



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY. U DENGAN
POST *PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENNTION*
(PCI) ATAS INDIKASI *MIOCARD INFARK* (MCI)
DI RUANGAN MAWAR RUMAH SAKIT
MITRA KELUARGA
BEKASI BARAT**

**DISUSUN OLEH:
SIFA AULIA
201701002**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
STIKes MITRA KELUARGA
BEKASI
2020**



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY. U DENGAN
POST *PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENNTION*
(PCI) ATAS INDIKASI *MIOCARD INFARK* (MCI)
DI RUANGAN MAWAR RUMAH SAKIT
MITRA KELUARGA
BEKASI BARAT**

**DISUSUN OLEH:
SIFA AULIA
201701002**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
STIKes MITRA KELUARGA
BEKASI
2020**

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama Lengkap : Sifa Aulia
Nim : 201701002
Institusi : STIKes Mitra Keluarga prodi DIII Keperawatan

Menyatakan bahwa makalah ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada pasien Ny. U dengan Post *Percutaneous Coronary Intervention* (PCI) Atas Indikasi *Miocard Infark* (MCI) di Ruangan Mawar Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat” yang dilaksanakan pada tanggal 10 sampai 12 Februari 2020 adalah hasil karya saya sendiri dan semua sumber baik yang dikutip maupun di rujuk telah saya nyatakan dengan benar. Orisinalitas makalah ilmiah ini, tanpa ada unsur plagiatisme baik dalam aspek substansi maupun penulisan.

Demikian surat pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya, bila dikemudian hari ditemukan kekeliruan, maka saya bersedia menanggung semua risiko atas perbuatan yang saya lakukan sesuai dengan aturan yang berlaku.

Bekasi, 28 Mei 2020

Yang membuat pernyataan



(Sifa Aulia)

LEMBAR PERSETUJUAN

Makalah ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada pasien Ny. U dengan Post *Percutaneous Coronary Intervention* (PCI) Atas Indikasi *Miocard Infark* (MCI) di Ruangan Mawar Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat” ini telah disetujui untuk diujikan pada Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji.

Bekasi, 28 Mei 2020

Pembimbing Makalah



(Ns. Latriyanti, S. Kep., M.kep)

Mengetahui,

Koordinator Program Studi DIII Keperawatan

STIKes Mitra Keluarga



(Ns. Devi Susanti, S.Kep., M.kep., Sp.Kep.M.B)

LEMBAR PENGESAHAN

Makalah ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada pasien Ny. U dengan Post *Percutaneous Coronary Intervention* (PCI) Atas Indikasi *Miocard Infark* (MCI) di Ruangan Mawar Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat” yang disusun oleh Sifa Aulia (201701002) telah disajikan dan dinyatakan LULUS dalam Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji pada tanggal 09 Juni 2020.

Bekasi, 09 Juni 2020

Penguji I



(R. Yeni Mauliawati.,S.Kp.,M.Kep)

Penguji II



(Ns. Lastriyanti, S. Kep., M.kep)

Nama : Sifa Aulia
NIM : 201702002
Program Studi : Diploma III Keperawatan
Judul karya tulis : Asuhan Keperawatan Pada Ny. U dengan Post Percutaneous Coronary Intervention (PCI) Atas Indikasi *Miocard Infark (MCI)* di Ruang Mawar Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat
Halaman : xiii + 80 Halaman + 1 Tabel + 3 lampiran
Pembimbing : Ns. Lastriyanti, S.Kep., M.Kep

ABSTRAK

Latar Belakang: Miocard Infark (MCI) adalah suatu keadaan nekrosis otot jantung akibat ketidakseimbangan antara kebutuhan dan suplai oksigen yang terjadi secara mendadak. Pada tahun 2013, penyakit kardiovaskular menyebabkan 17,3 juta kematian di dunia. Sejumlah yang diperkirakan akan tumbuh menjadi lebih dari 23,6 juta pada tahun 2030. Prevalensi penyakit infark miokard di Indonesia sebanyak 1.017.290 jiwa, sehingga dibutuhkan peran promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif untuk mengurangi angka kesakitan dan kematian yang ada di Indonesia.

Tujuan Umum: Laporan kasus ini memperoleh gambaran nyata melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan Miocard Infark (MCI) melalui pendekatan proses keperawatan secara komprehensif.

Metode Penulisan: Dalam penyusunan laporan kasus ini menggunakan metode studi kasus, kepustakaan, dan deskriptif yaitu dengan mengungkapkan fakta sesuai dengan data-data yang didapat ketika melakukan asuhan keperawatan.

Hasil: Hasil dari pengkajian didapatkan enam diagnosa keperawatan yaitu penurunan curah jantung, nyeri akut, pola nafas tidak efektif, intoleransi aktivitas, resiko defisit nutrisi, dan defisit pengetahuan. Setelah dilakukan tindakan percutaneous coronary intervention (PCI), diharapkan tidak terjadi komplikasi dari Miocard Infark (MCI).

Kesimpulan dan Saran: Asuhan keperawatan pada pasien dengan MCI perlu memperhatikan masalah keperawatan yaitu penurunan curah jantung supaya tidak terjadi komplikasi. Saran perawat dapat mengobservasi hemodinamika dan kesadaran pada pasien MCI.

Keyword: asuhan keperawatan, Miocard Infark (MCI)

Daftar pustaka : 9 daftar pustaka (2009-2019)

Name : Sifa Aulia
Student ID Number : 201701002
Study Program : Diploma of Nursing
The Title of the Scientific Paper : Nursing Care for Mrs. U with Post Percutaneous Coronary Intervention (PCI) for indication of *Myocardial Infarction* (MCI) in Mawar Room of Mitra Keluarga Hospital, West Bekasi
Pages : xiii + 80 pages + 1 Tabel + 3 attachment
Advisor : Ns. Lastriyanti, S.Kep., M.Kep

ABSTRACT

Background: Myocardial Infarction (MCI) is a condition of heart muscle necrosis due to an imbalance between oxygen demand and supply that occurs suddenly. In 2013, cardiovascular disease caused 17.3 million deaths in the world. Some are expected to grow to more than 23.6 million by 2030. The prevalence of myocardial infarction in Indonesia is 1,017,290 people, so it requires a promotive, preventive, curative, and rehabilitative role to reduce morbidity and mortality in Indonesia.

General Purpose: This case report obtains a real illustration of performing nursing care in patients with Myocardial Infarction (MCI) through a comprehensive nursing process approach.

Writing Method: In preparing this case report using the case study, literature, and descriptive methods, namely by revealing facts in accordance to the data obtained when doing the nursing care.

Result: The results of the assessment found six nursing diagnoses, namely decreased cardiac output, acute pain, ineffective breathing patterns, activity intolerance, risk of nutritional deficits, and knowledge deficits. After percutaneous coronary intervention (PCI), it is expected that there will be no complications from Myocardial Infarction (MCI).

Conclusions and Recommendations: Nursing care for patients with MCI needs to pay attention to nursing problems namely decreased cardiac output so that complications do not occur. The advice for nurses is to be able to observe hemodynamics and awareness in MCI patients.

Keyword: Nursing care, Myocardial Infarction (MCI)

Bibliography: 9 (2009 until 2019)

KATA PENGANTAR

Dengan menyebut nama Allah SWT yang Maha Pengasih lagi Maha Penayang, saya panjatkan puja dan puji syukur atas kehadiran-Nya, yang telah melimpahkan rahmat, hidayah, dan inayah-Nya kepada saya, sehingga saya dapat menyelesaikan makalah ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. U dengan Post *Percutaneous Coronary Intervention* (PCI) Atas Indikasi *Miocard Infark* (MCI) di Ruang Mawar Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat”.

Makalah ilmiah ini telah saya tulis dengan semaksimal mungkin. Penulisan makalah ilmiah ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak, sehingga dapat memperlancar penulisan makalah ilmiah ini. Maka, dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih dengan rasa hormat kepada:

1. Ns. Lastriyanti, S.Kep., M.Kep selaku dosen pembimbing dalam penyusunan makalah ilmiah sekaligus dosen penguji II yang telah meluangkan waktu dan tenaga untuk membimbing dan memberikan masukan kepada penulis dalam menyelesaikan makalah ilmiah ini dengan sebaik-baiknya.
2. R. Yeni Mauliawati, S.Kp., M.Kep selaku dosen penguji I yang telah meluangkan waktunya untuk menguji penulis dan telah memberi masukan, dukungan serta motivasi.
3. Susi Hartati, S.Kp., M.Kep., Sp.Kep.An selaku ketua STIKes Mitra Keluarga.
4. Ns. Devi Susanti, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.M.B selaku ketua program studi DIII Keperawatan STIKes Mitra Keluarga dan selaku dosen pembimbing akademik yang telah memberikan motivasi, semangat dan kritik yang sangat membangun untuk penulis selama menuntut ilmu di STIKes Mitra Keluarga dan dalam penulisan makalah ini .

5. Seluruh staff akademik dan non akademik STIKes Mitra Keluarga yang telah menyediakan fasilitas dan bantuan dalam bentuk apapun demi kelancaran penulisan makalah ilmiah ini.
6. Kepala ruangan Ns. Dian Dahliana., S.Kep., clinical mentor Ns. Tuti Nurhayati., S.kep., dan perawat ruangan di ruang Mawar Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat
7. Ny. U yang telah bersedia untuk bekerjasama dengan penulis dalam memberikan informasi selama proses keperawatan berlangsung.
8. Keluarga Ny. U yang telah menerima penulis dengan besar hati dan bekerjasama dalam memberikan informasi kepada penulis serta dukungan kepada pasien selama proses keperawatan.
9. Ibu, tante, om dan nenek yang bernama Siti Jamilah, Herna Herlina, Faris Barawas dan Maemunah, kakak tercinta Ridwan Saputra dan Anisa Farhani, sepupu Nanda Syakila, Ayuni Tahmila, Faela Sufa dan Ulfa dan juga keluarga tercinta yang selalu hadir untuk memberi semangat, motivasi, dukungan moril dan materil, dan do'a yang tidak henti-hentinya untuk penulis serta menjadi motivasi utama bagi penulis.
10. Teman Spesial Gigih Furnama yang selalu memberikan semangat dan menjadi support bagi penulis dalam penulisan makalah ilmiah ini.
11. Sahabat: Sepyani Ismawati, Wahyu Fitri, Dela Aulia, Irma Purnamasari yang memberikan semangat dan bagian dari kehidupan penulis selama perkuliahan.
12. Sahabat KTI: Anggi Srikurniawati, Yulia Ambarwati, Rizqiani dan Arieska
13. Sahabat tercinta: Reni Anggraeni, Hafidza Damarida, Anisa Purnawijaya, Desi Arisandi yang selalu memberikan semangat dan motivasi kepada penulis dalam penulisan makalah ilmiah ini.
14. Adik Tingkat: Faricha, Atikah dan Loviya yang memberikan dukungan dalam penulisan ilmiah.
15. Kakak tingkat kak Ardhiya Regita Putri yang selalu memberikan semangat dalam penyusunan makalah ini.
16. Teman-teman KTI Keperawatan Medikal Bedah dan teman-teman angkatan 7 program studi DIII Keperawatan STIKes Mitra Keluarga yang saling

memberikan dukungan dan berjuang bersama dalam menyelesaikan pendidikan di STIKes Mitra Keluarga.

