kesempurnaan hanya milik Tuhan semata karena itu penulis sungguh menyadari bahwa masih banyak kekurangan pada karya tulis ilmiah ini. Penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun demi penyempurnaan tulisan ini.

Kupang Juli 2019

Penulis



## DAFTAR ISI

Pernyataan Keaslian Tulisan .....	i
Lembar Persetujuan .....	ii
Biodata .....	iii
Kata Pengantar .....	iv
Daftar isi .....	v
Daftar Lampiran .....	vi
Abstrak.....	vii
<b>BAB 1 Pendahuluan</b>	
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2.Rumusan Masalah.....	2
1.3.Tujuan Studi Kasus.....	2
1.4.Manfaat Studi Kasus .....	3
<b>BAB 2 Tinjauan Pustaka</b>	
2.1. Konsep Infark Miokard ST Elevasi (STEMI).....	4
2.1.1. Defenisi .....	4
2.1.2. Etiologi .....	4
2.1.3. Patofisiologi .....	6
2.1.4. Pemeriksaan Penunjang .....	8
2.1.5 Penatalaksanaan.....	10
2.1.6 Komplikasi.....	11
2.3. Konsep Asuhan Keperawatan .....	12
2.3.1. Pengkajian .....	12
2.3.2. Diagnosa .....	15
2.3.3. Intervensi .....	15
<b>BAB 3 Hasil Studi Kasus Dan Pembahasan</b>	
3.1. Hasil Studi Kasus .....	18
3.1.1. Pengkajian .....	18
3.1.2. Perumusan Diagnosa .....	19

3.1.3. Intervensi Keperawatan .....	20
3.1.4. Implementasi Keperawatan .....	21
3.1.5. Evaluasi Keperawatan .....	22
3.2. Pembahasan .....	23
3.2.1. Pengkajian .....	23
3.2.2. Diagnosa Keperawatan .....	24
3.2.3. Intervensi Keperawatan .....	25
3.2.4. Implementasi Keperawatan .....	26
3.2.5. Evaluasi Keperawatan .....	26
3.3. Keterbatasan Studi Kasus .....	27

#### **BAB 4 Penutup**

4.1. Kesimpulan .....	28
4.2. Saran .....	29

#### **DAFTAR PUSTAKA**

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Asuhan Keperawatan .....	30
Lembar Konsultasi.....	52

## ABSTRAK

**Karya Tulis Ilmiah Oleh Indah Rosita Bule Logo, Nim : PO.530320114021, dengan judul Studi Kasus Asuhan Keperawatan pada pasien Ny. D. M Dengan Infark Miokard pada ST Elevasi (STEMI) DI RUANG ICCU RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kepang”**

**Latar Belakang:** ST Elevasi Miokard Infark (STEMI) adalah rusaknya bagian otot jantung secara permanen akibat insufisiensi aliran darah koroner oleh proses degeneratif maupun di pengaruhi oleh banyak faktor yang ditandai keluhan nyeri dada, peningkatan enzim jantung dan ST elevasi pada pemeriksaan EKG (Doengos, 2003). Berdasarkan laporan *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2008, infark miokard merupakan penyebab kematian utama di dunia. Terhitung sebanyak 7,25 juta (12,8%) kematian terjadi akibat penyakit ini di seluruh dunia. Menurut data statistik *National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES) 2007 – 2010, prevalensi infark miokard lebih banyak diderita laki – laki dibandingkan perempuan. Kejadian ini mulai meningkat pada laki – laki saat berusia  $\geq 45$  tahun dan perempuan  $\geq 55$  tahun (Hastuti dkk, 2013).. Peran perawat dalam pelayanan di ruangan ICCU ada 3 yaitu independent (mandiri), dependent, serta interdependen. Peran perawat sebagai independen dimana perawat dapat melakukan perannya secara mandiri. Peran perawat sebagai dependen dimana perawat melakukan tindakan berdasarkan instruksi dari dokter ketika dokter tidak ada di tempat. Peran perawat kolaborasi yaitu tindakan perawat berdasar pada kerja sama dengan tim perawatan atau tim kesehatan lainnya. **Kesimpulan** dari studi kasus ini adalah tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktek, dimana pada tahap pengkajian pada riwayat penyakit dahulu dan penyakit keluarga sesuai dengan teori dan kasus nyata yang ditemukan. Dan untuk diagnosa keperawatan tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus nyata, pada kasus nyata terdapat 3 masalah kesehatan yang sesuai dengan teori. Untuk evaluasi keperawatan tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek.

**Kata Kunci : Asuhan Keperawatan STEMI**

## BAB 1

### PENDAHULUAN

#### 1.1 Latar Belakang

Infark Miokard adalah kerusakan jaringan miokard akibat iskemia hebat yang terjadi secara tiba – tiba. Keadaan ini biasanya disebabkan oleh ruptur plak yang diikuti dengan proses pembentukan trombus oleh trombosit (Hastuti dkk, 2013).

ST Elevasi Miokard Infark (STEMI) adalah rusaknya bagian otot jantung secara permanen akibat insufisiensi aliran darah koroner oleh proses degeneratif maupun di pengaruhi oleh banyak faktor yang ditandai keluhan nyeri dada, peningkatan enzim jantung dan ST elevasi pada pemeriksaan EKG (Doengos, 2003).

Berdasarkan laporan *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2008, infark miokard merupakan penyebab kematian utama di dunia. Terhitung sebanyak 7,25 juta (12,8%) kematian terjadi akibat penyakit ini di seluruh dunia. Menurut data statistik *National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES) 2007 – 2010, prevalensi infark miokard lebih banyak diderita laki – laki dibandingkan perempuan. Kejadian ini mulai meningkat pada laki – laki saat berusia  $\geq 45$  tahun dan perempuan  $\geq 55$  tahun (Hastuti dkk, 2013).

Penyakit infark miokard juga merupakan salah satu masalah kesehatan di Indonesia. Laporan *Riskesdas* tahun 2007 memperlihatkan bahwa penyakit infark miokard termasuk 10 penyebab kematian terbanyak dengan proporsi kematian sebesar 5,1%. Menurut data Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) tahun 2010, penyakit infark miokard menduduki peringkat 10 besar Penyakit Tidak Menular (PTM) yang menyebabkan rawat jalan (1,88%) dan rawat inap (2,29%) rumah sakit di Indonesia (Hastuti dkk, 2013).

Berdasarkan data yang didapatkan dari ruangan ICCU RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes, angka kejadian STEMI di RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes di Ruang ICCU dari bulan januari sampai juni sebanyak 44 kasus, dengan laki-laki sebanyak 35 kasus dan perempuan sebanyak 9 kasus.

Penatalaksanaan Infark Miokard Akut Elevasi ST dimulai sejak kontak medis pertama, baik untuk diagnosis dan perawatan. Diagnosis kerja infark miokard harus dibuat berdasarkan riwayat nyeri dada yang berlangsung selama 20 menit atau lebih, yang tidak membaik dengan pemberian nitroglicerine. Adanya riwayat penyakit jantung dan penjaran 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).

Tatalaksana pasien di ruangan ICCU adalah pembatasan aktifitas pasien selama 12 jam pertama, pasien harus puasa atau hanya minum dalam 4-12 jam karena resiko muntah dan aspirasi segera setelah infark miokard, 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).

Penanganan STEMI farmakologi pada prinsipnya ditujukan untuk mengatasi nyeri angina dengan cepat, intensif dan mencegah berlanjutnya iskemia serta terjadinya infark miokard akut atau kematian mendadak. Pasien diberikan terapi anti-iskemik seperti nitrat, penyekat, antagonis kalsium, morfin, terapi antitrombotik, aspirin/asam asetil salisilat (ASA), terapi antikoagulan seperti heparin. Adapun penanganan STEMI non-farmakologi yaitu dengan tindakan revaskularisasi, rehabilitasi medik, modifikasi faktor risiko.

Peran perawat dalam pelayanan di ruangan ICCU ada 3 yaitu independent (mandiri), dependent, serta interdependen. Peran perawat sebagai independen dimana perawat dapat melakukan perannya secara mandiri. Peran perawat sebagai dependen dimana perawat melakukan tindakan berdasarkan instruksi dari dokter ketika dokter tidak ada di tempat. Peran perawat kolaborasi yaitu tindakan perawat berdasar pada kerja sama dengan tim perawatan atau tim kesehatan lainnya.

## **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**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mengembangkan polapikir ilmiah tentang asuhan keperawatan Ny. D. M dengan STEMI menggunakan pendekatan keperawatan di ruang ICCU RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.

### **1.3.2 Tujuan Studi Kasus**

1. Melakukan pengkajian keperawatan pada Ny. D. M dengan

- diagnosa medik STEMI di ruang ICCU RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang
2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada Ny. D. M dengan diagnosa medik STEMI di ruang ICCU RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang
  3. Membuat perencanaan keperawatan pada Ny. D. M dengan diagnosa medik STEMI di ruang ICCU RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang
  4. Melakukan tindakan keperawatan pada Ny. D. M dengan diagnosa medik STEMI di ruang ICCU RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang
  5. Melakukan evaluasi hasil asuhan keperawatan pada Ny. D. M dengan diagnosa medik STEMI di ruang ICCU RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang

#### **1.4 Manfaat Studi Kasus**

##### 1.4.1 Manfaat Teoritis

Meningkatkan pengetahuan bagi pembaca agar dapat melakukan pencegahan untuk diri sendiri dan orang disekitarnya agar tidak terkena Infark Miokard (serangan jantung) serta mengetahui tanda dan gejala serangan jantung.

##### 1.4.2 Manfaat Praktis

###### 1. Bagi Perawat

Memperkaya pengetahuan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pasien dengan STEMI di ruang ICCU.

###### 2. Bagi Pasien dan Keluarga

Meningkatkan pengetahuan tentang ST Elevasi Miokard Infark (STEMI) sehingga dapat memberikan penanganan awal di rumah.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Teori**

##### **2.1.1 Pengertian Infark Miokard**

Infark miokard merupakan daerah nekrosis otot jantung sebagai akibat berkurangnya pasokan darah koroner yang tiba – tiba, baik absolut ataupun relatif. Penyebab paling sering ialah trombosis yang diperberat pada, atau pendarahan dalam, plak ateromatosa dalam arteri koronaria epikardial (Suddarth, 2014).

Infark miokard (IM) akut disebabkan oleh penyumbatan yang tiba – tiba pada salah satu cabang dari arteria koronaria. Penyumbatan ini dapat meluas dan mengganggu fungsi jantung atau mengakibatkan nekrosis miokardium. Nekrosis akan meninggalkan parut atau fibrosis pada miokardium. Penyumbatan arteri koronaria dapat disebabkan oleh trombosis koronaria ( terbentuknya embolus dalam arteria koronaria), atau terjadi proses aterosklerosis pada arteria koronaria (Baradero, 2000).

Infark tidak langsung terjadi total, trauma iskemik langsung berupa jam, kemudian baru terjadi infark atau timbul nekrosis. Pada saat proses iskemia berlangsung, lapisan subendokardium (karena sangat peka pada kekurangan oksigen) mengalami hipoksia, kemudian baru seluruh lapisan miokardium. Iskemia mengganggu permeabilitas sel – sel miokardium terhadap elektrolit – elektrolit yang menyebabkan menurunnya kontraktilitas miokardium. Proses iskemi yang berlangsung lebih dari 35 – 45 menit akan menimbulkan kerusakan sel – sel yang irreversible dan nekrosis miokardium. Fungsi kontraktilitas pada bagian dengan nekrosis berhenti total dan permanen (Baradero, 2000).

##### **2.1.2 Etiologi**

Penyakit jantung disebabkan oleh adanya penimbunan abnormal lipid atau bahan lemak dan jaringan fibrosa di dinding pembuluh darah yang mengakibatkan perubahan struktur dan fungsi arteri dan penurunan aliran darah ke jantung (Suddarth, 2014).

##### **2.1.3 Faktor Resiko**

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

1. Merokok

Seseorang dengan resiko tinggi penyakit jantung koroner dianjurkan untuk berhenti merokok. Orang yang telah berhasil menghentikan kebiasaan merokok dapat menurunkan risiko penyakit jantung koroner sampai 50% pada tahun



pertama. Resiko akan terus menurun selama orang tersebut tetap tidak merokok. Paparan terhadap rokok secara pasif sebaiknya dihindari karena tetap dapat memperberat penyakit jantung paru yang sudah ada.

## 2. Tekanan Darah Tinggi

Tekanan darah tinggi adalah faktor risiko yang paling membahayakan karena biasanya tidak menunjukkan gejala sampai telah menjadi lanjut. Tekanan darah tinggi menyebabkan tingginya gradien tekanan yang harus dilawan oleh ventrikel kiri saat memompa darah. Tekanan tinggi yang terus menerus menyebabkan suplai kebutuhan oksigen jantung meningkat.

## 3. Kolesterol Darah Tinggi

Lemak yang tidak larut dalam air, terikat dengan lipoprotein yang terikat dalam air, yang memungkinkannya dapat di angkut dalam system peredaran darah. Tiga elemen metabolisme lemak-kolesterol total, lipoprotein densitas rendah (LDL = low density lipoprotein), dan lipoprotein densitas tinggi (HDL = high density lipoprotein) dianggap sebagai faktor primer yang mempengaruhi perkembangan penyakit jantung koroner. Pengontrolan kadar serum kolesterol total, LDL dan HDL dalam batas terapeutik adalah tujuan yang harus dicapai dalam penatalaksanaan diet penyakit jantung koroner. LDL menyebabkan efek berbahaya pada dinding arteri dan mempercepat proses aterosklerosis. Sebaliknya, HDL membantu penggunaan kolesterol total dengan cara mengangkut LDL ke hati, mengalami biodegradasi dan kemudian diekskresi. Tujuan yang diinginkan adalah menurunkan kadar LDL ( $< 130$  mg/dl), meningkatkan kadar HDL ( $>50$  mg/dl) dan menurunkan kadar kolesterol total  $< 200$  mg/dl. Kadar normal tersebut dianjurkan pada pasien tanpa penyakit jantung koroner atau faktor risiko lain yang bermakna.

## 4. Hiperglikemia

Hiperglikemia menyebabkan peningkatan trombosit, yang dapat menyebabkan pembentukan thrombus. Kontrol hiperglikemia tanpa modifikasi faktor risiko lainnya tidak akan menurunkan risiko penyakit jantung koroner. Bila ada faktor risiko lain seperti obesitas, faktor tersebut juga harus dikontrol.

## 5. Pola Perilaku

Stres dan perilaku tertentu diyakini mempengaruhi patogenesis penyakit jantung koroner. Penelitian psikobiologis dan epidemiologis menunjukkan perilaku seseorang yang rentan terhadap penyakit jantung koroner: ambisius kompetitif,

selalu tergesa, agresif dan kejam. Orang yang menunjukkan kepribadian ini diklasifikasikan sebagai rentan koroner tipe A. nampaknya selain menurunkan faktor risiko lain (merokok, lemak), orang seperti ini harus berusaha merubah gaya hidup dan kebiasaan dalam jangka panjang. Pola perilaku tipe A telah banyak diterima secara luas sebagai faktor risiko penyakit jantung koroner. Penelitian terbaru menunjukkan bahwa pola perilaku ini sebenarnya tidak seperti yang sebelumnya diperkirakan, namun belum ada bukti yang membuktikan peran sebenarnya. `

#### **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 disebabkan oleh syok atau perdarahan. Pada setiap kasus infark miokardium selalu terjadi ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen jantung (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).

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 dinamakan infark miokardium. Jantung yang mengalami kerusakan ireversibel akan mengalami degenarasi 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, disritmia dan akhirnya akan mengalami kematian mendadak (Suddarth, 2014).

### **2.1.5 Manifestasi klinis**

Banyak penelitian menunjukkan pasien dengan infark miokardium biasanya pria, diatas 40 tahun, dan mengalami aterosklerosis pada pembuluh koronernya, sering disertai hipertensi arterial. Sarangan juga terjadi pada wanita dan pria diawal 30-an atau bahkan 20-an. Wanita yang memakai kontrasepsi pil dan merokok mempunyai resiko sangat tinggi. Namun secara keseluruhan angka kejadian infark miokardium pada pria lebih tinggi dibandingkan wanita disemua usia.

Nyeri dada yang tiba – tiba dan berlangsung terus menerus, terletak dibagian bawah sternum dan perut atas, adalah gejala utama yang biasanya muncul. Nyeri akan terasa semakin berat sampai tidak tertahankan. Rasa nyeri yang tajam dan berat bisa menyebar ke bahu dan lengan, biasanya lengan kiri. Tidak seperti nyeri angina, nyeri ini muncul secara spontan (bukan setelah kerja berat atau gangguan emosi) dan menetap selama beberapa jam sampai beberapa hari dan tidak akan hilang dengan istirahat maupun nitrogliserin. Pada beberapa kasus nyeri bisa menjalar ke dagu dan leher, nyeri sering disertai dengan napas pendek, pucat, berkeringat dingin, pusing dan kepala ringan, dan mual serta muntah.

Pasien dengan diabetes melitus mungkin tidak merasa nyeri berat bila menderita infark miokardium, karena neuropati yang menyertai diabetes mempengaruhi neuoreseptor, sehingga menumpulkan nyeri yang dialaminya.

Meskipun pasien biasanya pria dan berusia diatas 40 tahun, namun wanita yang mengalami gejala dan tanda – tanda seperti yang telah disebutkan harus di tangani serius, khususnya bila ia merokok dan juga memakai pil kontrasepsi. (Suddarth 2014)

### **2.1.6 Pemeriksaan penunjang**

Uji diagnostik. Uji diagnostik untuk gangguan ini meliputi penetapan indikator non – spesifik, elektrokardiogram, dan pemeriksaan enzim serum

1. Reaksi non – spesifik.

Reaksi non – spesifik terhadap nekrosis miokardial adalah leukosit yang meningkat dalam beberapa jam setelah serangan IM akut. Leukosit dapat mencapai 12.00 – 15.00 / mm dan berlangsung selama 3 -7 hari. Laju endap darah juga meningkat.

## 2. Elektrokardiogram.

Pada infark miokard transmural ketika nekrosis dialami oleh semua lapisan dinding miokardium, EKG dapat menunjukkan kelainan, seperti gelombang Q mencapai segmen ST meningkat, dan gelombang T abnormal. apabila nekrosis dapat mengenai semua lapisan miokardium, disebut infark subendokardium dan perubahan hanya terdapat pada segmen ST. Perlu diketahui bahwa EKG tidak selalu memberikan informasi yang pasti tentang iskemia.

## 3. Enzim serum

Apabila sel – sel jantung mati (nekrosis), ada enzim – enzim tertentu yang dikeluarkan ke dalam darah. Enzim tersebut adalah kreatin kinase (CK), serum aspartate amino transferase (AST) dulu adalah SGOT (serum glutamic – oxalocetic transaminase), lactic acid dehydrogenase (LDH). Pada peningkatan enzim – enzim ini setelah serangan infark miokard akut dapat membantu dalam menentukan diagnosis. Akan tetapi, peningkatan enzim – enzim ini tidak terbatas pada kerusakan sel – sel miokardium, tetapi dapat juga meningkat apabila terjadi kerusakan pada sel – sel hati, ginjal, otak, paru, vesika urinaria, atau usus. Agar pemeriksaan enzim – enzim ini dapat spesifik, untuk sel – sel miokardium, enzim dipecahkan atau dijadikan isoenzim. Misalnya enzim CK1 terdapat pada otak, paru, vesika urinaria, atau usus. CK2 hanya terdapat pada sel – sel miokardium, CK3 akan terdapat pada serum pasien dalam 48 jam setelah serangan IM akut transmural. LDH juga dapat dipecahkan agar menjadi spesifik. Sel – sel miokardium kaya dengan LDH1 sehingga kerusakan pada sel – sel miokardium akan membuat LDH1 meningkat. (Mery Baradero 2008)

## 4. Kimia darah

- a. Profil lemak. Kolesterol tetap, trigliserida dan lipoprotein diukur untuk mengevaluasi resiko sterosklerotik, khususnya bila ada riwayat keluarga yang positif, atau untuk mendiagnosa abnormalitas lipoprotein tertentu. Kolesterol total yang meningkat diatas 200 mg/ml merupakan prediktor peningkatan resiko penyakit jantung koroner (CAD). Lipoprotein yang mengangkut kolesterol dalam darah, dapat dianalisa melalui

elektroforesis. Lipoprotein densitas tinggi (HDL), yang membawa kolestrol dari sel perifer dan mengangkatnya ke hepar, bersifat protektif, sebaliknya, lipoprotein densitas rendah (LDL) mengangkat kolesterol ke sel perifer. Penurunan lipoprotein densitas tinggi dan peningkatan lipoprotein densitas rendah akan meningkatkan resiko penyakit arteri koronaria aterosklerotik.

- b. Elektrolit serum. Elektrolit serum dapat mempengaruhi prognosis pasien dengan infark miokard akut atau setiap kondisi jantung. Natrium serum mencerminkan keseimbangan cairan relatif. Secara umum, hiponatremia menunjukkan kelebihan cairan dan hipernatremia menunjukkan kekurangan cairan. Kalsium sangat penting koagulasi darah dan aktifitas neuromuskular. Hipokalsemia dan hiperkalsemia dapat menyebabkan perubahan EKG dan disritmia.
- c. Kalsium serum. Di pengaruhi oleh fungsi ginjal da dapat menurunkan akibat bahan diuretika yang sering digunakan untuk marawat gagal jantung kongestif. Penurunan kadar kalium mengakibatkan iritabilitas jantung dan membuat pasien yang mendapatkan preparat digitalis cenderung mengalami toksisitas digitalis dan peningkatan kadar kalium mengakibatkan depresi miokardium dan iritabilitas ventrikel. Hipokelemlia dan hiperkalemia dapat mengakibatkan fibrilasi ventrikel dan henti jantung.
- d. Nitrogen urea darah. (BUN) adalah produk akhir metabolisme protein dan diekresikan oleh ginjal. Pada pasien jantung, peningkatan BUN dapat mencerminkan penurunan perfusi ginjal (akibat penurunan curah jantung) atau kekurangan volume cairan intravaskuler (akibat terapi diuretika).
- e. Glukosa. Glukosa serum harus dipantau karena kebanyakan pasien jantung juga menderita diabetes militus, glukosa serum sedikit meningkat pada keadaan stres akibat mobilisasi epinefrin endogen yang menyebabkan konversi glikogen hepar menjadi glukosa.

f.