17. Semua pihak yang tidak mungkin penulis sebutkan satu persatu yang telah memberikan bantuan baik secara langsung maupun tidak langsung kepada penulis.

Terlepas dari semua itu, penulis menyadari bahwa masih ada kekurangan baik dari segi isi maupun penulisan dalam makalah ilmiah ini. Oleh karena itu, dengan kebesaran hati penulis mengharapkan kritik dan saran demi perbaikan makalah ilmiah ini. Akhir kata penulis berharap semoga makalah ilmiah “Asuhan Keperawatan Pada Ny. U dengan Post *Percutaneous Coronary Intervention* (PCI) Atas Indikasi *Myocard Infarction* (MI) di Ruang Mawar Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat” ini dapat memberikan manfaat maupun inspirasi terhadap pembaca.

Bekasi, 28 Mei 2020

DAFTAR ISI

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iv
ABSTRAK.....	v
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan.....	3
1. Tujuan umum	3
2. Tujuan khusus	3
C. Ruang Lingkup.....	4
D. Metode Penulisan.....	4
E. Sistematika Penulisan	5
BAB II TINJAUAN TEORI	6
A. Pengertian.....	6
B. Etiologi	6
C. Patofisiologi	8
1. Proses perjalanan penyakit	8
2. Manifestasi klinis.....	9
3. Klasifikasi	9
4. Komplikasi	10
D. Penatalaksanaan Medis.....	10
E. Pengkajian	12
F. Diagnosa keperawatan.....	16
G. Perencanaan keperawatan.....	16
H. Pelaksanaan keperawatan	32
I. Evaluasi keperawatan	32
BAB III TINJAUAN KASUS	33
A. Pengkajian Keperawatan	33

B. Diagnosa keperawatan.....	50
C. Perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, evaluasi keperawatan.....	51
BAB IV PEMBAHASAN.....	70
A. Pengkajian	70
B. Diagnosa Keperawatan.....	72
C. Perencanaan keperawatan.....	73
D. Pelaksanaan keperawatan	75
E. Evaluasi keperawatan	75
BAB V PENUTUP	78
A. Kesimpulan.....	78
B. Saran	79
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Analisa Data	46
------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Patoflowdiagram

Lampiran 2 : SAP

Lampiran 3 : Lembar balik

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Masyarakat pada zaman saat ini banyak mengalami perubahan, seperti gaya hidup. Gaya hidup yang tidak sehat dapat menyebabkan suatu permasalahan dalam bidang kesehatan. Budaya masyarakat saat ini lebih memilih trend daripada kesehatannya, trend yang terjadi saat ini salah satunya memilih makanan cepat saji (junkfood). Makanan cepat saji yang tinggi lemak dan tinggi garam yang dapat mempengaruhi penyempitan di aliran darah, penyempitan pembuluh darah/aliran darah mengakibatkan penurunan suplai darah ke otot jantung. Penurunan suplai darah ke otot jantung mengakibatkan ketidakseimbangan antara kebutuhan dan suplai oksigen. Karena ketidakseimbangan antara kebutuhan dan suplai oksigen maka bisa menyebabkan terjadinya serangan jantung atau yang sering disebut dengan miocard infark (Black, Hawrks, & Jane, 2014).

Miocard infark adalah penyakit yang disebut serangan jantung, yang mengacu pada kerusakan jaringan miokard saat suplai darah secara tiba-tiba terganggu. Faktor pencetus dari infark miokard bisa terjadi karena hipertensi, diabetes melitus, menopause, riwayat stroke dan perokok aktif. Infark Miokard Akut diklasifikasikan berdasarkan hasil EKG menjadi Infark Miokard Akut ST-elevasi (STEMI) dan Infark Miokard non ST-elevasi (NSTEMI). Infark Miokard Akut ST-elevasi (STEMI) terjadi oklusi total arteri koroner sehingga menyebabkan daerah infark yang lebih luas meliputi seluruh miokardium, pada pemeriksaan EKG ditemukan adanya elevasi segmen ST, sedangkan pada Infark Miokard non ST-elevasi (NSTEMI) terjadi oklusi yang tidak menyeluruh dan tidak melibatkan seluruh miokardium, sehingga pada pemeriksaaan EKG tidak ditemukan adanya elevasi segmen ST (Aspiani, 2014).

Menurut *American Heart Association* (AHA), penyakit kardiovaskular sebanyak 801.000 kematian di Amerika Serikat dengan sekitar 2.200 orang meninggal setiap hari. Pada tahun 2013, penyakit kardiovaskular menyebabkan 17,3 juta kematian di dunia. Sejumlah yang diperkirakan akan tumbuh menjadi lebih dari 23,6 juta pada tahun 2030.

Prevalensi penyakit infark miokard di Indonesia sebanyak 1.017.290 jiwa. Prevalensi infark miokard akut tertinggi berada di Kalimantan Utara 2,2%, diikuti Gorontalo dan DI Yogyakarta 2,0%, sedangkan di Sulawesi Tengah, Kalimantan Timur dan DKI Jakarta 1,9%. Prevalensi terkecil terdapat di Nusa Tenggara Timur 0,7%. Penyakit infark miokard banyak terjadi pada usia diatas 75 tahun 4,7% dan terkecil pada usia kurang dari satu tahun 0,1%. Prevalensi penyakit jantung koroner berdasarkan jenis kelamin lebih tinggi terjadi pada perempuan 1,6%, sedangkan pada laki-laki 1,3%. Rata-rata yang terkena penyakit infark miokard adalah orang yang berpendidikan rendah yaitu 27,4%. Infark miokard juga banyak terjadi pada orang yang bekerja sebagai pegawai negara yaitu 27,6% (Risikesdas, 2018).

Prevalensi infark miokard akut di Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi sebanyak 43 jiwa. Prevalensi infark miokard akut tertinggi terjadi pada laki-laki sebanyak 81,4%, sedangkan pada perempuan sebanyak 18,6%. Jika infark miocard tidak segera ditangani, maka bisa terjadi komplikasi seperti: aritmia, bradikardia atau takikardia sinus, asistol, bekuan darah, kerusakan jantung dan syok kardiogenik.

Dalam mencegah peningkatan angka kejadian infark miokard, peran perawat sangat penting. Perawat memiliki peran penting dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Myocard Infarction* (MI) secara komprehensif. Peran perawat meliputi peran perawat sebagai promotif ialah berperan memberikan informasi pengetahuan tentang infark miokard, memberikan informasi kepada pasien untuk mengurangi konsumsi tinggi

garam dan melakukan olahraga secara rutin. Peran perawat sebagai preventif ialah mencegah terjadinya infark miokard dengan cara mengurangi tinggi garam, menerapkan gaya hidup sehat seperti berolahraga secara rutin. Peran perawat sebagai kuratif ialah berkolaborasi atau bekerjasama dengan tim medis lainnya, seperti pemberian oksigen dan pemberian terapi agar infark miokard dapat teratasi. Peran perawat sebagai rehabilitatif ialah dengan memberikan pendidikan kesehatan tentang infark miokard, penyebab, tanda dan gejala dari infark miokard yang bertujuan supaya tidak terjadi komplikasi dari penyakit infark miokard dan membantu pasien agar lebih memperhatikan kesehatan (Aspiani, 2014).

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan umum

Penulis memperoleh pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan post *Percutaneous Coronary Intervention* (PCI) atas indikasi *Miocard Infark* (MCI).

2. Tujuan khusus

Penulis diharapkan mampu:

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada pasien dengan masalah kesehatan post *Percutaneous Coronary Intervention* (PCI) atas indikasi *Miocard Infark* (MCI).
- b. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan masalah kesehatan post *Percutaneous Coronary Intervention* (PCI) atas indikasi *Miocard Infark* (MCI).
- c. Menyusun perencanaan keperawatan pada pasien dengan masalah kesehatan post *Percutaneous Coronary Intervention* (PCI) atas indikasi *Miocard Infark* (MCI).
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan masalah kesehatan post *Percutaneous Coronary Intervention* (PCI) atas indikasi *Miocard Infark* (MCI).

- e. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan masalah kesehatan post *Percutaneous Coronary Intervention* (PCI) atas indikasi *Myocard Infarction* (MI).
- f. Mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat antara teori dan praktik
- g. Mengidentifikasi faktor-faktor pendukung, penghambat serta dapat mencari solusi atau alternatif pemecahan masalahnya.
- h. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah kesehatan post *percutaneous coronary intervention* (PCI) atas *indikasi myocard infarction* (MI).

C. Ruang Lingkup

Asuhan Keperawatan Pada Ny. U dengan Post *Percutaneous Coronary Intervention* (PCI) Atas *Myocard Infarction* (MI) di Ruang Mawar Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat yang dilaksanakan pada tanggal 10-12 Februari 2020.

D. Metode Penulisan

Metode penulisan yang digunakan adalah metode deskriptif naratif yaitu memberi gambaran pemberian asuhan keperawatan pada pasien melalui pendekatan proses keperawatan. Selain itu penulis juga menggunakan beberapa cara untuk menulis karya tulis ini, seperti:

1. Studi kasus

Yaitu dengan cara memberikan asuhan keperawatan kepada pasien secara langsung, dengan mengadakan pemeriksaan fisik pada pasien, wawancara dengan keluarga pasien dan menerapkan proses asuhan keperawatan.

2. Studi literature

Yaitu dengan memperoleh bahan-bahan ilmiah yang bersifat teoritis baik dalam lingkup medik maupun asuhan keperawatan dengan menggunakan media kepustakaan yaitu buku-buku yang berkaitan dengan masalah pasien dan juga media elektronik yaitu internet.

3. Media Dokumentasi

Yaitu dengan mengumpulkan data yang diperoleh melalui *medical record* pasien yang terdiri dari hasil laboratorium, hasil pemeriksaan radiologi, catatan keperawatan dan catatan dokter.

E. Sistematika Penulisan

Penulisan karya tulis ini penulis membagi bagian-bagian karya tulis dalam lima bab besar yang secara sistematika disusun sebagai berikut: Bab pertama pendahuluan terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, metode penulisan, ruang lingkup, dan sistematika penulisan. Bab kedua tinjauan teoritis yang terdiri dari konsep dasar penyakit seperti pengertian, etiologi, patofisiologi (proses perjalanan penyakit, manifestasi klinis, klasifikasi, dan komplikasi), penatalaksanaan medis, asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian keperawatan (termasuk hasil pemeriksaan diagnostik), diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, tindakan keperawatan dan evaluasi keperawatan. Bab ketiga tinjauan kasus yang terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Bab keempat pembahasan berisi tentang perbandingan antara teori dan praktik, analisa faktor-faktor pendukung dan penghambat serta alternatif pemecahan masalah dalam memberikan asuhan keperawatan meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan.. Bab kelima penutup yang terdiri dari kesimpulan dan saran serta diakhiri dengan daftar pustaka dan lampiran.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Pengertian

Infark miokard akut menurut Kasron (2016), adalah suatu keadaan nekrosis otot jantung akibat ketidakseimbangan antara kebutuhan dan suplai oksigen yang terjadi secara mendadak. Penyebab paling sering adalah adanya sumbatan koroner, sehingga terjadi gangguan aliran darah yang diawali dengan hipoksia miokard.