### 2.1.7 Penatalaksanaan

Obat yang biasa digunakan dalam tatanan perawatan kritis untuk mengobati penyakit kardiovaskuler:

1. Terapi Fibrinolitik, diindikasikan untuk pasien dengan infark miokardium elevasi segmen ST akut. Tujuan terapi fibrinolitik adalah melarutkan thrombus, menetapkan kembali aliran darah koroner, meminimalkan ukuran infark, mempertahankan fungsi ventrikel kiri, serta mengurangi morbiditas dan motilitas. obat fibrinolitik yang sering dipakai yaitu Streptokinase, tenekteplase, reteplase, alteplase.
2. Terapi Antikoagulan, seperti heparin unfractionated, inhibitor thrombin langsung, dan wafarin membatasi pembentukan fibrin lebih lanjut dan membantu mencegah tromboembolisme.
3. Terapi Inhibitor Trombosit, aspirin merupakan inhibitor trombosit yang paling luas digunakan, menghambat tromboksan A<sub>2</sub>, suatuagonis trombosit, dan mencegah pembentukan thrombus dan vasokonstriksi arteri. Aspirin digunakan untuk mengurangi mortalitas pada pasien yang mengalami infark miokard, mengurangi insiden infark miokard non fatal dan mortalitas pada pasien yang mengalami angina stabil, angina tidak stabil, atau infark miokardium sebelumnya. Aspirin juga diindikasikan untuk mengurangi risiko stroke nonfatal dan kematian pada pasien yang memiliki riwayat stroke iskemik atau iskemia sementara akibat embolus trombosit.

### 2.1.8 Komplikasi

Komplikasi	Interval waktu	Mekanisme
Mati mendadak	Biasanya dalam beberapa jam	Sering fibrilasi ventrikel
Aritmia	Beberapa hari pertama	
Nyeri menetap	12 jam – beberapa hari	Nekrosis miokard progresif (perluasan infark)
Angina	Segera atau ditunda (minggu)	Iskemia otot jantung yang tidak infark
Gagal jantung	Bemacam – macam	Disfungsi fentrikel mengikuti nekrosis otot aritmia
Katidakmampuan mitral	Beberapa hari pertama	Disfungsi otot perifer, nekrosis atau ruptur
Perikarditis	2 – 4 hari	Infark transmural dengan

		radang perikardium
Ruptur jantung (dinding ventrikel, septum atau otot perifer)	3 – 5 hari	Lemahnya dinding mengikuti nekrosis otot dan radang akut
Trombosis mural	Satu minggu atau lebih	Kelainan permukaan endotel mengikuti infark
Aneurisma ventrikel	Empat minggu atau lebih	Pengerutan jaringan parut kolagen yang baru
Sindroma dressier (nyeri dada, demam, efusi)	Minggu – beberapa bulan	Autoimun
Emboli pulmo	Satu minggu atau lebih	Trombosis vena dalam tungkai bawah

## 2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

### 2.2.1 Pengkajian

Pengkajian dilakukan untuk mendapatkan data dasar tentang informasi status terkini pasien, sehingga setiap perubahan bisa diketahui sesegera mungkin. Pengkajian keperawatan harus sistematis dan ditujukan untuk mengidentifikasi kebutuhan jantung pasien untuk menentukan prioritas kebutuhan.

Pengkajian sistematis pasien mencakup riwayat yang cermat khususnya yang berhubungan dengan gambaran gejala: nyeri dada, sulit bernapas, atau keringat dingin. Masing-masing gejala harus dievaluasi waktu dan durasinya., serta faktor yang mencetuskan dan yang meringankannya. Pengkajian fisik yang lengkap dan tepat juga sangat penting untuk mendeteksi adanya komplikasi. Setiap perubahan pada status pasien harus dilaporkan segera. Metode sistematis yang digunakan dalam pengkajian harus meliputi parameter berikut:

1. **Tingkat Kesadaran**, orientasi pasien terhadap waktu, tempat, dan orang dipantau dengan ketat.terkadang terjadi perubahan status penginderaan mental akibat terapi medis atau syok kardiogenik yang mengancam. Perubahan penginderaan berarti bahwa jantung tidak mampu memompa darah yang cukup untuk oksigenasi otak. Fungsi motorik dan tingkat kesadaran dapat diuji secara bersamaan melalui kemampuan berespon perintah sederhana. Misalnya, respons pasien untuk

“menggenggam tangan saya” memungkinkan perawat mengkaji status mental maupun kekuatan genggam tangan masing-masing tangan.

2. **Nyeri Dada**, ada atau tidaknya nyeri dada adalah satu-satunya temuan terpenting pada pasien dengan miokard infark akut. Pada setiap episode nyeri dada, harus dicatat EKG dengan 12 lead. Pasien bisa juga ditanya mengenai beratnya nyeri dengan skala angka 0 sampai 10, dimana 0 tidak nyeri dan 10 terasa nyeri paling berat.
3. **Frekuensi dan Irama Jantung**, frekuensi dan irama jantung dipantau terus-menerus ditempat tidur dengan monitor. Frekuensi dipantau akan adanya kenaikan dan penurunan yang tidak dapat dijelaskan; irama dipantau akan adanya deviasi terhadap irama sinus. Bila terjadi disritmia tanpa nyeri dada, maka parameter klinis lain selain oksigenasi yang adekuat harus dicari, seperti kadar kalium serum terakhir. Pada beberapa kasus mungkin diperlakukan terapi medis antidisritmia.
4. **Bunyi Jantung**, bunyi jantung harus diauskultasi dengan stetoskop yang baik. Bagian *bell* stetoskop digunakan untuk mendengarkan nada rendah. Sedangkan diafragma untuk mendengarkan suara bernada tinggi. *Bell* stetoskop diletakkan diatas kulit dada dengan ringan, sebaliknya diafragma ditekan dengan mantap.
5. **Catat Bunyi yang Tidak Normal**, mencakup bunyi jantung tiga (S3) yang dikenal sebagai gallop ventrikel dan bunyi jantung empat (S4), yang dikenal sebagai gallop atrial atau presistolik. Biasanya setelah terjadi miokard infark akan timbul bunyi S3 dihasilkan saat darah dalam ventrikel menghantam dinding yang tidak lentur dari jantung yang rusak. Bunyi S3 merupakan tanda awal gagal ventrikel kiri yang mengancam. Deteksi dini S3 yang diikuti penatalaksanaan medis yang agresif dapat mencegah edema paru yang mengancam jiwa.
6. **Mur-mur jantung** atau *friction rub*, perikardium dapat didengar dengan mudah sebagai bunyi tambahan. Bunyi ini lebih kompleks untuk didiagnosa namun dapat terdengar dengan mudah dan harus dilaporkan segera. Adanya murmur yang sebelumnya tidak ada dapat menunjukkan perubahan fungsi otot miokard, sedangkan *friction rub* menunjukkan adanya perikarditis.
7. **Tekanan Darah**, tekanan darah diukur untuk menentukan respon terhadap nyeri dan keberhasilan terapi, khususnya terapi vasodilator, yang dikenal dapat menurunkan tekanan darah. Pengukuran tekanan nadi perlu diperhatikan dengan cermat. Tekanan nadi adalah perbedaan angka antara tekanan sistole dan diastole. Penurunan tekanan nadi biasa terjadi setelah miokard infark.



8. **Denyut Nadi Perifer**, denyut nadi perifer dievaluasi frekuensi dan volumenya. Perbedaan frekuensi denyut nadi perifer dan frekuensi denyut jantung menegaskan adanya disritmia seperti fibrilasi atrium. Denyut nadi perifer paling sering dievaluasi untuk menentukan kecukupan aliran darah ke ekstremitas. Denyut nadi perifer yang melemah bisa merupakan petunjuk bahwa sedang terjadi penyumbatan aliran darah.
9. **Tempat Infus Intravena**, sering diperiksa kelancarannya dan akan adanya tanda-tanda radang. Berbagai obat diberikan secara intravena untuk mencegah perubahan kadar enzim serum yang dapat terjadi bila obat diinjeksikan secara intramuscular. Maka penting sekali dipasang satu atau dua infuse intravena pada pasien yang mengalami nyeri dada agar selalu tersedia akses untuk pemberian obat darurat.
10. **Warna Kulit dan Suhu**, kulit dievaluasi untuk mengetahui apakah warnanya merah muda, hangat dan kering, yang menunjukkan sirkulasi perifer yang baik. Karna warna kulit setiap orang berbeda, maka tempat terbaik untuk memeriksa warna kulit adalah pada kuku, selaput mukosa mulut, dan cuping telinga. Pada gtempat tersebut akan tampak biru atau ungu pada pasien yang mengalami kesulitan untuk mempertahankan kebutuhan oksigen. Pasien yang kulitnya dingin, lembab, atau berkeringat dingin (diaforesis) mungkin merupakan respon terhadap terapi medis atau kolaps kardiovaskuler yang berlanjut seperti pada syok kardiogenik.
11. **Paru**, setiap peningkatan atau penurunan frekuensi pernapasan harus diawasi, seiring dengan adanya kesulitan napas. Gerakan napas harus teratur dan tanpa hambatan aliran udara.
12. **Napas Pendek**, dengan atau tanpa sesak dan batuk adalah kunci tanda klinis yang harus diperhatikan. Batuk kering pendek sering merupakan tanda gagal jantung. Dada diauskultasi adanya *wheezing* atau krekel. *Wheezing* diakibatkan oleh udara yang melintasi jalan sempit, krekel terjadi apabila udara bergerak melalui air dan bila terjadi miokard infark akut, biasanya menunjukkan gagal jantung.
13. **Fungsi Gastrointestinal**, mual dan muntah dapat terjadi. Jumlah yang dimuntahkan harus dicatat, dan muntahan diperiksa akan adanya darah. Pembatasan asupan makanan hanya berupa makanan cair, dapat meringankan kerja jantung dengan cara mengurangi aliran darah yang diperlukan untuk mencerna makanan padat. Jika diperlukan prosedur invasive, maka kemungkinan aspirasi isi lambung ke paru dapat dikurangi bila pasien hanya menelan makanan cair. Abdomen dipalpasi adanya nyeri tekan keempat kuadran. Setiap kuadran diauskultasi adanya bising usus. Dicatat juga ada atau tidaknya flatus. Setiap feses yang dikeluarkan diperiksa adanya darah,

khususnya pada pasien yang mendapat obat-obatan yang mempengaruhi pembekuan darah.

14. *Status Volume Cairan*, pengukuran haluaran urin sangat penting, terutama dalam hubungannya dengan asupan cairan. Pada sebagian besar kasus, cairan yang seimbang atau yang cenderung negatif akan lebih baik karena pasien dengan miokard infark harus menghindari kelebihan cairan dan kemungkinan terjadinya gagal jantung. Pasien harus diperiksa adanya edema. Perawat harus waspada terhadap berkurangnya haluaran urin (oliguria), suatu tanda awal syok kardiogenik adalah hipotensi yang disertai oliguria. (Suddarth, 2014).

### 2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan pada manifestasi klinis, riwayat keperawatan dan pengkajian diagnostik, maka diagnosa keperawatan utama pasien mencakup yang berikut (Suddarth, 2014) :

1. Nyeri dada berhubungan dengan berkurangnya aliran darah koroner.
2. Potensial pola pernapasan tidak efektif berhubungan dengan cairan berlebih.
3. Potensial gangguan perfusi jaringan berhubungan dengan turunnya curah jantung.
4. Cemas berhubungan dengan takut akan kematian.
5. Potensial tidak menjalankan program perawatan diri berhubungan dengan mengingkari diagnosa gangguan miokard akut.

### 2.2.3 Intervensi Keperawatan

1. Penghilangan nyeri dada, penghilangan nyeri dada adalah prioritas utama pada pasien dengan miokard infark, dan terapi medis diperlukan untuk mencapai tujuan tersebut, sehingga penatalaksanaan nyeri dada merupakan usaha kolaborasi antara dokter dan perawat. Metode yang dipakai untuk menghilangkan nyeri dada sehubungan dengan miokard infark adalah pemberian terapi **Vasodilator** dan **obat anti koagulan** intravena. Nitrogliserin dan heparin adalah obat pilihan.
2. Oksigen, harus diberikan bersama dengan terapi medis untuk menjamin penghilang nyeri secara maksimal. Menghirup oksigen meskipun dengan dosis rendah mampu meningkatkan kadar oksigen dalam sirkulasi dan mengurangi nyeriberhubungan dengan rendahnya kadar oksigen dalam sirkulasi. Cara pemberian biasanya melalui kanula hidung dan kecepatan aliran oksigen ini harus dicatat. Apabila tidak terjadi proses penyakit lain yang menyertai, kecepatan aliran 2 sampai 4 liter permenit biasanya dapat mempertahankan kadar saturasi oksigen 96% sampai 100% secara adekuat.

3. Tanda Vital, dikaji lebih sering selama pasien merasakan nyeri.
4. Istirahat Fisik, ditempat tidur dengan bahu dan kepala dinaikkan atau kursi jantung (*cardiac chair*) dapat membantu mengurangi nyeri dada dan dispnea. Posisi kepala yang lebih tinggi akan menguntungkan berdasar alasan berikut; volume tidal dapat diperbaiki karena tekanan isi perut terhadap diafragma berkurang sehingga pertukaran gas akan lebih baik, drainase lobus atas paru lebih baik, dan aliran balik vena ke jantung (*preload*) berkurang, sehingga mengurangi kerja jantung.
5. Memperbaiki Fungsi Respirasi, pengkajian fungsi pernapasan yang teratur dan teliti dan membantu perawat mendeteksi tanda-tanda awal komplikasi yang berhubungan dengan paru. Menganjurkan pasien untuk bernapas dalam dan merubah posisi sesering mungkin akan mencegah pengumpulan cairan didasar paru.
6. Meningkatkan Perfusi Jaringan yang Adekuat, menjaga agar pasien tetap ditempat tidur atau kursi sangat membantu mengurangi konsumsi oksigen jantung. Memeriksa suhu kulit dan denyut nadi perifer sesering mungkin perlu dilakukan untuk mengetahui bahwa perfusi jaringan adekuat. Oksigen dapat diberikan untuk meningkatkan suplai oksigen dalam sirkulasi.
7. Pengurangan Kecemasan, membina hubungan saling percaya dalam perawatan pasien sangat penting untuk mengurangi kecemasan. Beri kesempatan pada pasien sesering mungkin untuk berbagi rasa mengenai keprihatinan dan ketakutan. Rasa diterima akan membantu pasien mengetahui bahwa perasaan seperti itu masuk akal dan normal.
8. Pendidikan Pasien dan Pertimbangan Perawatan di Rumah, cara paling efektif untuk meningkatkan kepatuhan pasien terhadap program perawatan diri setelah pulang dari rumah sakit adalah dengan memberikan pendidikan mengenai proses penyakitnya. Bekerja sama dengan pasien dalam mengembangkan perencanaan yang dirancang untuk memenuhi kebutuhan khusus, akan meningkatkan potensial kepatuhan.
9. Pemantauan dan Pelaksanaan Komplikasi Potensial, komplikasi yang dapat terjadi setelah infark miokardium disebabkan oleh kerusakan pada jantung dan sistem hantaran akibatnya menurunnya aliran darah koroner. Pasien dipantau dengan ketat bila terdapat perubahan frekuensi, irama, serta bunyi jantung, tekanan darah, nyeri dada, status pernapasan, haluaran urin, suhu, warna kulit, perubahan penginderaan, dan perubahan nilai laboratorium. (Suddarth, 2014).

#### **2.2.4 Evaluasi**

Hasil yang diharapkan:

1. Pasien menunjukkan pengurangan nyeri.
2. Tidak menunjukkan kesulitan dalam bernapas.
3. Perfusi jaringan terpelihara secara adekuat.
4. Memperlihatkan berkurangnya kecemasan.
5. Mematuhi program perawatan diri.
6. Tidak menunjukkan adanya komplikasi.

(Suddarth, 2014)

## **BAB 3**

### **HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN**

#### **3.1. Hasil Studi Kasus**

##### **3.1.1. Pengkajian**

Studi kasus dilakukan di RSUD ProfDr. W. Z. Johannes Kupang, pada tanggal 08-11 Juli 2019 di ruang ICCU. Pasien yang dirawat berinisial Ny. D. M berusia 62 tahun, jenis kelamin perempuan, agama kristen protestan, pekerjaan ibu rumah tangga, alamat Namosain, no register 515678, masuk rumah sakit pada tanggal 06 juli 2019 pukul 16.15 dengan diagnosa medis Stemi Post Trombolitik, sumber informasi dari pasien, keluarga dan catatan perawatan.

Hasil pengkajian pada tanggal 08 juli 2019 jam 09.00 didapatkan hasil keluhan utama Ny. D. M mengatakan badan terasa lemah, sesak napas, nyeri ulu hati, dan mual. Sebelum sakit Ny. D. M mengatakan ada riwayat penyakit diabetes, Ny. D. M juga mengatakan tidak memiliki riwayat alergi terhadap makanan maupun obat.

##### **Pengkajian primer :**

Airway (jalan nafas): tidak ada sumbatan jalan nafas atau jalan nafas Ny. D. M bebas, Breathing (pernafasan): pasien Ny. D. M mengalami sesak nafas tanpa aktifitas, tidak menggunakan otot bantu nafas, frekuensi nafas 23x/menit, irama nafas tidak teratur, Circulation: Nadi 105x/menit, irama tidak teratur, denyut nadi kuat, TD 110/70 MmHg, ekstermitas hangat, warna kulit pucat, mukosa bibir kering, capillary refill time <3 detik, tidak terdapat edema. Disability: tingkat kesadaran composmentis, reflek terhadap cahaya positif.

##### **Pengkajian sekunder :**

Muskuloeskeletal: kekuatan Otot 4, pasien disarankan bedres total, ADL ( makan-minum, personal hygiene, dan toileting) dibantu perawat dan keluarga, kebutuhan nutrisi: pasien mengatakan makan 3 kali sehari dengan menghabiskan setengah porsi, pola eliminasi BAK : pasien terpasang kateter, jumlah urine output 50cc/7 jam warna kuning jernih, tidak ada rasa sakit saat BAK, BAB : pasien mengatakan BAB pada pagi hari 1x bising usus 10x/ menit. Pola istirahat dan tidur : pasien mengatakan tidak terganggu, pasien tidur sekitar 6-7 jam tanpa terbangun.

Hasil pemeriksaan penunjang yang dilakukan adalah EKG dan pemeriksaan laboratorium, hasil yang didapatkan: hasil pemeriksaan EKG: Ventricular Hypertropi.

Hasil pemeriksaan laboratorium, SGPT hasilnya 124 U/L dengan nilai normal < 41 U/L, SGOT hasilnya 415 U/L dengan nilai normal < 35 U/L, Trigliserida hasilnya 129 mg/dL dengan nilai normal < 150 mg/dL, Kolesterol Total hasilnya 264 mg/dL dengan nilai normal < 200 mg/dL, HDL Kolesterol hasilnya 28 mg/dL dengan nilai normal  $\geq$ 40 mg/dL, Glukosa Darah Puasa hasilnya 642 mg/dL dengan nilai normal 82-115 mg/dL, Gula Darah 2 Jam PP hasilnya 531 mg/dL dengan nilai normal 750-140 mg/dL, Gliko HB (HbA1c) hasilnya 12,9% dengan nilai normal < 6%, Asam Urat hasilnya 9,6 mg/dL dengan nilai normal 1,9-7,9 mg/dL, Troponin I hasilnya 44,72  $\mu$ L dengan nilai normal < 0,60  $\mu$ L.

### 3.1.2. Perumusan diagnosa

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

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung, data yang didapatkan :

Data Subyektif : Ny. D. M mengatakan merasakan lemah dan sesak napas.

Data obyektif: Ny.D. M tampak lemah, sesak nafas,perubahan elektrokardiogram (ventrikuler hypertropi), perubahan warna kulit (pucat), capiler refill time <3 detik,EKG: ventricular hypertropi, Nadi 105x/menit.

2. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, data yang didapatkan :

Data Subyektif : Ny. D. M mengatakan merasakan lelah dan sesak napas.

Data Obyektif : ADL (*activities of daily living*) dibantu oleh keluarga dan perawat seperti makan, minum, toileting dan personal hygiene, TTV: TD.120/80 MmHg, N.102x/menit, S. 36.5<sup>0</sup>C, RR. 28x/menit, Hasil EKG sinus takikardi DT elevasi V<sub>1</sub>-V<sub>3</sub>, Hasil laboratorium Hb 8,0 g/dL.

3. Ketidakseimbangan glukosa dalam darah berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang manajemen diabetes, data yang didapatkan :

Data Subyektif : Ny. D. M mengatakan merasakan lemah, selalu lapar dan ingin makan buah.

Data Obyektif : Ny. D. M tampak lemah, hasil pemeriksaan GDS 531 mg/dL.

### 3.1.3. Intervensi Keperawatan

Dalam tahap perencanaan ada goal dan obyektif, rencana/intervensidan rasional. Perencanaan yang dibuat adalah:

Diagnosa yang pertama, kode(00029) penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung, NOC: keefektifan pompa jantung (0400): pasien akan mempertahankan keefektifan pompa jantung selama perawatan, dengan kriteria hasil:Tekanan darahsistol (040001), tingkat kelelahan berkurang (040017), pucat (040031),edema perifer (040013). Intervensi yang dibuat. NIC: perawatan jantung (4040) aktifitas yang dibuat: pastikan tingkat aktifitas pasien yang tidak membahayakan curah jantung atau memprovokasi serangan jantung, Monitor EKG, lakukan penilaian komperhensif pada sirkulasi perifer (misalnya cek nadi perifer, edema, warna dan suhu ekstermitas), monitor sesak nafas, kelelahan, takipneu dan ortopneu.