Menurut Muttaqin (2009), infark miokard didefinisikan sebagai nekrosis miokardium yang disebabkan oleh tidak adekuatnya pasokan darah akibat sumbatan akut pada arteri koroner. Sumbatan ini sebagian besar disebabkan oleh ruptur plak ateroma pada arteri koroner yang kemudian diikuti oleh terjadinya trombosis, vasokonstriksi, reaksi inflamasi, dan mikroembolisasi distal. Terkadang sumbatan ini juga disebabkan oleh spasme arteri koroner, emboli atau vaskulitis.

B. Etiologi

Etiologi terjadinya infark miokard menurut Kasron (2016), yaitu :

1. Berkurangnya suplai oksigen ke miokard

Menurunnya suplai oksigen disebabkan oleh tiga faktor, antara lain :

a. Faktor pembuluh darah

Hal ini berkaitan dengan kepatenan pembuluh darah sebagai jalan darah mencapai sel-sel jantung. Beberapa hal yang bisa mengganggu kepatenan pembuluh darah diantaranya : atherosclerosis, spasme dan arteritis. Spasme pembuluh darah bisa juga terjadi pada orang yang tidak memiliki riwayat penyakit jantung sebelumnya, dan biasanya dihubungkan dengan beberapa hal antara lain :

1) Mengonsumsi obat-obatan tertentu

- 2) Stress emosional atau nyeri
- 3) Terpapar suhu dingin yang ekstrim
- 4) Merokok

b. Faktor sirkulasi

sirkulasi berkaitan dengan kelancaran peredaran darah dari jantung ke seluruh tubuh sampai kembali lagi ke jantung. Sehingga hal ini tidak akan terlepas dari faktor pemompaan dan volume darah yang dipompakan. Kondisi yang menyebabkan gangguan pada sirkulasi diantaranya kondisi hipotensi. Stenosis maupun isufisiensi yang terjadi pada katup-katup jantung (aorta, mitralis, maupun trikuspidalis) menyebabkan menurunnya *cardiac output* (COP). Penurunan *cardiac output* (COP) yang diikuti oleh penurunan sirkulasi menyebabkan beberapa bagian tubuh tidak tersuplai darah dengan adekuat, termasuk otot jantung.

c. Faktor darah

Darah merupakan pengangkut oksigen menuju seluruh tubuh. Jika daya angkut darah berkurang, maka sebagai apapun pembuluh darah dan pemompaan jantung maka hal tersebut tidak cukup membantu. Hal-hal yang menyebabkan terganggunya daya angkut darah antara lain : anemia, hipoksemia dan polisitemia.

2. Meningkatnya kebutuhan oksigen tubuh

Pada orang normal meningkatnya kebutuhan oksigen mamou dikompensasi dengan meningkatkan *cardiac output* (COP). Akan tetapi jika oran tersebut telah mengidap penyakit jantung, mekanisme kompensasi justru pada akhirnya semakin memperberat kondisinya karena kebutuhan oksigen semakin meningkat, sedangkan suplai oksigen tidak bertambah.

Oleh karena itu, segala aktivitas yang menyebabkan meningkatnya kebutuhan oksigen akan memicu terjadinya infark. Misalnya : aktivitas berlebih, emosi, makan terlalu banyak, dan lain-lain. Hipertropi miokard bisa memicu terjadinya infark karena semakin banyak sel yang harus

disuplai oksigen, sedangkan asupan oksigen menurun akibat dari pemompaan yang tidak efektif.

C. Patofisiologi

1. Proses perjalanan penyakit

Infark miokard akut terjadi ketika iskemia yang terjadi berlangsung cukup lama yaitu lebih dari 30-45 menit sehingga menyebabkan kerusakan seluler yang ireversibel. Bagian jantung yang terkena infark akan berhenti berkontraksi selamanya.

Iskemia yang terjadi paling banyak disebabkan oleh penyakit arteri koroner/*Coronary Artery Disease (CAD)*. Pada penyakit ini terdapat materi lemak (plaque) yang telah terbentuk dalam beberapa tahun di dalam lumen arteri koronaria (arteri yang mensuplai darah dan oksigen pada jantung). Plaque dapat rupture sehingga menyebabkan terbentuknya bekuan darah pada permukaan plaque. Jika bekuan menjadi cukup besar, maka bisa menghambat aliran darah baik total maupun sebagian pada arteri koroner.

Terbendungnya aliran darah menghambat darah yang kaya oksigen mencapai bagian otot jantung yang disuplai oleh arteri tersebut dan kurangnya oksigen akan merusak otot jantung. Jika sumbatan itu tidak ditangani dengan cepat, otot jantung yang rusak itu akan mulai mati. Selain disebabkan oleh terbentuknya sumbatan plaque ternyata infark juga bisa terjadi pada orang dengan arteri koroner normal (5%).

Spasme yang terjadi bisa dipicu oleh beberapa hal antara lain: mengkonsumsi obat-obatan tertentu, stress emosional, merokok, dan paparan suhu dingin yang ekstrim. Spasme bisa terjadi pada pembuluh darah yang mengalami aterosklerotik sehingga bisa menimbulkan oklusi kritis dan bisa menimbulkan infark jika terlambat dalam penanganannya.

Letak infark ditentukan juga oleh letak sumbatan arteri koroner yang mensuplai darah ke jantung. Terdapat dua arteri koroner besar yaitu arteri koroner kanan dan kiri. Kemudian arteri koroner kiri bercabang menjadi dua yaitu desenden anterior dan arteri sirkumpeks kiri.

2. Manifestasi klinis

Menurut Kasron (2016), keluhan yang khas pada infark miokard ialah nyeri dada yang terjadi secara mendadak, seperti di remas-remas, ditekan, ditusuk, panas atau ditindih beban berat. Nyeri dapat menjalar ke lengan kiri, bahu, leher, rahang, punggung dan epigastrium. Nyeri berlangsung lebih lama dari angina pectoris dan tak responsif terhadap nitrogliserin. Nyeri dapat disertai perasaan mual, muntah, sesak, pusing, keringat dingin, dan berdebar-debar.

3. Klasifikasi

Klasifikasi nyeri pada infark miokard menurut Hariyanto & Sulistyowati (2015), adalah sebagai berikut :

- a. Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi setelah cedera, penyakit atau intervensi bedah. Nyeri akut memiliki rentang yang berbeda dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat) dan berlangsung untuk waktu yang singkat. Nyeri akut berdurasi singkat kurang dari enam bulan memiliki onset yang tiba-tiba dan terlokalisasi. *Recurrent Acute Pain* (RAP) merupakan nyeri akut yang diidentifikasi dengan nyeri yang mempunyai periode berulang-ulang dan dirasakan sepanjang hidup pasien. Contohnya nyeri angina pectoris yang berhubungan dengan hipoksia pada miokardium.
- b. Nyeri kutaneus atau superficial (*Cutaneous Pain*)
Nyeri yang berlangsung lebih lama dibandingkan nyeri akut. Intensitasnya bervariasi dari ringan sampai berat dan biasanya berlangsung lebih dari enam bulan.
- c. Nyeri kutaneus atau superficial (*deep somatic pain*)
Ada dua macam bentuk nyeri superficial. Pertama adalah nyeri dengan keadaan yang tiba-tiba dan mempunyai kualitas yang tajam. Kedua adalah nyeri dengan keadaan yang lambat disertai rasa terbakar. Nyeri superficial dapat dirasakan pada seluruh permukaan kulit pasien.

d. Nyeri somatis dalam (*deep somatic pain*)

Nyeri somatic merupakan fenomena nyeri yang kompleks. Struktur somatis merupakan bagian pada tubuh seperti otot-otot atau tulang dan nyeri somatis bersifat menyebar.

e. Nyeri visceral

Biasanya mengacu pada bagian visceral abdomen.

f. Referred pain

Nyeri dalam dapat diakibatkan dari gangguan organ visceral atau lesi pada bagian somatis dalam, misalnya otot, ligamen, dan vertebra. Keduanya dapat dirasakan sampai ke bagian permukaan kulit.

g. Nyeri psikogenik

Nyeri psikogenik disebut juga psichalgia atau nyeri somatorom yaitu nyeri yang tidak diketahui secara fisik. Nyeri ini biasanya timbul karena pengaruh psikologis, mental, emosional, atau faktor perilaku.

4. Komplikasi

Menurut Kasron (2016), komplikasi yang sering terjadi pada pasien dengan infark miokard adalah aritmia, bradikardia sinus, asistol, takikardia sinus, bekuan darah, kerusakan jantung dan syok kardiogenik.

D. Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan yang dapat dilakukan pada pasien dengan MCI menurut Loscalzo (2016) dan Muttaqin (2009), adalah sebagai berikut :

1. Kontrol nyeri

Nitrogliserin sublingual dapat diberikan dengan aman pada sebagian besar pasien STEMI. Dosis 0,4 mg harus diberikan sampai tiga kali dengan interval sekitar 5 menit. Selain untuk mengurangi atau menghilangkan nyeri dada, nitrogliserin juga mampu menurunkan kebutuhan oksigen miokardium dan meningkatkan suplai oksigen.

Morfin adalah analgetik yang sangat efektif untuk menangani nyeri akibat STEMI. Namun, morfin dapat menurunkan konstriksi vena dan arteri yang diperantai oleh sistem simpatis, sehingga menyebabkan *venous pooling* yang kemudian dapat menurunkan curah jantung dan tekanan arteri.

Beta blocker intravena juga bermanfaat dalam mengontrol nyeri STEMI. Obat ini dapat mengontrol nyeri secara efektif pada beberapa pasien, diduga dengan menurunkan kebutuhan oksigen miokardium sehingga mengurangi iskemia.

2. Pembatasan aktivitas fisik

Istirahat merupakan cara paling efektif untuk membatasi aktivitas fisik. Pengurangan atau penghentian aktivitas pada umumnya akan mempercepat penghentian nyeri.

3. Percutaneous Coronary Intervention (PCI)

PCI, biasanya berupa angioplasti dan/atau pemasangan stent tanpa didahului fibrinolisis, yang disebut dengan PCI primer, efektif dalam mengembalikan perfusi pada STEMI bila dilakukan pada kondisi gawat darurat dalam beberapa jam pertama sejak onset miokard infark. Keuntungan prosedur ini adalah dapat dilakukan pada pasien yang memiliki kontraindikasi terhadap terapi fibrinolitik. Metode ini tampaknya lebih efektif dibandingkan dengan fibrinolisis dalam membuka arteri koroner yang mengalami oklusi, dapat memberikan outcome klinis jangka pendek dan jangka panjang yang lebih baik.

4. Fibrinolisis

Bila tidak terdapat kontraindikasi, terapi fibrinolisis idealnya harus dimulai dalam 30 menit setelah pasien datang. Tujuan dilakukan fibrinolisis adalah mengembalikan patensi arteri koroner secara penuh dengan segera.