Diagnosa yang kedua, kode (00092) intoleransi aktifitas berhubungan dengan antara suplai dan kebutuhan oksigen, NOC (0005)toleransi terhadap aktifitas, setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien akan menunjukkan melakukan aktifitas secara mandiri dengan kriteria hasil: (000502) frekuensi nadi ketika beraktifitas, (000508) kemudahan bernafas saat aktiftas, (000504) tekanan darah ketika beraktifitas(000506), temuan hasil EKG(elektrokardiogram),(000518) kemudahan dalam melakukan aktifitas hidup harian (ADL/ activities of daily living). Intervensi yang akan dibuat NIC(0200) peningkatan latihan, aktifitas yang akan dibuat: kaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan, tingkatkan tirah baring/kegiatan (misalnya, meningkatkan jumlah waktu istirahat pasien), bantu pasien dalam aktifitas sehari-hari yang teratur sesuai kebutuhan pasien, monitor respon oksigen pasien (misalnya tekanan nadi, tekanan darah, respirasi).

Diagnosa yang ketiga, kode () ketidakstabilan glukosa dalam darah berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang manajemen diabetes, NOC (00002) kestabilan kadar glukosa darah, setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien akan menunjukkan kestabilan kadar glukosa darah dengan kriteria hasil: (2300) kadar glukosa darah, (2111) keparahan hiperglikemia, (1820) manajemen diabetes. Intervensi yang akan dibuat NIC () manajemen hiperglikemia, aktifitas yang akan dibuat: pantau kadar glukosa dalam darah, pantau tanda-tanda hiperglikemia, instruksikan pasien dan keluarga terhadap pencegahan, pengenalan manajemen diabetes, dan hiperglikemia.

### 3.1.4. Implementasi

Implementasi dilakukan sesuai dengan intervensi yang telah dibuat. Tindakan keperawatan dimulai pada tanggal 08 juli 2019 jam 09.15.

Pada diagnosa keperawatan yang pertama penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung, tindakan keperawatan yang dilakukan, memastikan tingkat aktifitas pasien yang tidak membahayakan curah jantung atau memprovokasi serangan jantung, Memonitor EKG, melakukan penilaian komperhensif pada sirkulasi perifer

Pada tanggal 09 juli 2019 jam 08.45 dilakukan tindakan keperawatan, Monitor EKG, melakukan penilaian komperhensif pada sirkulasi perifer, memonitor sesak nafas, kelelahan. Pada tanggal 10 juli 2019 tindakan keperawatan yang dibuat, Memonitor EKG, melakukan penilaian komperhensif pada sirkulasi perifer (misalnya cek nadi perifer, edema, warna dan suhu ekstermitas), memonitor sesak nafas, kelelahan

Pada diagnosa keperawatan yang kedua intoleransi aktifitas berhubungan dengan antara suplai dan kebutuhan oksigen, tindakan keperawatan dimulai pada tanggal 08 juli 2019 jam 10.15, tindakan yang dilakukan: mengkaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan, meningkatkan tirah baring/pembatasan kegiatan, membantu pasien dalam aktifitas sehari-hari yang diatur sesuai kebutuhan pasien, memonitor respon oksigen pasien. Pada tanggal 09 juli 2019 jam 08.20 tindakan keperawatan yang dilakukan: mengkaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan, meningkatkan tirah baring/pembatasan kegiatan, membantu pasien dalam aktifitas sehari-hari yang diatur sesuai kebutuhan pasien, memonitor respon oksigen pasien. Pada tanggal 10 juli 2019 jam 09.00 tindakan keperawatan yang dibuat: mengkaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan, meningkatkan tirah baring/pembatasan kegiatan, membantu pasien dalam aktifitas sehari-hari yang diatur sesuai kebutuhan pasien, memonitor respon oksigen pasien.

Pada diagnosa keperawatan yang ketiga ketidakstabilan glukosa dalam darah berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang manajemen diabetes, tindakan keperawatan dimulai pada tanggal 08 juli 2019 jam 09.00, tindakan yang dilakukan: memantau kadar glukosa dalam darah, memantau tanda-tanda hiperglikemia, menginstruksikan pasien dan keluarga terhadap pencegahan, pengenalan manajemen diabetes, dan hiperglikemia. Pada tanggal 09 juli 2019 jam 08.30 tindakan keperawatan yang dilakukan: memantau kadar glukosa dalam darah, memantau tanda-tanda hiperglikemia, menginstruksikan pasien dan keluarga terhadap pencegahan, pengenalan



manajemen diabetes, dan hiperglikemia. Pada tanggal 10 juli 2019 jam 09.00, tindakan keperawatan yang dilakukan: memantau kadar glukosa dalam darah, memantau tanda-tanda hiperglikemia, menginstruksikan pasien dan keluarga terhadap pencegahan, pengenalan manajemen diabetes, dan hiperglikemia.

### **3.1.5. Evaluasi**

Tahap evaluasi merupakan tahap akhir dari proses yang digunakan untuk menilai keberhasilan asuhan keperawatan atas tindakan yang telah diberikan pada jam 13.30 wita mahasiswa melakukan evaluasi pada setiap tindakan berdasarkan diagnosa yang telah ditetapkan dengan menggunakan metode SOAP.

Pada diagnosa keperawatan yang pertama penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung, pada tanggal 08 juli 2019 jam 13.45, S: Ny. D. M mengatakan masih merasakan lelah, sakit kepala dan sesak napas kalau diberi posisi duduk, O: Tanda-tanda vital Td. 110/70 mmHg. N. 105x/menit, S.36.5<sup>0</sup>C, RR. 23x/menit, pasien terlihat sangat lelah saat melakukan aktifitas, wajah terlihat pucat, A: masalah belum teratasi, P: lanjutkan intervensi. Pada tanggal 09 juli 2019 jam 13.30, S: Ny. D .M mengatakan masih merasa lelah, sakit kepala, dan napas esak kalau diberi posisi duduk, O: Tanda-tanda vital Td. 130/70 mmHg. N.105x/menit, S.36.5<sup>0</sup>C, RR. 23x/menit, pasien terlihat sangat lelah saat melakukan aktifitas, wajah terlihat pucat, hasil EKG: sinus takikardi ST elevasi V<sub>1</sub>-V<sub>3</sub>, A: masalah belum teratasi, P: intervensi dilanjutkan. Pada tanggal 10 juli 2019 jam 13.30, S: Ny. D .M mengatakan masih merasa lemah, sakit kepala, dan sesak napas, O: Tanda-tanda vital Td. 110/70 mmHg. N.105x/menit, S.36.5<sup>0</sup>C, RR. 23x/menit, pasien terlihat sangat lemah, wajah terlihat pucat, hasil EKG: sinus takikardi ST elevasi V<sub>1</sub>-V<sub>3</sub>, A: masalah belum teratasi, P: intervensi dilanjutkan.

Pada diagnosa kedua intoleransi aktifitas berhubungan dengan antara suplai dan kebutuhan oksigen pada tanggal 08 juli 2019 jam 13.30 S: pasien mengatakan masih merasa lemah, sakit kepala, dan sesak napas saat melakukan aktifitas, O: pasien tampak lemah dan sesak napas setelah melakukan aktifitas ringan, hasil EKG: sinus takikardi ST elevasi V<sub>2</sub>-V<sub>3</sub>, ADL masih dibantu keluarga dan perawat, tanda-tanda vital setelah melakukan aktifitas; TD. 130/80 MmHg, N. 103x/menit, S. 36.5<sup>0</sup>C. RR. 23x/ menit. A: Masalah belum teratasi, P: Intervensi dilanjutkan. Pada tanggal 09 Juli 2019 jam 13.30 S: Pasien mengatakan lemah, sakit kepala, dan sesak napas, O: Frekuensi nadi setelah dilakukan aktifitas 100x/menit, nadi teraba kuat dan tidak teratur, TD setelah melakukan aktifitas 110/80MmHg, RR. 23x/menit, ADL dibantu sebagian oleh

keluarga seperti toileting untuk makan dan personal hygiene dilakukan secara mandiri oleh pasien dengan pengawasan. A. Masalah teratasi sebagian. P: lanjutkan intervensi. Pada tanggal 10 juli 2019 jam 13.45, S: pasien mengatakan lemah, sakit kepala dan sesak napas, O: pasien nampak lemah, hanya berbaring ditempat tidur, frekuensi nadi 103x/menit, RR 23x/menit, TD. 110/70 mmHg, hasil EKG: sinus takikardi ST elevasi V<sub>2</sub>-V<sub>3</sub>,ADL (makan, minum, mandi, dan toileting) masih dibantu oleh keluarga dan perawat. A: masalah belum teratasi, P: intervensi dilanjutkan.

Pada diagnosa ketiga ketidakstabilan glukosa dalam darah berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang manajemen diabetes pada tanggal 08 juli 2019 jam 13.30, S: pasien mengatakan badan terasa lemah, dan selalu ingin makan buah-buahan, O: pasien tampak lemah, hasil laboratorium GDS 531 mg/dL, A: masalah belum teratasi, P: lanjutkan intervensi. Pada tanggal 09 juli 2019 jam 13.30, S: pasien mengatakan badan terasa lemah, dan selalu ingin makan buah-buahan, O: pasien tampak lemah, hasil laboratorium GDS 182 mg/dL, A: masalah belum teratasi, P: lanjutkan intervensi. Pada tanggal 10 juli 2019 jam 13.30, S: pasien mengatakan badan terasa lemah, dan ingin makan buah-buahan, O: pasien tampak lemah, hasil laboratorium GDS 73 mg/dL, A: masalah teratasi sebagian, P: lanjutkan intervensi.

## **3.2. Pembahasan**

### **3.2.1. Pengkajian keperawatan**

Dari hasil pengkajian yang didapatkan padakasus Ny.D.M(62tahun)padapengkajianyang dilakukanpada tanggal08 juli2019,tandadan gejalayang ditunjukanolehpasien adalah sakit kepala, sesak napas, nyeri ulu hati dan mual.

MenurutSuddarth Tahun 2014,manifestasiklinisyang biasanya timbulpadapasien dengan STEMI Nyeri dada yang tiba – tiba dan berlangsung terus menerus, terletak dibagain bawah sternum dan perut atas. Nyeri akan terasa semakin berat sampai tidak tertahankan. Rasa nyeri yang tajam dan berat bisa menyebar ke bahu dan lengan, bianyanya lengan kiri, nyeri ini muncul secara spontan (bukan setelah kerja berat atau gangguan emosi) dan menetap selama bebarapa jam sampai beberapa hari dan tidak akan hilang dengan istirahat maupun nitrogliserin. Pada beberapa kasus nyeri bisa menjalar ke dagu dan leher, nyeri sering disertai dengan napas pendek, pucat, berkeringat dingin, pusing dan kepala ringan, dan mual serta muntah.

Pasien mengatakan bahwasebelumnyapasien memilikirwayat diabetes,pasien mengkonsumsiobat metformin,akan tetapisientidak taat diit diabetes yang sudah

diajarkan.

Menurut Suddarth Tahun 2019, STEMI dapat disebabkan oleh faktor – faktor resiko antara lain merokok, tekanan darah tinggi, kolesterol darah tinggi, hiperglikemia dan juga pola perilaku.

### 3.2.2. Diagnosa

Diagnosa yang didapatkan dari kasus terdiri dari : 1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung. 2. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan antara suplai dan kebutuhan oksigen. 3. Ketidakstabilan glukosa dalam darah berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen. Padateori yang dikemukakan oleh Suddarth, 2014, bahwa diagnosa yang dapat ditegakkan pada pasien dengan STEMI adalah Nyeri dada berhubungan dengan berkurangnya aliran darah koroner, potensial pola pernapasan tidak efektif berhubungan dengan cairan berlebih, potensial gangguan perfusi jaringan berhubungan dengan turunnya curah jantung, cemas berhubungan dengan takut akan kematian, dan potensial tidak menjalankan program perawatan diri berhubungan dengan mengingkari diagnosa gangguan miokard akut.

Diagnosa keperawatan yang pertama adalah penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung. Masalah ini diangkat karena merupakan masalah fisiologis dengan prioritas tinggi yang ditandai dengan Pasien tampak lemas, sesak nafas, nyeri uluhati dan mual. Diagnosa keperawatan kedua adalah ketidakseimbangan glukosa darah berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang manajemen diabetes. Masalah ini diangkat karena merupakan masalah fisiologis dengan prioritas sedang yang ditandai dengan pasien terlihat lemah, sering merasa lapar dan haus, gula darah 531 mg/dL . Diagnosa ketiga adalah intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen. Dengan pasien mengatakan, badan lemas, cepat lelah saat beraktifitas, (makan, minum), ADL dibantu sepenuhnya oleh perawat dan keluarga.

Perbedaan pada teori dengan kasus Ny.D.M disebabkan karena tidak cukupnya data pendukung yang mendukung masalah keperawatan : Nyeri dada berhubungan dengan berkurangnya aliran darah koroner, Potensial pola pernapasan tidak efektif berhubungan dengan cairan berlebih, Cemas berhubungan dengan takut akan kematian, dan Potensial tidak menjalankan program perawatan diri berhubungan dengan mengingkari diagnosa gangguan miokard.

### **3.2.3. Intervensi keperawatan**

Padakasus Ny.D.M.diagnosakeperawatanyang menjadiprioritas utama adalah penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung.Masalahini dianggapmenjadiprioritas karenamasalah penurunan curah jantung merupakan masalahyang mengancamkehidupan.

Perencanaan ditujukan agar pasien menunjukkan keefektifan pompa jantung.Perencanaan memilikikriteriahasilyang dapatdiukur denganskala yangtelahditentukan. Aktivitaskeperawatan yang ditetapkanadalahuntukmemantau tekana darah sistol, tingkat kelelahan pasien berkurang, pasien tidak pucat, dan tidak ada edema perifer.

Prioritasmalahyang keduaadalah ketidakstabilan glukosa dalam darah berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang manajemen diabetes.Perencanaanditujukanuntukmeningkatkan kestabilan kadar glukosa darah.Perencanaanmemilikikriteriahasilyang dapatdiukur denganskalayang telahditentukan.Aktivitaskeperawatanyang ditetapkan adalah menstabilkan kadar glukosa darah, menurunkan keparahan hiperglikemia, dan mengajarkan tentang manajemen diabetes.

### **3.2.4. Implementasi Keperawatan**

Diagnosa penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung,tindakanyangdilakukanadalahmemastikan tingkat aktifitas pasien yang tidak membahayakan curah jantung atau memprofokasi serangan jantung, memonitor hasil EKG, melakukan penilaian komperhensif pada sirkulasi perifer, mengkaji keluhan pasien, melayani terapi Laxadine 3x1 cth, NAC 3x200 mg, dan Sucralfate 3x2 cth.

Diagnosakeperawatanketidakstabilan glukosa dalam darah berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang manajemen diabetes,tindakan yang dilakukan adalahUntuk diagnose ketidakstabilan glukosa dalam darah nerhubungan dengan kurang pengetahuan tentang menajemen diabetes, implementasi yang dilakukan adalah : memantau kadar glukosa dalam darah, dan memantau tanda – tanda hiperglikemia.

Diagnosa intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen, tindakan yang dilakukan adalah mengkajistatusfisiologis pasienyang menyebabkan kelelahan,

memonitor lokasi dan sumber ketidaknyamanan/nyeri yang dialami pasien selama aktivitas, membatasi stimuli lingkungan yang mengganggu (misalnya, cahaya atau bising) untuk memfasilitasi relaksasi, meningkatkan tirah baring/pembatasan kegiatan (misalnya, meningkatkan jumlah waktu istirahat pasien), membantu pasien dalam aktivitas sehari-hari yang teratur sesuai kebutuhan pasien, memonitor respon oksigen pasien (misalnya, tekanan nadi, tekanan darah, respirasi).

### 3.2.5. Evaluasi Keperawatan

Pada diagnosis keperawatan penurunan curah jantung, tindakan evaluasi meliputi evaluasi proses dan evaluasi hasil. Evaluasi proses adalah tindakan dimana perawat menilai apakah tindakan sesuai rencana atau tidak. Pada kasus Ny. D.M, tindakan-tindakan yang direncanakan seluruhnya berjalan dengan baik karena pasien kooperatif terhadap tindakan yang diberikan.

Evaluasi hasil dilakukan mengacu pada kriteria hasil yang telah ditentukan sebelumnya. Pasien mengatakan masih merasa lemah, sakit kepala, dan masih sesak nafas. Penulis menambahkan beberapa item pada evaluasi yakni hasil TTV, karena mempengaruhi hasil evaluasi dan sangat penting untuk dicantumkan untuk mengetahui keadaan umum pasien.

Pada diagnosis keperawatan ketidakstabilan glukosa darah, evaluasi proses pada kasus Ny. D.M yakni pada intervensi memantau kadar glukosa dalam darah, dan memantau tanda – tanda hiperglikemia.

Evaluasi hasil dilakukan mengacu pada kriteria hasil yang telah ditentukan sebelumnya. Pasien masih mengeluh lemas, sering merasa lapar dan haus, dan glukosa darah puasa I 93 mg/dL (normal) gula darah puasa II 73 mg/dL (normal). Hasil TTV: TD: 110/70 mmHg, N: 98x/menit, RR: 22x/menit, nafas teratur dan normal, S: 36,5<sup>0</sup>C, SPO<sub>2</sub>: 90%.

Pada diagnosis intoleransi aktivitas, evaluasi proses pada Ny. D.M yakni intervensi mengkaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan, memonitor lokasi dan sumber ketidaknyamanan/nyeri yang dialami pasien selama aktivitas, membatasi stimuli lingkungan yang mengganggu (misalnya, cahaya atau bising) untuk memfasilitasi relaksasi, meningkatkan tirah baring/pembatasan kegiatan (misalnya, meningkatkan jumlah waktu istirahat pasien),

membantu pasien dalam aktivitas sehari-hari yang teratur sesuai kebutuhan pasien, memonitor respon oksigen pasien (misalnya, tekanan nadi, tekanan darah, respirasi).

Evaluasi hasil dilakukan pada kriteria hasil yang telah ditentukan antara lain, pasien masih mengeluh lemah, sesak nafas, terpasang O<sub>2</sub> nasal canul 4 liter / menit dan ADL masih dibantu penuh oleh perawat dan juga keluarga.

### **3.3. Keterbatasan Studi Kasus**

Keterbatasan penulis selama menyusun studi kasus ini pertama: jangkawaktuperawatanyang singkatdiICCUsehinggapenulissulit menentukanpasie dengankasuyang sesuaidan denganwaktu yang cukup untukmenyusunkaryatulisilmiahini.Kedua:kekuranganbukusumber yang tersediadiperustakaan,sehinggapenulisharusmencaribukuditoko buku dan internet.

## **BAB 4**

### **PENUTUP**

#### **4.1. Kesimpulan**

1. Pada tahap pengkajian dilakukan dengan metode wawancara dan observasi : Ny. D. M mengatakan sakit kepala dan sesak napas yang dirasakan berkurang, hasil pemeriksaan GDS kembali normal, pasien masih menggunakan oksigen nassal kanul 4 lpm.
2. Setelah dilakukan pengkajian dan analisa kasus muncul 3 diagnosa yaitu 1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung, 2. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan antara suplai dan kebutuhan oksigen, 3. Ketidakstabilan glukosa dalam darah berhubungan dengan kurang pengetahuan manajemen diabetes.
3. Intervensi yang direncanakan pada kasus terdiri dari: diagnosa pertama penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung terdapat 4 rencana keperawatan yang ditetapkan, diagnosa kedua intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen terdapat 6 rencana keperawatan yang ditetapkan, dan diagnosa ketiga ketidakstabilan glukosa dalam darah berhubungan dengan kurang pengetahuan manajemen diabetes terdapat 3 rencana keperawatan yang ditetapkan.
4. Implementasi keperawatan untuk diagnosa pertama penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung, diagnosa kedua intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, dan diagnosa ketiga ketidakstabilan glukosa dalam darah berhubungan dengan kurang pengetahuan manajemen diabetes, semua tindakan yang direncanakan dilakukan kepada pasien.
5. Hasil evaluasi keperawatan didapatkan bahwa diagnosa keperawatan penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung teratasi sebagian, diagnosa keperawatan intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen teratasi sebagian, dan diagnosa ketiga ketidakstabilan glukosa dalam darah berhubungan dengan kurang pengetahuan manajemen diabetes teratasi sebagian.

## **4.2. Saran**

### **1. Bagi institusi pendidikan**

Diharapkan dengan adanya studi kasus ini, dapat meningkatkan kualitas pembelajaran bagi mahasiswa/i di kampus Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang Prodi D III keperawatan kupang, khususnya pada keperawatan kritis terutama pada pembelajaran tentang Asuhan Keperawatan Kritis.

### **2. Bagi rumah sakit**

Hasil penelitian ini dapat menjadi bahan masukan dan evaluasi yang diperlukan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan di ruangan khususnya di ruang ICCU.

### **3. Bagi perawat**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi pedoman bagi perawat yang melakukan tindakan darurat lebih menekankan keperawatan secara cepat dan tepat.