5. Coronary Artery Bypass Graft (CABG)

Pertimbangan dilakukannya Coronary Artery Bypass Graft (CABG) adalah arteri koroner telah mengalami sumbatan minimal 70% 60% pada arteri koroner utama kiri). Jika sumbatan kurang dari 70% maka aliran darah melalui arteri tersebut masih adekuat sehingga dapat mencegah aliran darah yang adekuat pada pintasan.

E. Pengkajian

Menurut E. Doenges, Francesc Mourhouse, & C. Geissler (2012), pengkajian keperawatan meliputi :

1. Aktivitas/istirahat

Tanda dan gejala : Kelemahan, kelelahan, tidak dapat tidur. Pola hidup menetap, jadwal olahraga tidak teratur. Takikardi, dispnea pada istirahat/aktivitas.

2. Sirkulasi

Tanda dan gejala : riwayat penyakit infark miokard sebelumnya, penyakit arteri koroner, GJK, masalah tekanan darah, diabetes melitus. Tekanan darah: dapat normal atau naik/turun, perubahan postural dicatat dari tidur sampai duduk/berdiri.

Nadi: dapat normal; penuh/takkuat, atau lemah/kuat kualitasnya dengan pengisian kapiler lambat, tidak teratur (disritmia) mungkin terjadi.

Bunyi jantung: bunyi jantung ekstra: S3/S4 mungkin menunjukkan gagal jantung/penurunan kontraktilitas atau komplain ventrikel.

Murmur: bila ada menunjukkan gagal katup atau disfungsi otot papilar.

Friksi: dicurigai perikarditis.

Irama jantung: dapat teratur atau tak teratur. Edema : distensi vena jugular, edema dependen/perifer, edema umum, krekels mungkin ada dengan gagal jantung/ventrikel

Warna: pucat atau sianosis/kulit abu-abu. kuku datar, pada membran mukosa dan bibir.

3. Integritas ego

Tanda dan gejala : menyangkal gejala penting/adanya kondisi. Takut mati, perasaan ajal sudah dekat. Marah pada penyalit/pada perawatan yang “tak perlu”. Kuatir tentang keluarga, kerja, keuangan. Menolak, menyangkal, cemas, kurang kontak mata. Gelisah, marah, perilaku menyerang. Fokus pada diri sendiri/nyeri.

4. Eliminasi

Tanda dan gejala : normal atau bunyi usus menurun.

5. Makanan/cairan

Tanda dan gejala : mual, kehilangan nafsu makan, bersendawa, nyeri uluhati/terbakar. Penurunan turgor kulit, kulit kering/berkeringat. Perubahan berat badan.

6. Higiene

Tanda/gejala : kesulitan melakukan tugas perawatan.

7. Neurosensori

Tanda dan gejala : pusing, berdenyut selama tidur atau saat bangun (duduk atau istirahat). Perubahan mental. Kelemahan.

8. Nyeri/ketidaknyamanan

Tanda dan gejala : nyeri dada yang timbulnya mendadak (dapat/tak berhubungan dengan aktivitas), tidak hilang dengan istirahat atau nitrogliserin (meskipun kebanyakan nyeri dalam dan viseral, 20% infark miokard ada nyeri). Lokasi : tipikal pada dada anterior, substernal, prekordia, dapat menyebar ke tangan, rahang dan wajah. Tidak tentu lokasinya seperti epigastrium, siku, rahang, abdomen punggung dan leher. Kualitas : ‘chrusing’, menyempit, berat, menetap, tertekan, seperti dapat dilihat. Intensitas : biasanya 10 pada skala 1-10, mungkin ‘pengalaman nyeri yang paling buruk yang pernah dialami’. Catatan : nyeri mungkin tak ada pada pasien pascaoperasi, dengan diabetes melitus, hipertensi atau lansia. Wajah meringis, perubahan postur tubuh. Menangis, merintih, meregang, menggeliat. Menarik diri, kehilangan kontak mata. Respi otomatis : perubahan frekuensi/irama jantung, tekanan darah, pernafasan, warna kulit/kelembaban dan kesadaran.

9. Pernapasan

Tanda dan gejala : dispnea dengan/tanpa kerja, dispnea nokturnal. Batuk dengan/tanpa produksi sputum. Riwayat merokok, penyakit pernapasan kronis. Peningkatan frekuensi pernapasan, napas sesak. kuat. pucat atau sianosis. Bunyi napas : bersih atau krekels/mengi. Sputum : bersih, merah muda kental.

10. Interaksi sosial

Tanda dan gejala : Stress saat ini, contoh kerja, keluarga. Kesulitan coping dengan stresor yang ada, contoh penyakit, perawatan di rumah sakit. Kesulitan istirahat dengan tenang, respons terlalu emosi (marah terus menerus, takut). Menarik diri dari keluarga.

11. Penyuluhan/pembelajaran

Gejala : riwayat keluarga penyakit jantung/infark miokard, diabetes, stroke, hipertensi, penyakit vaskuler perifer. Penggunaan tembakau.

Pertimbangan rencana pemulangan : DRG menunjukkan rata-rata lama dirawat : 7,3 hari (2-4 hari/ICCU). Bantuan pada persiapan makan, belanja, transportasi, perawatan rumah/memelihara tugas, susunan fisik rumah.

12. Pemeriksaan diagnostik

Menurut Kasron (2016), pemeriksaan diagnostik dengan pasien infark miokard adalah :

a. Elektrokardiografi (EKG)

Pada EKG 12 lead, jaringan iskemik tetapi masih berfungsi akan menghasilkan perubahan gelombang T, menyebabkan inervasi saat aliran listrik diarahkan menjauh dari jaringan iskemik, jaringan iskemik akan merubah segmen ST.

Pada infark, miokard yang mati tidak mengkonduksi listrik dan gagal untuk repolarisasi secara normal, mengakibatkan elevasi segmen ST. Saat nekrosis terbentuk, dengan penyembuhan cincin iskemik disekitar area nekrotik, gelombang Q terbentuk.

b. Test laboratorium

Kreatinin Pospokinase (CPK) termasuk dalam hal ini CPK-MB terdeteksi setelah 6-8 jam, mencapai puncak setelah 24 jam dan kembali normal setelah 24 jam berikutnya. *Laktat dehidrogenisasi* (LDH) terjadi pada tahap lanjut infark miokard yaitu setelah 24 jam kemudian mencapai puncak dalam 3-6 hari dan masih dapat dideteksi sampai dengan dua minggu.

Iso enzim LDH lebih spesifik dibandingkan CPK-MB, akan tetapi penggunaan klinisnya lebih akurat dengan nilai troponin, terutama troponin T. Ketidakseimbangan elektrolit dapat mempengaruhi konduksi dan kontraktilitas, misalnya hipokalemi, hiperkalemi. Leukosit (10.000-20.000) biasanya tampak pada hari kedua setelah infark miokard akut berhubungan dengan proses inflamasi.

Kolesterol atau trigliserida serum meningkat, menunjukkan arteriosclerosis sebagai penyebab infark miokard akut. Kecepatan sedimentasi meningkat pada hari kedua dan ketiga setelah infark miokard akut dan menunjukkan inflamasi. Pada analisa gas darah dapat menunjukkan hipoksia atau proses penyakit paru akut atau kronis.

c. Tes radiologi

- 1) Coronary angiography merupakan pemeriksaan khusus dengan sinar-X pada jantung dan pembuluh darah. Sering dilakukan untuk menentukan letak sumbatan pada arteri koroner.
- 2) Foto rontgen, mungkin normal atau menunjukkan pembesaran jantung diduga GJK atau aneurisma ventrikuler.
- 3) Angiography koroner, menggambarkan penyempitan atau sumbatan arteri koroner. Biasanya dilakukan sehubungan dengan pengukuran tekanan serambi dan mengkaji fungsi ventrikel kiri (fraksi ejeksi).
- 4) Echocardiography
Kelainan gerakan dinding jantung hampir selalu terlihat pada pemeriksaan ekokardiografi. Meskipun ekokardiografi tidak dapat membedakan STEMI akut dengan miokard lama atau dengan iskemia berat akut.
- 5) Nuklear Magnetic Resonance (NMR), memungkinkan visualisasi aliran darah, serambi jantung atau katup ventrikel, lesi vaskuler, pembentukan plak, area nekrosis atau infark dan bekuan darah.

F. Diagnosa keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan iskemia jaringan sekunder terhadap sumbatan arteri koroner
2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai oksigen miokard dan kebutuhan, adanya iskemia/nekrotik jaringan miokard, atau efek obat depresan jantung (penyekat- β , antidisritmia).
3. Ansietas/ketakutan, uraikan tingkatan berhubungan dengan ancaman atau perubahan kesehatan dan status sosioekonomi, ancaman kehilangan/kematian, tidak sadar konflik tentang esensi nilai, keyakinan, dan tujuan hidup, transmisi interpersonal/penularan.
4. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan frekuensi, irama, konduksi elektrik, penurunan preload/peningkatan tahanan vaskuler sistemik (TVS), otot infark/diskinetik, kerusakan struktural, contoh aneurisme ventrikuler, kerusakan septal.
5. Perubahan perfusi jaringan berhubungan dengan penurunan/penghentian aliran darah, contoh vasokonstriksi, hipovolemia/kebocoran, dan pembentukan tromboemboli.
6. Risiko kelebihan volume cairan berhubungan dengan penurunan perfusi organ (ginjal), peningkatan natrium/retensi air, peningkatan tekanan hidrostatik atau penurunan protein plasma (menyerap cairan dalam area interstisial/jaringan).
7. Kurangnya pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi tentang fungsi jantung/implikasi penyakit jantung dan status kesehatan akan datang, kebutuhan perubahan pola hidup, tidak mengenal terapi pasca terapi/kebutuhan perawatan diri.

G. Perencanaan keperawatan

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

Hasil yang diharapkan :

- a. Menyatakan nyeri dada hilang/terkontrol
- b. Mendemonstrasikan penggunaan teknik relaksasi
- c. Menunjukkan menurunnya tegangan, rileks, mudah bergerak.

Rencana tindakan:

a. Mandiri :

- 1) Pantau/catat karakteristik nyeri, catat laporan verbal, petunjuk nonverbal, dan respons hemodinamik (contoh : meringis, menangis, gelisah, berkeringat, mencengkramkan dada, napas cepat, tekanan darah/frekuensi jantung berubah).

Rasional : variasi penampilan dan perilaku pasien karena nyeri terjadi sebagai temuan pengkajian. Kebanyakan pasien dengan infark miokard akut tampak sakit, distraksi, dan berfokus pada nyeri. Riwayat verbal dan penyelidikan lebih dalam terhadap faktor pencetus harus ditunda sampai nyeri hilang. Pernapasan mungkin meningkat sebagai akibat nyeri dan berhubungan dengan cemas, sementara hilangnya stres menimbulkan katekolamin akan meningkatkan kecepatan jantung dan tekanan darah

- 2) Ambil gambaran lengkap terhadap nyeri dari pasien termasuk lokasi, intensitas (0-10), lamanya, kualitas (dangkal/menyebar) dan penyebaran. Rasional : nyeri sebagai pengalaman subjektif dan harus digambarkan oleh pasien. Bantu pasien untuk menilai nyeri dengan membandingkannya dengan pengalaman lain.
- 3) Kaji ulang riwayat angina sebelumnya, nyeri menyerupai angina atau nyeri infark miokard. Diskusikan riwayat keluarga. Rasional : dapat membandingkan nyeri yang ada dari pola sebelumnya, sesuai dengan identifikasi komplikasi seperti meluasnya infark, emboli paru, atau perikarditis.
- 4) Anjurkan pasien untuk melaporkan nyeri dengan segera. Rasional : penundaan pelaporan nyeri menghambat peredaan nyeri/memerlukan peningkatan dosis obat.
- 5) Berikan lingkungan yang tenang, aktivitas perlahan, dan tindakan nyaman (contoh spreng yang kering/tak terlipat, gosokan punggung). Pendekatan pasien dengan tenang dan percaya. Rasional :

Menurunkan rangsang eksternal dimana ansietas dan regangan jantung serta keterbatasan kemampuan koping dan keputusan terhadap situasi saat ini.

- 6) Bantu melakukan teknik relaksasi, misalnya : tarik napas dalam/perlahan, perilaku distraksi, visualisasi, bimbingan imajinasi. Rasional : Membantu dalam penurunan persepsi/respons nyeri. Memberikan kontrol situasi, meningkatkan perilaku positif.
- 7) Periksa tanda vital sebelum dan sesudah diberikan obat. Rasional : Hipotensi/depresi pernapasan dapat terjadi sebagai akibat pemberian narkotik. Masalah ini dapat meningkatkan kerusakan miokardia pada adanya kegagalan ventrikel.

b. Kolaborasi

1. Berikan oksigen tambahan dengan kanula nasal atau masker sesuai indikasi. Rasional : Meningkatkan jumlah oksigen yang ada untuk pemaknaan miokardia dan juga mengurangi ketidaknyamanan sehubungan dengan iskemia jaringan.
2. Berikan obat sesuai indikasi. Contoh :
 - a) Antiangina (nitrogliserin (Nitro-Bid, nitrostat, nitro-Dur)).
Rasional : Nitrat berguna untuk kontrol nyeri dengan efek vasodilatasi koroner, yang meningkatkan aliran darah koroner dan perfusi miokardia. Efek vasodilatasi perifer menurunkan volume darah kembali ke jantung (preload) sehingga menurunkan kerja otot jantung dan kebutuhan oksigen.
 - b) Penyekat- β (atenolol (tenormin), pindolol (visken), propranolol (Inderal)). Rasional : Agen penting kedua untuk mengontrol nyeri melalui efek hambatan rangsang simpatis, dengan begitu menurunkan frekuensi jantung, tekanan darah sistolik, dan kebutuhan oksigen miokard. Dapat diberikan sendiri atau dengan nitrat. Catatan: Penyekat-B mungkin dikomraindikasikan bila kontraktilitas miokardia sangat terganggu, karena inotropik negatif dapat lebih menurunkan kontraktilitas.

- c) Analgesik (morfin, meperidin (Demerol)). Rasional : Meskipun morfin IV adalah pilihan, suntikan narkotik lain dapat dipakai pada fase akut/nyeri dada berulang yang tak hilang dengan nitrogliserin untuk menurunkan nyeri hebat. memberikan sedasi, dan mengurangi kerja miokard. Hindari suntikan IM dapat mengganggu indikator diagnostik CPK dan tidak diabsorpsi baik oleh jaringan kurang perfusi.
- d) Penyekat saluran kalsium (verapamil (Calan)), diltiazem (Prokardia). Rasional : Efek vasodilatasi dapat meningkatkan aliran darah koroner, sirkulasi kolateral dan menurunkan preload dan kebutuhan oksigen miokardia. Beberapa diantaranya mempunyai properti antidisritmia.
- 3. Angioplasti PTCA juga disebut angioplasti balon. Rasional : prosedur ini untuk membuka sebagian hambatan arteri koroner sebelum terhambat secara total. Mekanisme tampaknya merupakan kombinasi regangan pembuluh dan tekanan plak.
- 2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai oksigen miokard dan kebutuhan, adanya iskemia/nekrotik jaringan miokard, atau efek obat depresan jantung (penyekat- β , antidisritmia).

Hasil yang diharapkan :

- a. Mendemonstrasikan peningkatan toleransi aktivitas yang dapat diukur/maju dengan frekuensi jantung/irama dan tekanan darah dalam batas normal pasien dan kulit hangat, merah muda dan kering
- b. Melaporkan tidak adanya angina/terkontrol dalam rentang waktu selama pemberian obat.

Rencana tindakan:

- a. Mandiri
 - 1) Catat/dokumentasi frekuensi jantung, irama, dan perubahan tekanan darah sebelum dan sesudah aktivitas sesuai indikasi. Hubungkan dengan laporan nyeri dada/napas pendek. Rasional :

Kecenderungan menentukan respons pasien terhadap aktivitas dan dapat mengindikasikan penurunan oksigen miokardia yang memerlukan penurunan tingkat aktivitas/kembali tirah baring, perubahan program obat, penggunaan oksigen tambahan.

- 2) Tingkatkan istirahat (tempat tidur/kursi). Batasi aktivitas pada dasar nyeri/respons hemodinamik. Berikan aktivitas senggang yang tidak berat. Rasional : Menurunkan kerja miokardia/konsumsi oksigen, menurunkan risiko komplikasi (contoh, perluasan infark miokard).
- 3) Batasi pengunjung dan/atau kunjungan oleh pasien. Rasional : Pembicaraan yang panjang sangat mempengaruhi pasien, namun periode kunjungan yang tenang bersifat terapeutik.
- 4) Anjurkan pasien menghindari peningkatan tekanan abdomen, contoh mcngejan saat defekasi. Rasional : Aktivitas yang memerlukan menahan napas dan menunduk (manuver Valsalva) dapat mengakibatkan bradikardi. juga menurunkan curah jantung, dan takikardi dengan peningkatan tekanan darah.
- 5) Jelaskan pola peningkatan bertahap dari tingkat aktivitas, contoh bangun dari kursi bila tak ada nyeri, ambulasi dan istirahat selama 1 jam setelah makan. Rasional : Aktivitas yang maju memberikan kontrol janmng, meningkatkan regangan dan mencegah aktivitas berlebihan.
- 6) Kaji ulang tanda/gejala yang menunjukkan tidak toleran terhadap aktivitas atau memerlukan pelaporan pada perawat/dokter. Rasional : Palpitasi, nadi tak teratur, adanya nyeri dada, atau dispnea dapat mengindikasikan kebutuhan perubahan program olahraga atau obat.

b. Kolaborasi

- 1) Rujuk ke program rehabilitasi jantung. Rasional : Memberikan dukungan/pengawasan tambahan berlanjut partisipasi proses penyembuhan dan kesejahteraan.

3. Ansietas/ketakutan, uraikan tingkatan berhubungan dengan ancaman atau perubahan kesehatan dan status sosioekonomi, ancaman kehilangan/kematian, tidak sadar konflik tentang esensi nilai, keyakinan, dan tujuan hidup, transmisi interpersonal/penularan.

Hasil yang diharapkan :

- a. Mengenal perasaannya.
- b. Mengidentifikasi penyebab, faktor yang mempengaruhi
- c. Menyatakan penurunan ansietas/takut
- d. Mendemonstrasikan keterampilan pemecahan masalah positif.
- e. Mengidentifikasi sumber secara tepat.

Rencana tindakan:

- a. Mandiri
 - 1) Identifikasi dan ketahui persepsi pasien terhadap ancaman/situasi.
Dorong mengekspresikan dan jangan menolak perasaan marah, kehilangan, takut, dll. Rasional : Koping terhadap nyeri dan trauma emosi infark miokard sulit. Pasien takut mati dan/atau cemas tentang lingkungan. Cemas berkelanjutan (sehubungan dengan masalah tentang dampak serangan jantung pada pola hidup selanjutnya, masih tak teratasi dan efek penyakit pada keluarga) mungkin terjadi dalam berbagai derajat selama beberapa waktu dan dapat dimanifestasikan oleh gejala depresi.
 - 2) Catat adanya kegelisahan, menolak, dan/atau menyangkal (afek tak tepat atau menolak mengikuti program medis). Rasional : Penelitian terhadap frekuensi hidup antara individu tipe A/tipe B dan dampak penolakan telah berarti dua. Namun, penelitian menunjukkan beberapa hubungan antara derajat/ekspresi marah atau gelisah dan peningkatan risiko infark miokard.
 - 3) Mempertahankan gaya percaya (tanpa keyakinan yang salah).
Rasional : Pasien dan orang terdekat dapat dipengaruhi oleh cemas/ketidaktenangan anggota tim kesehatan. Penjelasan yang jujur dapat menghilangkan kecemasan.

- 4) Kaji tanda verbal/non verbal kecemasan dan tinggal dengan pasien. Lakukan tindakan bila pasien menunjukkan perilaku merusak. Rasional : Pasien mungkin tidak menunjukkan masalah secara langsung, tetapi kata-kata/tindakan dapat menunjukkan rasa agitasi, marah, dan gelisah. Intervensi dapat membantu pasien meningkatkan kontrol terhadap perilakunya sendiri.
- 5) Terima tetapi jangan diberi penguatan terhadap penggunaan penolakan. Hindari konfrontasi. Rasional : Menyangkal dapat menguntungkan dalam menurunkan cemas tetapi dapat menunda penerimaan terhadap kenyataan situasi saat itu. Konfrontasi dapat meningkatkan rasa marah dan meningkatkan penggunaan penyangkalan, menurunkan kerja sama, dan kemungkinan memperlambat penyembuhan.
- 6) Orientasikan pasien/orang terdekat terhadap prosedur rutin dan aktivitas yang diharapkan. Tingkatkan partisipasi bila mungkin. Rasional : Perkiraan dan informasi dapat menurunkan kecemasan pasien.
- 7) Jawab semua pertanyaan secara nyata. Berikan informasi konsisten, ulangi sesuai indikasi. Rasional : Informasi yang tepat tentang situasi menurunkan takut, hubungan yang asing antara perawat-pasien, dan membantu pasien/orang terdekat untuk menerima situasi secara nyata. Perhatian yang diperlukan mungkin sedikit, dan pengulangan informasi membantu penyimpanan informasi.
- 8) Dorong pasien/orang terdekat untuk mengkomunikasikan dengan seseorang, berbagi pertanyaan dan masalah. Rasional : Berbagi informasi membentuk dukungan/kenyamanan dan dapat menghilangkan tegangan terhadap kekhawatiran yang tidak diekspresikan.
- 9) Berikan periode istirahat/waktu tidur tidak terputus, lingkungan tenang, dengan tipe kontrol pasien, jumlah rangsang eksternal.

Rasional : Penyimpanan energi dan meningkatkan kemampuan koping.