## DAFTAR PUSTAKA

- Smeltzer, C. S & Bare, B. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth Edisi 8*. Jakarta: EGC
- Morton, P. G., Fontaine, D., Hudak, C.M., & Gallo, B. M. (2011). *KEPERAWATAN KRITIS*. Jakarta: EGC
- Baradero, M., Dayrit, M., & Siswadi, Y. (2008). *Seri Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Kardiovaskuler*. Jakarta: EGC
- Doengoes, M. E. (2006). *Rencana Asuhan Keperawatan: Pedoman Untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Pasien*. Jakarta: EGC
- Ewinanto., Santoso, E., Putranto, N., Tedjasukmana, P., Sukmawan, R., Rifqi, S., Kasiman, S. (2018). *Pedoman Tata Laksana Sindrom Koroner Akut Edisi Keempat*. Jakarta: Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia
- Hastuti, Y. E., Elfi, E.F., & Pertiwi. D. (2013). Hubungan Kadar Troponin T dengan Lama Perawatan Pasien Infark Miokard Akut di RSUP Dr. M. Djamil Padang, 424

# LAMPIRAN

FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT  
JURUSAN KEPERAWATAN POLTEKES KEMENKES KUPANG

A. PENGKAJIAN

1. Identitas Klien

Nama : Ny. D. M  
Umur : 62 tahun  
Agama : Kristen Protestan  
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga  
Alamat : Namosain  
Nomor registrasi : 515678  
Diagnosa medik : STEMI Post Trombolitik + Anemia  
Tanggal MRS : 06 Juli 2019 Jam : 16.15  
Tanggal pengkajian: 08 Juli 2019 Jam : 09.00

2. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Ny. Y. M  
Umur : 34 tahun  
Alamat : Namosain  
Hubungan dengan klien: Anak Kandung

3. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan utama

Pasien mengeluh badan terasa lemah, sesak napas, nyeri ulu hati dan mual.

b. Riwayat penyakit sekarang

Pasien mengeluh badan terasa lemah dan sesak napas sehari sebelum MRS. Pasien dibawah keluarga ke IGD RSUD Prof Dr. W. Z. Johannes Kupang pada tanggal 6 juli 2019. Saat tiba di ruang IGD pasien segera diberikan penanganan. Selanjutnya pasien di pindahkan ke ruangan ICCU untuk perawatan intensif. Saat di ruang ICCU pasien diberikan therapy infuse NaCl 0,9% 20 tpm, drip amiodarone 600mg/10 jam, 1 jam sebelum drip amoodarone habis minum amiodarone 3x200mg, terpasang oksigen masker non rebreathing 10 lpm, terpasang cateter no. 16. Saat dikaji pasien mengatakan badan terasa lemah, sesak napas, mual, dan nyeri ulu hati. Pasien

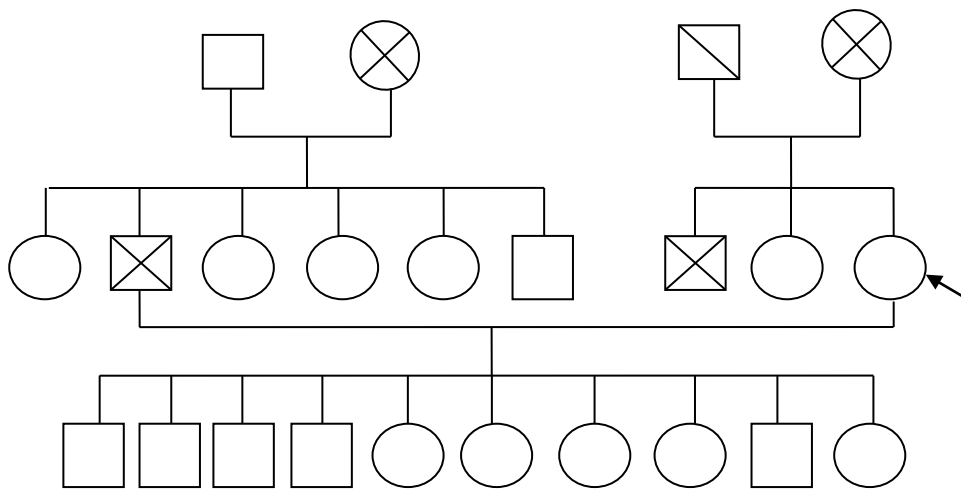
disarankan bed rest. ADL (makan, minum, personal hygiene dan toileting) dibantu keluarga dan perawat.

c. Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien mengatakan ada riwayat diabetes mellitus tipe 2 dan rutin minum obat metformin 3x500 mg, tapi pasien tidak taat diit diabetes yang sudah diajarkan.

d. Riwayat Penyakit Keluarga

Genogram



Keterangan :

□ Laki – laki

○ Perempuan

▣ Meninggal

↖ Pasien

Tanda-Tanda Vital :

TD : 110/70 mmHg

Nadi : 105x/menit

SPO<sub>2</sub> : 90%

Suhu : 36,5°Celsius

RR : 23x/menit

#### 4. Pengkajian Primer

##### A. Airways (jalan nafas)

Sumbatan:

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

##### B. Breathing (pernafasan)

Sesak dengan:

- aktifitas     tanpa aktifitas
- menggunakan otot tambahan

Frekuensi: 23x/menit

Irama :  teratur     tidak teratur

Kedalaman:  dalam     dangkal

Reflek batuk :  ada     tidak ada

Batuk:

produktif     non produktif

Sputum :  ada     tidak

Warna:-

Konsistensi:-

Bunyi napas:

ronchi     creakles   

BGA: tidak dilakukan pemeriksaan.

##### C. Circulation

###### a. Sirkulasi perifer

Nadi : 105x/menit

Irama:  teratur     tidak

Denyut:  lemah     kuat     tidak kuat

TD: 110/70 mmHg

Ekstremitas :

Hangat     Dingin

Warna Kulit :

cyanosis     Pucat     Kemerahan

Nyeri Dada :(-) Ada (-) Tidak

Karakteristik nyeri dada :

(-) Menetap

(-) Menyebar ke leher

(-) Seperti ditusuk-tusuk

(-) Seperti ditimpah benda berat

Capillary refill :

(√) < 3 detik    () > 3 detik

Edema :

() Ya

(-) Tidak

Lokasi edema :

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

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 350 cc/hari

Parenteral : NaCl 0,9 % 500 cc/24jam

Eliminasi : Terpasang cateter no. 16 pro urin

BAK : terpasang cateter

Jumlah : Saat dikaji ± 50 cc/7 jam

Warna :

(√) Kuning jernih    () Kuning kental    () Merah    () Putih

Rasa sakit saat BAK :

() Ya    (√) Tidak

Keluhan sakit pinggang :

() Ya    (√) Tidak

BAB : Saat dikaji pasien belum BAB 1 hari

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

Bising Usus : 10 x/menit

Pemeriksaan Abdomen :

Keluhan :

- I : Abdomen tampak simetris
- A : Bising usus 10 x/menit
- Pal : Saat dipalpasi teraba massa di kuadran kiri bawah
- Per : Saat diperkusi abdomen pekak

4. Intoksikasi

- Makanan
- Gigitan Binatang
- Alkohol
- Zat kimia
- Obat-obatan
- Lain – lain : Tidak ada intoksikasi

D. Disability

Tingkat kesadaran :

CM  Apatis  Somnolent  Sopor  Soporocoma (Coma)

Pupil :  Isokor  Miosis  Anisokor  Midriasis  Pin poin

Reaksi terhadap cahaya :

Kanan  Positif  Negatif

Kiri  Positif  Negatif

GCS : E : 4 M: 5 V : 6

Jumlah : 15

5. Pengkajian Sekunder

a. Musculoskeletal / Neurosensoril

- Spasme otot
- Vulnus
- Krepitasi
- Fraktur
- Dislokasi
- Kekuatan Otot :

4	4
4	4

b. Integumen

(-) Vulnus

(-) Luka Bakar

c. Psikologis

- Pasien tampak gelisah
- Kurang pengetahuan

Terapi/ Pengobatan

Nama Terapi	Dosis	Rute Pemberian	Waktu Pemberian	Indikasi
IVFD NaCl 0,9%	500 cc	Infus	Habis dalam 10 jam	Mengatur cairan tubuh, mengatur metabolisme tubuh, merangsang kerja syaraf
Drip amiodaron	600 mg	Infus		Mengatasi irama jantung yang tidak teratur
Amiodarone	3x200mg	Oral	1 jam sebelum drip amiodarone selesai	Mengatasi irama jantung yang tidak teratur
Drip dobutamin	5 mcg/kgBb	Syring pump		Membantu jantung memompa darah ke seluruh tubuh
Drip norepinephrine	0,1 mcg/kgBB	Syring pump		Mengatasi hipotensi akut
Lovenox	1 x 0,4 cc	Subcutan	06.00	Mengatasi penggumpalan darah



PRC	1 bag/hari (2 bag)	Infus		Mengatasi anemia kronik
Dexamethason	1 ampul	Intravena		Obat anti-inflamasi dan gangguan alergi
Simvastatin	0-0-20 mg	Oral	06.00	Menurunkan kadar glukosa dalam darah
Laxadine	3x1 cth	Oral	14.00 22.00 06.00	Merangsang gerak peristaltic
Ranitidin	2x1 ampul	Intravena	18.00 06.00	Menurunkan kadar asam lambung
Aspillet	80 mg : 1-0-0	Oral	06.00	Mencegah terjadinya serangan jantung
NAC	3x200 mg	Oral	14.00 22.00 06.00	Mengencerkan dahak yang menghalangi jalan napas
Alprazolam	0,5 mg : 1-0-0	Oral	22.00	Mengatasi gangguan kecemasan dan serangan panik
Sucralfate	3x2 cth	Oral	14.00 22.00 06.00	Mengobati tukak pada usus halus
Novorapid	3x4 IU/SC	SC	07.00 11.00 18.00	Membantu glukosa atau gula darah masuk ke dalam sel tubuh, sehingga tubuh bisa mengubahnya menjadi energi

## Pemeriksaan Penunjang

Tanggal Pemeriksaan	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil	Keterangan
08 Juli 2019	SGPT	< 41	124 U/L	H
	SGOT	< 35	415 U/L	H
	Trigliserida	< 150	120 mg/dL	H
	Kolestrerol Total	< 200	264 mg/dL	H
	HDL Kolesterol	>=40	28 mg/dL	L
	Glukosa Darah Puasa	82-115	642 mg/dL	H
	Gula Darah 2 Jam PP	75-140	531 mg/dL	H
	Gliko HB (HbA1c)	< 6	12,9%	H
	Asam Urat	1.9-7.9	9,6 mg/dL	H
	Troponin 1	< 0.60	44,72 µ/L	H

## Analisa Data

Problem	Etiologi	Sign & Symptom
Penurunan curah jantung	Perubahan irama jantung	Data Subyektif : Pasien mengatakan merasa lemah Data Obyektif : Keadaan tampak lemah, sesak napas, terpasang O <sub>2</sub> masker 10 lpm, Nadi : 105 x/menit dan tidak teratur, RR : 23 x/menit
Ketidakseimbangan glukosa darah	Kurang pengetahuan tentang manajemen diabetes	Data Subyektif : Pasien mengatakan pasien

		<p>mempunyai riwayat gula darah tinggi, pasien rutin minum obat metformin 3x500 mg, tetapi pasien tidak taat diit yang sudah diajarkan</p> <p>Data Obyektif : GDS 531 mg/dL</p>
Intoleransi aktivitas	Ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen	<p>Data Subyektif : Pasien mengatakan merasakan lemah</p> <p>Data Obyektif : ADL (<i>activities of daily living</i>) dibantu oleh keluarga dan perawat seperti makan/minum, toileting dan personal hygiene,</p> <p>hasil EKG: sinus takikardi, ST elevasi V<sub>1</sub>-V<sub>3</sub>, HB 8,0 mg/dL</p>

## Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Perencanaan Keperawatan	
	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung	<p>NOC : keefektifan pompa jantung (0400)</p> <p>Tujuan : pasien akan menunjukkan keefektifan pompa jantung</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Tekanan darah sistol(040001)</li> <li>2) Tingkat kelelahan berkurang(040017)</li> <li>3) Pucat(040031)</li> <li>4) Edema perifer(040013)</li> </ol>	<p>NIC : perawatan jantung (4040)</p> <p>Intervensi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pastikan tingkat aktifitas pasien yang tidak membahayakan curah jantung atau memprovokasi serangan jantung</li> <li>2) Monitor EKG</li> <li>3) Lakukan penilaian komperhensif pada sirkulasi perifer</li> <li>4) Monitor sesak nafas dan kelelahan</li> </ol>