- 10) Dukung kenormalan proses kehilangan, melibatkan waktu yang perlu untuk penyelesaian. Rasional : Dapat memberikan keyakinan bahwa perasaannya merupakan respons normal terhadap situasi/perubahan yang diterima
- 11) Berikan privasi untuk pasien dan orang terdekat. Rasional : Memungkinkan waktu untuk mengekspresikan perasaan, menghilangkan cemas, dan perilaku adaptasi.
- 12) Dorong kemandirian, perawatan sendiri, dan pembuatan keputusan dalam rencana pengobatan. Rasional : Peningkatan kemandirian dari staf meningkatkan kepercayaan diri dan menurunkan rasa gagal yang dapat menyertai pemindahan dari unit koroner/pulang dari rumah sakit.
- 13) Dorong keputusan tentang harapan setelah pulang. Rasional : Membantu pasien/orang terdekat untuk mengidentifikasi tujuan nyata, juga menurunkan risiko kegagalan menghadapi kenyataan adanya keterbatasan kondisi/memacu penyembuhan.

b. Kolaborasi

- 1) Berikan anticemas/hipnotis sesuai indikasi. Contoh diazepam (valium), flurazepam (dalmene), lorazepam (ativan). Rasional : meningkatkan relaksasi/istirahat dan menurunkan rasa cemas.

4. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan frekuensi, irama, konduksi elektrik, penurunan preload/peningkatan tahanan vaskuler sistemik (TVS), otot infark/diskinetik, kerusakan struktural, contoh aneurisme ventrikuler, kerusakan septal.

Hasil yang diharapkan :

- a. Mempertahankan stabilitas hemodinamik, contoh tekanan darah, curah jantung dalam rentang normal, haluaran urine adekuat, penurunan/tidak adanya disritmia
- b. Melaporkan penurunan episode dispnea, angina.
- c. Mendemonstrasikan peningkatan toleransi terhadap aktivitas.

Rencana tindakan:

a. Mandiri :

- 1) Auskultasi TD, bandingkan kedua tangan dan ukur dengan tidur, duduk, dan berdiri bila bisa. Rasional : Hipotensi dapat terjadi sehubungan dengan disfungsi ventrikel, hipoperfusi miokardia dan rangsang vagal. Namun, hipertensi juga fenomena umum, kemungkinan berhubungan dengan nyeri, cemas, pengeluaran katekolamin, dan/atau masalah vaskuler sebelumnya. Hipotensi ortostatik (postural) mungkin berhubungan dengan komplikasi infark, contoh GJK.
- 2) Evaluasi kualitas dan kesamaan nadi sesuai indikasi. Rasional : Penurunan curah jantung mengakibatkan menurunnya kelemahan/kekuatan nadi. Ketidakteraturan diduga disritmia, yang memerlukan evaluasi lanjut/pantau.
- 3) Catat terjadinya S3, S4. Rasional : S3 biasanya dihubungkan dengan GJK tetapi juga terlihat pada adanya gagal mitral (regurgitasi) dan kelebihan kerja ventrikel kiri yang disertai infark berat. S4 mungkin berhubungan dengan iskemia miokardia, kekakuan ventrikel, dan hipertensi pulmonal atau sistemik.
- 4) Adanya murmur/gesekan. Rasional : Menunjukkan gangguan aliran darah normal dalam jantung, contoh katup tak baik, kerusakan septum, atau vibrasi otot papilar/korda tendinea (komplikasi infark miokard). Adanya gesekan dengan infark juga berhubungan dengan inflamasi, contoh efusi perikardial dan perikarditis.
- 5) Auskultasi bunyi napas. Rasional : Krekels menunjukkan kongesti paru mungkin terjadi karena penurunan fungsi miokardia.
- 6) Pantau frekuensi jantung dan irama. Catat disritmia melalui telemetri. Rasional : Frekuensi dan irama jantung merespon terhadap obat dan aktivitas sesuai dengan terjadinya komplikasi/disritmia (khususnya kontraksi ventrikel prematur atau blok jantung berlanjut). Adapun yang mempengaruhi fungsi

jantung atau meningkatkan kerusakan iskemik. Denyutan/fibrilasi Akut atau kronis mungkin terlihat pada arteri koroner atau keterlibatan katup dan mungkin atau tidak mungkin merupakan kondisi patologi.

- 7) Catat respons terhadap aktivitas dan peningkatan istirahat dengan tepat. Rasional : Kelebihan latihan meningkatkan konsumsi/kebutuhan oksigen dan mempengaruhi fungsi miokardia.
- 8) Berikan pispot di samping tempat tidur bila tak mampu ke kamar mandi. Rasional : Mengupayakan penggunaan bedpan dapat melelahkan dan secara fisiologis penuh stres, juga meningkatkan kebutuhan oksigen dan kerja jantung.
- 9) Berikan makanan kecil/mudah dikunyah. Batasi asupan kafein. contoh kopi, coklat, cola. Rasional : Makan besar dapat meningkatkan kerja miokardia dan menyebabkan rangsang vagal mengakibatkan bradikardia/denyut ektopik. Kafein adalah perangsang langsung pada jantung yang dapat meningkatkan frekuensi jantung.
- 10) Sediakan alat/obat darurat. Rasional : Sumbatan koroner tiba-tiba, disritmia letal, perluasan infark, atau nyeri adalah situasi yang dapat mencetuskan henti jantung, memerlukan terapi penyelamatan hidup segera/memindahkan ke unit perawatan kritis.

b. Kolaborasi

- 1) Berikan oksigen tambahan, sesuai indikasi. Rasional : Meningkatkan jumlah sediaan oksigen untuk kebutuhan miokard, menurunkan iskemia dan disritmia lanjut.
- 2) Pertahankan cara masuk IV/heparin-lok sesuai indikasi. Rasional : Jalur yang paten penting untuk pemberian obat darurat pada adanya disritmia atau nyeri dada.
- 3) Kaji ulang seri EKG. Rasional : Memberikan informasi sehubungan dengan kemajuan/perbaikan infark, status fungsi ventrikel, keseimbangan elektrolit, dan efek terapi obat.

- 4) Kaji foto dada. Rasional : Dapat menunjukkan edema paru sehubungan dengan disfungsi ventrikel.
 - 5) Pantau data laboratorium. Contoh enzim jantung, GDA, elektrolit. Rasional : Enzim memantau perbaikan/perluasan infark. Adanya hipoksia menunjukkan kebutuhan tambahan oksigen. Keseimbangan elektrolit, contoh hipokalemia/hiperkalemia sangat besar berpengaruh irama jantung/kontraktilitas.
 - 6) Berikan obat antidisritmia sesuai indikasi. Rasional : Disritmia biasanya pada secara sintomatis kecuali untuk PVC, dimana sering mengancam secara profilaksis.
 - 7) Bantu pemasangan/mempertahankan pacu jantung bila digunakan. Rasional : Pemacu mungkin tindakan dukungan sementara selama fase akut/penyembuhan atau mungkin diperlukan secara permanen bila infark sangat berat merusak sistem konduksi.
5. Perubahan perfusi jaringan berhubungan dengan penurunan atau penghentian aliran darah, contoh vasokonstriksi, hipovolemia atau kebocoran, dan pembentukan tromboemboli.

Hasil yang diharapkan :

- a. Mendemonstrasikan perfusi adekuat secara individual, contoh kulit hangat dan kering
- b. Ada nadi perifer/kuat, tanda vital dalam batas normal pasien
- c. Pasien sadar/ berorientasi
- d. Tidak ada edema, keseimbangan antara pemasukan/pengeluaran
- e. Bebas nyeri/ketidaknyamanan.

Rencana tindakan:

- a. Mandiri
 - 1) Selidiki perubahan tiba-tiba atau gangguan mental kontinu. Contoh cemas, bingung, letargi, pingsan. Rasional : Perfusi serebral secara langsung sehubungan dengan curah jantung dan juga dipengaruhi oleh elektrolit/variasi asam basa, hipoksia, atau emboli sistemik.

- 2) Lihat pucat, sianosis, belang, kulit dingin/Iembab. Catat kekuatan nadi perifer. Rasional : Vasokonstriksi sistemik diakibatkan oleh penurunan curah jantung mungkin dibuktikan oleh penurunan perfusi kulit dan penurunan nadi.
- 3) Kaji tanda Homan (nyeri pada betis dengan posisi dorsofleksi), eritema, edema. Rasional : Indikator trombosis vena dalam.
- 4) Dorong latihan kaki aktif/pasif, hindari latihan isometrik. Rasional : Menurunkan stasis vena, meningkatkan aliran balik vena dan menurunkan risiko tromboflebitis. Namun latihan isometrik dapat sangat mempengaruhi curah jantung dengan meningkatkan kerja miokardia dan konsumsi oksigen.
- 5) Anjurkan pasien dalam melakukan/melepas kaus kaki antiembolik bila digunakan. Rasional : Membatasi stasis vena, memperbaiki aliran balik vena dan menurunkan risiko tromboflebitis pada pasien yang terbatas aktivitasnya.
- 6) Pantau pernapasan, catat kerja pernapasan. Rasional : Pompa jantung gagal dapat mencetuskan distress pernapasan. Namun dispnea tiba-tiba/berlanjut menunjukkan komplikasi tromboemboli paru.
- 7) Kaji fungsi gastrointestinal, catat anoreksia, penurunan/tak ada bising usus, mual/muntah. distensi abdomen, konstipasi. Rasional : Penurunan aliran darah ke mesenterik dapat mengakibatkan disfungsi gastrointestinal, contoh kehilangan peristaltik. Masalah potensial/aktual karena penggunaan analgesik, penurunan aktivitas, dan perubahan diet.
- 8) Pantau pemasukan dan catat perubahan haluaran urine. Catat berat jenis sesuai indikasi. Rasional : Penurunan pemasukan/mual terus menerus dapat mengakibatkan penurunan volume sirkulasi yang berdampak negatif pada perfusi dan fungsi organ. Berat jenis mengukur status hidrasi dan fungsi ginjal.

b. Kolaborasi

1) Pantau data laboratorium, contoh GDA, BUN, kreatinin, elektrolit.
Rasional : Indikator perfusi/fungsi organ.

2) Beri obat sesuai indikasi, misalnya:

a) Heparin/natrium warfarin (coumadin). Rasional : Dosis rendah heparin mungkin diberikan secara profilaksis pada pasien risiko tinggi (contoh, fibrilasi atrial, kegemukan, aneurisma ventrikel, atau riwayat tromboflebitis) untuk menurunkan risiko tromboflebitis atau pembentukan trombus mural. Coumadin obat pilihan untuk terapi antikoagulan jangka panjang/pascapulang.

b) Simetidin (tagamet), ranitidin (zantac), antasida. Rasional : Menurunkan atau menetralkan asam lambung, mencegah ketidaknyamanan dan iritasi gaster. khususnya adanya penurunan sirkulasi mukosa.

3) Siapkan untuk membantu pemberian agen trombolitik, t-PA, streptokinase, memindahkan ke unit kritis, dan tindakan lain sesuai indikasi. Rasional : Pada terjadinya perluasan infark, atau infark miokard baru, terapi trombolitik adalah pengobatan pilihan (bila diawali dalam 6 jam) untuk memecahkan bekuan (bila ini disebabkan oleh infark miokard) dan memperbaiki perfusi miokardium.

6. Risiko kelebihan volume cairan berhubungan dengan penurunan perfusi organ (ginjal), peningkatan natrium/retensi air, peningkatan tekanan hidrostatik atau penurunan protein plasma (menyerap cairan dalam area interstisial/jaringan).

Hasil yang diharapkan :

- a. Mempertahankan keseimbangan cairan seperti dibuktikan oleh tekanan darah dalam batas normal.
- b. Tidak ada distensi vena perifer/vena dan edema dependen.
- c. Paru bersih dan berat badan stabil.

Rencana tindakan:

a. Mandiri :

- 1) Auskultasi bunyi napas untuk adanya krekels. Rasional : dapat mengindikasikan edema paru sekunder akibat dekompensasi jantung.
- 2) Catat DVJ, adanya edema dependen. Dicurigai adanya gagal kongestif/kelebihan volume cairan.
- 3) Ukur masukan/haluaran, catat penurunan pengeluaran, sifat konsentrasi. Hitung keseimbangan cairan. Rasional : penurunan curah jantung mengakibatkan gangguan perfusi ginjal, retensi natrium/air, dan penurunan haluaran urine, keseimbangan cairan positif berulang pada adanya gejala lain menunjukkan kelebihan volume/gagal jantung.
- 4) Timbang berat badan tiap hari. Rasional : perubahan tiba-tiba pada berat badan menunjukkan gangguan keseimbangan cairan.
- 5) Pertahankan pemasukan total cairan 2000 ml/24 jam dalam toleransi kardiovaskuler. Rasional : memenuhi kebutuhan cairan tubuh orang dewasa tetapi memerlukan pembatasan pada adanya dekompensasi jantung

b. Kolaborasi

- 1) Berikan diet natrium rendah/minuman. Rasional : natrium meningkatkan retensi cairan dan harus dibatasi.
- 2) Berikan diuretik, contoh furosemid (Lazix), hidralazin (apresoline), spironolakton dengan hidronolakton (Aldactone). Rasional : mungkin perlu untuk memperbaiki kelebihan cairan. Obat pilihan biasanya tergantung gejala.
- 3) Pantau kalium sesuai indikasi. Rasional : hipokalemia dapat membatasi keefektifan terapi dan dapat terjadi dengan penggunaan diuretik penurunan kalium.

7. Kurangnya pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi tentang fungsi jantung/implikasi penyakit jantung dan status kesehatan akan datang, kebutuhan perubahan pola hidup, tidak mengenal terapi pasca terapi/kebutuhan perawatan diri.

Hasil yang diharapkan :

- a. Menyatakan pemahaman penyakit jantung sendiri, rencana pengobatan, tujuan pengobatan, dan efek samping.
- b. Menyebutkan gejala yang memerlukan perhatian cepat.
- c. Mengidentifikasi/merencanakan perubahan pola hidup yang perlu.

Rencana tindakan:

- 1) Kaji tingkat pengetahuan pasien/orang terdekat pasien dan kemampuan/keinginan pasien untuk belajar. Rasional : perlu untuk pembuatan rencana instruksi individu. Menguatkan harapan bahwa ini akan menjadi pengalaman belajar. Mengidentifikasi secara verbal kesalahpahaman dan memberikan penjelasan.
- 2) Waspada terhadap tanda penghindaran, contoh mengubah subjek dari informasi yang ada atau perilaku ekstrim (menolak/euforia). Rasional : mekanisme pertahanan alamiah seperti marah, menolak pentingnya situasi, dapat menghambat belajar, mempengaruhi respons pasien dan kemampuan mengasimilasi informasi. Perubahan untuk mengurangi pola/struktur formal mungkin menjadi lebih efektif sampai pasien/orang dekat siap untuk menerima/memahami situasi tersebut.
- 3) Berikan informasi dalam bentuk belajar yang bervariasi, contoh buku program, tip audio/visual, pertanyaan/ jawaban, aktivitas kelompok. Rasional : penggunaan metode belajar yang bermacam-macam meningkatkan penyerapan materi.
- 4) Beri penguatan penjelasan faktor risiko, pembatasan diet/aktivitas, obat, dan gejala yang memerlukan perhatian medis cepat. Rasional : memberikan kesempatan pada pasien untuk mencakup informasi dan mengasumsikontrol/partisipasi dalam program rehabilitasi.

- 5) Dorong mengidentifikasi/penurunan faktor risiko individu, contoh merokok/konsumsi alkohol, kegemukan. Rasional : perilaku ini/ kimia mempunyai efek merugikan langsung pada fungsi kardiovaskuler dan dapat mengganggu penyembuhan, meningkatkan resiko terhadap komplikasi.
- 6) Peringatan untuk menghindari aktivitas isometrik, manuver Valsalva, dan aktivitas yang memerlukan tangan diposisikan di atas kepala. Rasional : aktivitas ini sangat meningkatkan kerja jantung/konsumsi oksigen miokardia dan dapat merugikan kontraktilitas/curah jantung.
- 7) Kaji ulang program meningkatkan tingkat aktivitas. Didik pasien sehubungan dengan lanjutan aktivitas secara bertahap, contoh jalan, kerja, rekreasi, aktivitas seksual. Berikan pedoman untuk meningkatkan aktivitas secara bertahap dan instruksi sehubungan dengan frekuensi nadi target dan pengambilan nadi yang tepat. Rasional : bertahap meningkatkan aktivitas, meningkatkan kekuatan dan mencegah terlalu keras latihan, dapat meningkatkan sirkulasi kolateral dan memungkinkan kembalinya pola hidup normal.
- 8) Identifikasi alternatif aktivitas pada hari dengan 'cuaca buruk' seperti jalan dalam rumah atau berbelanja. Rasional : memberikan program aktivitas berkelanjutan.
- 9) Kaji ulang tanda/gejala yang memerlukan penurunan aktivitas dan pelaporan pada pemberi perawatan kesehatan. Rasional : peningkatan nadi di atas batas normal, terjadinya nyeri dada atau dispnea memerlukan perubahan latihan dan program obat.
- 10) Tekankan pentingnya mengikuti perawatan dan mengidentifikasi sumber di masyarakat/kelompok pendukung, contoh program rehabilitasi jantung, kelompok koroner, klinik penghentian merokok. Rasional : memberikan tekanan bahwa ini adalah masalah kesehatan berlanjut dimana dukungan/bantuan diperlukan setelah pulang.
- 11) Beri tekanan pentingnya menghubungi dokter bila nyeri dada, perubahan pola angina, atau terjadi gejala lain. Rasional : evaluasi berkala/ intervensi dapat mencegah komplikasi.

- 12) Tekankan pentingnya melaporkan terjadinya demam sehubungan dengan nyeri dada menyebar/tidak khas (pleural, perikardial) dan nyeri sendi. Rasional : komplikasi pasca infark miokard dari inflamasi perikardial (sindrom Dressler) memerlukan evaluasi/intervensi medis lanjut.

H. Pelaksanaan keperawatan

Menurut Koizer (2011), menjelaskan bahwa implementasi adalah proses keperawatan, implementasi adalah fase ketika perawat mengimplementasikan intervensi keperawatan. implementasi terdiri atas melakukan dan mendokumentasikan tindakan yang merupakan tindakan keperawatan yang diperlukan untuk melaksanakan intervensi.

I. Evaluasi keperawatan

Menurut Perry (2010), menjelaskan bahwa evaluasi adalah menilai atau menghargai. Evaluasi adalah fase kelima dan fase terakhir dari proses keperawatan. Evaluasi ini adalah bentuk aktivitas yang direncanakan, berkelanjutan dan terarah ketidak menentukan apakah intervensi keperawatan harus diakhiri, dilanjutkan atau diubah. Evaluasi mencakup data subjektif yaitu respon pasien saat melakukan evaluasi, data objektif yaitu apa yang dilihat perawat dari diri pasien saat dilakukan evaluasi, analisa berupa suatu keadaan pasien dalam pencapaian tujuan keperawatan dan untuk melihat masalah yang ada di pasien sudah teratasi atau belum, planing yaitu intervensi keperawatan yang harus dilanjutkan atau diberhentikan sesuai dengan kondisi pasien.

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian dilakukan pada tanggal 10 Februari 2020. Pasien masuk rumah sakit pada tanggal 08 Februari 2020 dan pindah ke Ruang Mawar kelas II, nomor register 422-97-6 dengan diagnosa medis *Miocard Infark* (MCI) dengan post *Percutaneous Coronary Intervention* (PCI).

1. Identitas pasien

Pasien bernama Ny. U, jenis kelamin perempuan berusia 66 tahun, status perkawinan pasien menikah, beragama katolik, suku bangsa Jawa, pendidikan Sekolah Menengah Atas (SMA), bahasa yang digunakan bahasa Indonesia, pekerjaan tidak bekerja (pensiunan), alamat Bekasi Jaya, sumber biaya asuransi dari PLN. Adapun informasi yang didapatkan melalui pasien, keluarga, rekam medis, dan perawat ruangan.

2. Resume

Ny. U (66 tahun) datang ke unit gawat darurat (UGD) Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat pada tanggal 08 Ferbruari 2020 pukul 20.00 WIB diantar oleh keluarganya. Pasien datang dengan keluhan nyeri dada sebelah kiri ± 30 menit sebelum masuk rumah sakit, keringat dingin, sesak napas, lemas, riwayat hipertensi ± 30 tahun. Pada saat di UGD dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital (TTV) didapatkan hasil tekanan darah (TD): 195/110 mmHg, frekuensi nadi 80x/menit, frekuensi pernafasan 24 x/menit, suhu 36°C. Pasien diperiksa dengan keadaan umum sakit sedang dan kesadaran komposmentis, GCS: E: 4, V: 5, M: 6. Tindakan yang dilakukan adalah pemasangan infus Ringer Laktat 500 cc/ 24 jam di vena *bracialis sinistra* dan dilakukan pemeriksaan elektrokardiogram dengan hasil *low voltage QRS, possible inferior infarct, age*

undetermined, anterior infarct, possibly acute. Lateral injury pattern, abnormal EKG (STEMI anterior). Ny. U dilakukan pengambilan darah untuk tes laboratorium dengan hasil enzim jantung : HS troponin I 15,2 pg/ml (0,0-15,6) dan kimia gas darah dengan PH 7,464 (7,350-7,450), PCO₂ 30,0 mmHg (35,0-45,0), dan PO₂ 117,5 mmHg (65,0-90,0), HCO₃ 21,0 meq/L, dan BE 1,5 meq/L (-3,0 – 3,0) dengan interpretasi alkalosis respiratorik terkompensasi sebagian. Masalah keperawatan yang diangkat adalah penurunan curah jantung. Tindakan mandiri keperawatan yang telah dilakukan yaitu mengkaji TTV, keadaan umum, mengkaji tingkat nyeri dan memberikan posisi semi fowler dengan hasil TD : 195/110 mmHg, frekuensi nadi 80x/menit, frekuensi pernafasan 24 x/menit, suhu 36°C. Evaluasi secara umum, keadaan umum sakit sedang kesadaran composmentis. Penyebab nyeri ialah terlalu banyak melakukan aktivitas, nyeri dengan skala 5-6 waktu nyeri kurang lebih sudah 30 menit, nyeri berkurang jika tarik napas dalam dan berbaring. Saat diberikan posisi semi fowler, pasien mengatakan merasa nyaman dengan posisi tersebut. Tindakan kolaborasi yang sudah dilakukan adalah memberikan obat irvask 150 mg/oral dengan hasil obat berhasil diberikan tanpa dimuntahkan.