<p>Ketidakstabilan glukosa dalam darah berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang manajemen diabetes</p>	<p>NOC : Ketidakstabilan kadar glukosa darah (00002)  Tujuan : Pasien akan menunjukkan kestabilan kadar glukosa darah  Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kadar glukosa darah (2300)</li> <li>2) Keparahan hiperglikemia (2111)</li> <li>3) Manajemen diabetes (1820)</li> </ol>	<p>NIC : Manajemen hiperglikemia  Intervensi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pantau kadar glukosa dalam darah</li> <li>2) Pantau tanda-tanda hiperglikemia</li> <li>3) Instruksikan pasien dan keluarga terhadap pencegahan, pengenalan manajemen diabetes, dan hiperglikemia</li> </ol>
---	--	--

<p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen</p>	<p>NOC : toleransi terhadap aktifitas(0005)</p> <p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien akan menunjukkan melakukan aktifitas secara mandiri dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. frekuensi nadi ketika beraktifitas(000502)</li> <li>2. kemudahan bernafas saat aktifitas(000508)</li> <li>3. tekanan darah sistolik ketika beraktifitas(000504)</li> <li>4. temuan hasil EKG(000506)</li> <li>5. kemudahan dalam melakukan aktifitas hidup harian (000518)</li> </ol>	<p>NIC : peningkatan latihan(0200)</p> <p>Intervensi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan</li> <li>2) Tingkatkan tirah baring/pembatasan kegiatan (misalnya, meningkatkan jumlah waktu istirahat pasien)</li> <li>3) Bantu pasien dalam aktivitas sehari-hari yang teratur sesuai kebutuhan pasien</li> <li>4) Monitor respon oksigen pasien (misalnya, tekanan nadi, tekanan darah, respirasi)</li> </ol>
--	---	--

Catatan Perkembangan

Hari / Tanggal : 08 Juli 2019

Diagnosa	Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung	10.15	<p>1. Pastikan tingkat aktifitas pasien yang tidak membahayakan curah jantung atau memprovokasi serangan jantung</p> <p>Hasil : menganjurkan pasien untuk tidak mengedan saat BAB</p>	<p>S: Pasien mengatakan merasakan lemah, dan sesak saat diatur posisi duduk</p> <p>O: - Pasien terlihat sangat lelah saat melakukan aktifitas - Wajah tampak pucat</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi 1-5</p>	
	10.20	<p>2. Monitor hasil EKG</p> <p>Hasil :</p> <p>813 : Takikardi 711 : Abnormal Q 621 : Negatif T 611 : Flat T 131 : Low Voltage (Limb Leads)</p>		
	11.15	<p>3. Melakukan penilaian komperhensif padasirkulasi perifer</p> <p>Hasil : Nadi</p>		

	12.15  13.20	105x/menit, CRT < 3 detik, suhu 36,5°C, warna kulit pucat  4. Mengkaji keluhan Hasil : Pasien mengeluh lemah, dan mengeluh sesak napas jika diatur posisi duduk  5. Melayani therapy Laxadine 3x1 cth, NAC 3x200 mg, Sucralfate 3x2 cth		
Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan tarasuplai dan kebutuhan oksigen	09.15  10.00	1. Mengkaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan Hasil : pasien lelah saat diberikan posisi duduk  2. Meningkatkan tirah baring/pembatasan kegiatan (misalnya, meningkatkan jumlah waktu istirahat pasien) Hasil : pasien	S : Pasien mengatakan merasa lemah dan sesak saat melakukan aktifitas  O : - Pasien tampak beristirahat dengan posisi tidur terlentang - ADL masih dibantu sepenuhnya oleh keluarga dan perawat  A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1-3	



		<p>hanya berbaring ditempat tidur dengan posisi terlentang</p>		
	12.00	<p>3. Bantupasiendala maktivitassehari-hariyang teratursesuai kebutuhan pasien</p> <p>Hasil : semua aktivitas pasien dibantu keluarga dan perawat</p>		
	12.15	<p>4. Monitor respon oksigen pasien (misalnya, tekanan nadi, tekanan darah, respirasi)</p> <p>Hasil : Nadi : 105x/menit, RR : 23x/menit</p>		

Catatan Perkembangan

Hari / Tanggal : 08 Juli 2019

Diagnosa	Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
Ketidakstabilan glukosa dalam darah berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang manajemen diabetes	09.00	1. Memantau kadar glukosa dalam darah  Hasil : Glukosa darah puasa 642 mg/dL, glukosa darah 2 jam 531 mg/dL	S : Pasien mengeluh lemah  O : - Keadaan umum pasien lemah  - Glukosa darah puasa 642 mg/dL  - Kadar glukosa darah 2 jam PP 531 mg/dL  A : Masalah belum teratasi  P : Lanjutkan intervensi 1-2	
	09.15	2. Memantau tanda-tanda hiperglikemia  Hasil : Pasien lemas, lesu, sering merasa lapar, sering haus		

Catatan Perkembangan

Hari / Tanggal : Selasa, 09 Juli 2019

Diagnosa	Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung	09.00	<p>1. Pastikan tingkat aktifitas pasien yang tidak membahayakan curah jantung atau memprovokasi serangan jantung</p> <p>Hasil : menganjurkan pasien untuk tidak mengedan saat BAB</p>	<p>S: Pasien mengatakan merasakan lemah dan sakit kepala</p> <p>O: - Pasien nampak lemah - Wajah tampak pucat</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi 1-5</p>	
	09.10	<p>2. Monitor hasil EKG</p> <p>Hasil :</p> <p>812 : Takikardi 741 : Possible Anterior Infarction 131 : Low Voltage (Limb Leads) 172 : Slight ST Elevation</p>		
	11.00	<p>3. Melakukan penilaian komperhensif padasirkulasi perifer</p> <p>Hasil : Nadi 99x/menit, CRT &lt; 3 detik, suhu 36,5°C, warna kulit pucat</p>		
	11.15	<p>4. Mengkaji keluhan Hasil : Pasien mengeluh lemah dan sakit kepala</p>		
	14.00	<p>5. Melayani therapy Laxadine 3x1 cth, NAC 3x200 mg, Sucralfate 3x2 cth</p>		
Intoleransi aktifitas berhubungan dengan	09.15	<p>1. Mengkajistatusfisiologis pasiennya ng menyebabkan kelelahan</p> <p>Hasil : pasien lelah saat</p>	<p>S : Pasienmengatakanmerasa lemah</p>	

<p>ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen</p>	<p>10.00</p> <p>11.00</p> <p>12.00</p>	<p>diberikan posisi duduk</p> <p>2. Meningkatkan tirah baring/pembatasan kegiatan (misalnya, meningkatkan jumlah waktu istirahat pasien)</p> <p>Hasil : pasien hanya berbaring ditempat tidur dengan posisi terlentang</p> <p>3. Bantu pasien dalam aktivitas sehari-hari yang teratur sesuai kebutuhan pasien</p> <p>Hasil : semua aktivitas pasien dibantu keluarga dan perawat</p> <p>4. Monitor respon oksigen pasien (misalnya, tekanan nadi, tekanan darah, respirasi)</p> <p>Hasil : Nadi : 103x/menit, RR : 23x/menit</p>	<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak beristirahat dengan posisi idur terlentang</li> <li>- ADL masih dibantu sepenuhnya oleh keluarga dan perawat</li> </ul> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi 1-3</p>	
<p>Ketidakseimbangan glukosa darah berhubungan dengan kurang pengetahuan</p>	<p>09.00</p> <p>09.15</p>	<p>1. Memantau kadar glukosa dalam darah</p> <p>Hasil : Glukosa darah puasa 182 mg/dL</p> <p>2. Memantau tanda-tanda</p>	<p>S : Pasien mengeluh lemah</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keadaan umum pasien lemah</li> </ul>	

tentang manajemen diabetes		hiperglikemia Hasil : Pasien lemas, lesu, sering merasa lapar, sering haus	- Glukosa darah puasa 182 mg/dL A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1-2	
----------------------------	--	---	---	--

Catatan Perkembangan

Hari / Tanggal : Rabu, 10 Juli 2019

Diagnosa	Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung	08.15	1. Pastikan tingkat aktifitas pasien yang tidak membahayakan curah jantung atau memprovokasi serangan jantung Hasil : menganjurkan pasien untuk tidak mengedan saat BAB	S: Pasien mengatakan masih merasa O: - Pasien nampak lemah - Wajah tampak pucat	
	08.30	2. Monitor hasil EKG Hasil : Irama regular, ST Elevasi : V2, V3	A: Masalah belum teratasi	
	09.00	3. Melakukan penilaian komperhensif padasirkulasi perifer Hasil : Nadi 94x/menit, CRT < 3 detik, suhu 36,5°C, warna kulit pucat	P: Lanjutkan intervensi 1-5	
		4. Mengkaji keluhan Hasil : Pasien mengeluh lemah		
		5. Melayani therapy Laxadine		

	09.15  11.00	3x1 cth, NAC 3x200 mg, Sucralfate 3x2 cth		
Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen	09.15  10.00  12.00	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengkaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan Hasil : pasien lelah saat diberikan posisi duduk</li> <li>2. Meningkatkan tirah baring/pembatasan kegiatan (misalnya, meningkatkan jumlah waktu istirahat pasien) Hasil : pasien hanya berbaring ditempat tidur dengan posisi terlentang</li> <li>3. Bantu pasien dalam aktivitas sehari-hari yang teratur sesuai kebutuhan pasien Hasil : semua aktivitas pasien dibantu keluarga dan perawat</li> <li>4. Monitor respon oksigen pasien (misalnya, tekanan nadi, tekanan darah, respirasi)  Hasil : Nadi : 105x/menit, RR : 22x/menit</li> </ol>	<p>S : Pasien mengatakan merasa lemah</p> <p>O : - Pasien tampak beristirahat dengan posisi tiduran terlentang - ADL masih dibantu sepenuhnya oleh keluarga dan perawat</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi 1-3</p>	

	12.30			
Ketidakseimbangan glukosa darah berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang manajemen diabetes	09.00          09.15	<p>1. Memantau kadar glukosa dalam darah</p> <p>Hasil : Glukosa darah puasa I 93 mg/dL, GDS II 73 mg/dL</p> <p>2. Memantau tanda-tanda hiperglikemia</p> <p>Hasil : Pasien lemas, lesu, sering merasa lapar, sering haus</p>	<p>S : Pasien mengeluh lemah</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keadaan umum pasien lemah</li> <li>- Glukosa darah puasa I 93 mg/dL, GDS II 73 mg/dL</li> </ul> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi 1-2</p>	



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG**



Direktorat : Jln. El Tari II Liliba – Kupang, Telp : (0380) 881880 ; 880880

Fax (0380) 8553418 ; email : poltekkeskupang@yahoo.com

---

---

**LEMBAR KONSULTASI**

**BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH**

**NAMA MAHASISWA** : Indah Rosita Bule Logo

**NIM** : PO. 530320114021

**NAMA PEMBIMBING** : Ns. Yoani M.V.B. Aty, S.Kep.,M.Kep

<b>NO</b>	<b>Hari/Tanggal</b>	<b>Rekomendasi Pembimbing</b>	<b>Paraf Pembimbing</b>