Ny. U rencana akan dilakukan tindakan *Percutaneous Coronary Intervention (PCI)* di Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur. Pasien dan keluarga menyetujui tindakan tersebut. Pukul 22.30 WIB pasien di antarkan ke Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur. Pasien tampak cemas TD 137/86 mmHg, nadi 84 x/menit, RR 22 x/menit. Pukul 23.00 pasien dilakukan tindakan PCI (Percutaneous Coronary Intervention) dengan hasil : primary-PCI dengan 1 DES combo di LAD pada acute anterior STEMI. Pasien dianjurkan menginap satu malam di ruang ICU (Intensive Unit Care) Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur untuk dilakukan observasi.

Tanggal 09 Februari 2020 pukul 10.00 WIB pasien dijemput dari Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur untuk dipindahkan ke ruang ICU (Intensive Unit Care) Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat. Keadaan umum sakit sedang, kesadaran composmentis, akral teraba hangat, pulse arteri cukup. TD : 130/84 mmHg, nadi 79x/menit, saturasi oksigen 100%. Pasien mendapatkan terapi obat Diviti 1x2,5 mg SC abdomen, Brilinta 2x90 mg, Ascardia 1x80 mg, lipitor 1x40 mg, irvask 1x150 mg, zypras 2x0,5 mg, bisoprolol 1x2,5 mg, dan Aspar. K 3x300 mg. Pukul 23.30 pasien mengeluh sesak. RR 20 x/menit, saturasi oksigen 100%. Pasien terpasang O₂ nasal 3 liter/menit. Keadaan umum sakit sedang, kesadaran composmentis.

Tanggal 10 Februari 2020 Ny. U dilakukan pemeriksaan laboratorium dengan hasil Elektrolit : kalium 3,38 mmol/L (3,50-5,50) dan foto thorax dengan hasil sinus dan diafragma normal, tak tampak infiltrat ratio $\pm 55\%$ (AP). Kesan : paru normal. Pasien dipindahkan ke ruangan mawar pukul 11.00 WIB. Evaluasi keadaan pasien sakit sedang, kesadaran composmentis, akral teraba hangat, TD : 133/86 mmHg, nadi 83 x/menit, RR 18 x/menit. Pasien terpasang O₂ nasal 3 liter/menit.

3. Riwayat keperawatan

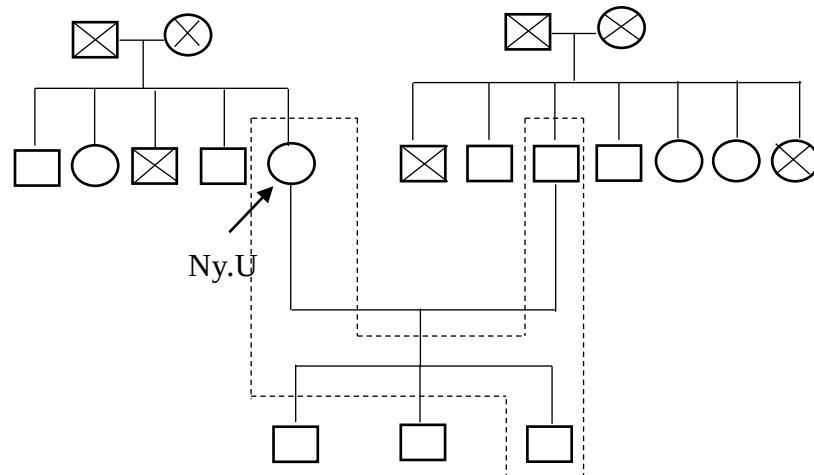
a. Riwayat kesehatan sekarang

Pasien mengatakan keluhan saat ini merasa nyeri dada, sesak napas, lemas, keringat dingin. Pasien mengatakan jika ia melakukan aktivitas berlebihan seperti banyak bicara maka nyeri akan timbul dan merasa lelah. Nyeri seperti ditimpa beban berat, skala nyeri 5 dan waktu timbulnya tidak menentu ± 15 menit. Pasien mengatakan nyeri akan hilang jika pasien minum obat dan tidak terlalu banyak melakukan aktivitas.

b. Riwayat kesehatan masalalu

Pasien memiliki riwayat penyakit sebelumnya yaitu riwayat hipertensi ± sudah 30 tahun. Pasien mengatakan tidak ada alergi obat, makanan, hewan dan lingkungan. Pasien mempunyai riwayat pemakaian obat yaitu obat hipertensi (irvask dan lipitor).

c. Riwayat kesehatan keluarga



Keterangan :

□ : Laki-laki

○ : Perempuan

↗ : Pasien

----- : Tinggal bersama

✕ : Meninggal

Keterangan : pasien adalah anak kelima dari lima bersaudara, orang tua pasien meninggal dalam kondisi sehat dan tidak mempunyai penyakit apapun. Sedangkan keluarga dari suami pasien memiliki riwayat penyakit diabetes melitus. Pasien memiliki tiga orang anak laki-laki dan pasien tinggal bersama anak ketiga dan suaminya. Pola komunikasi pasien dengan anak baik dan jika ada masalah pasien selalu menyelesaikannya dengan satu arah. Suami pasien adalah yang menentukan keputusan.

- d. Penyakit yang pernah diderita oleh anggota keluarga yang menjadi faktor resiko.

Pasien mengatakan tidak ada penyakit yang diderita oleh anggota keluarganya.

- e. Riwayat psikososial dan spiritual

- 1) Pasien mengatakan orang terdekat dengan pasien adalah suami dan anak-anaknya.

- 2) Interaksi dalam keluarga adalah pola komunikasinya baik, pembuatan keputusan oleh suaminya. Kegiatan kemasyarakatan yang diikuti adalah kegiatan di gereja.

- 3) Dampak penyakit pasien terhadap keluarga adalah keluarga merasa sedih ketika pasien jatuh sakit.

- 4) Masalah yang mempengaruhi pasien adalah pasien mengatakan penyakitnya saat ini membuat pasien tidak bisa melakukan aktivitas banyak.

- 5) Persepsi pasien terhadap penyakitnya

Hal yang sangat dipikirkan pasien saat ini adalah pasien mengatakan merasa cemas dengan penyakit yang dialaminya. Harapan pasien setelah menjalani perawatan adalah pasien mengatakan ingin cepat sembuh dan cepat pulang. Perubahan yang dirasakan setelah jatuh sakit adalah pasien mengatakan sedih karena tidak bisa banyak melakukan aktivitas.

- 6) Sistem nilai kepercayaan

Pasien mengatakan tidak memiliki nilai-nilai yang bertentangan dengan kesehatan dan aktivitas agama/kepercayaan yang dilakukan adalah beribadah kepada Tuhan.

- 7) Kondisi lingkungan rumah

Pasien mengatakan lingkungan rumah bersih dan terdapat tangga kecil.

8) Pola kebiasaan

a) Pola Nutrisi

Sebelum sakit pasien mengatakan frekuensi makan 3x/hari, nafsu makan baik tidak ada mual muntah, porsi makanan yang dihabiskan 1 porsi, tidak ada makanan yang tidak disukai, tidak ada alergi makanan, makanan pantangan rendah garam, makanan diet tidak ada, tidak ada penggunaan obat sebelum makan.

Setelah sakit pasien mengatakan frekuensi makan 3x/hari, tidak nafsu makan, tidak ada mual muntah, porsi makan yang dihabiskan $\frac{1}{2}$ porsi, tidak ada makanan yang tidak disukai, tidak ada alergi makanan, makanan pantangan rendah garam, makanan diet DJ2 1500 kal, tidak ada penggunaan obat-obatan sebelum makan, tidak menggunakan alat bantu makan.

b) Pola eliminasi

BAK sebelum masuk rumah sakit, pasien mengatakan frekuensi $\pm 7-8$ x/hari berwarna kuning jernih, tidak ada keluhan, dan tidak menggunakan alat bantu BAK. BAB: pasien mengatakan frekuensi 1-2 x/hari dengan waktu yang tidak menentu, berwarna kuning kecoklatan, konsistensi lembek/lunak, tidak ada keluhan, dan tidak menggunakan laksatif.

setelah sakit BAK ± 6 x/hari, berwarna kuning jernih, tidak ada keluhan, dan menggunakan alat bantu BAK pempers/pispot. Pasien mengatakan BAB 1 x/hari dengan waktu tidak menentu, berwarna kecoklatan, konsistensi lembek/lunak, tidak ada keluhan, dan tidak menggunakan laksatif.

c) Pola personal hygiene

Sebelum masuk rumah sakit pasien mengatakan mandi 2x/hari pada pagi dan sore hari. Oral hygiene 2 x/hari pada pagi dan malam sebelum tidur. Mencuci rambut 1x/hari.

Setelah masuk rumah sakit pasien mengatakan mandi hanya dilap di pagi hari, oral hygiene 1x/hari pada pagi hari. Tidak mencuci rambut selama di rumah sakit.

d) Pola istirahat dan tidur

Sebelum masuk rumah sakit pasien mengatakan jarang tidur siang, jika tidur lamanya ± 1 jam, lama tidur malam 6-8 jam/hari. Kebiasaan sebelum tidur ialah berdoa kepada Tuhan.

Setelah masuk rumah sakit lama tidur siang 1-2 jam/hari, lama tidur malam 6-8 jam/hari, kebiasaan sebelum tidur ialah berdoa kepada Tuhan.

e) Pola aktivitas dan latihan

Sebelum sakit pasien mengatakan tidak bekerja, hanya melakukan pekerjaan rumah dari pagi hingga siang seperti: memasak, menyapu lantai serta halaman, dan mengepel. Pasien mengatakan jarang melakukan olahraga. Biasanya olahraga yang dilakukan jalan santai dan senam setiap dua minggu sekali atau sebulan sekali. Pasien mengatakan tidak ada keluhan dalam beraktivitas.

Setelah sakit pasien mengatakan tidak bekerja/ tidak melakukan aktivitas apapun, pasien tidak melakukan olahraga seperti jalan santai. Pasien mengatakan nyeri dada dan merasa lelah jika melakukan aktivitas yang berlebihan.

f) Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan

Sebelum masuk rumah sakit, pasien mengatakan tidak merokok, tidak minum-minuman keras, dan tidak menggunakan NAPZA.

Setelah masuk rumah sakit, pasien mengatakan tidak merokok, pasien tidak minum-minuman keras, dan tidak menggunakan NAPZA.

4. Pengkajian fisik

a. Pemeriksaan fisik umum

Pasien mengatakan sebelum sakit berat badan (BB): 58 kg, BB saat ini: 58 kg, tinggi badan (TB): 140 cm, indeks massa tubuh (IMT): 29,5 (obesitas 1) keadaan umum sakit sedang, kesadaran komposmentis E: 4, M: 6, V: 5 tidak ada pembesaran kelenjar getah bening.

b. Sistem penglihatan

Posisi mata pasien tampak simteris, kelopak mata tampak normal, pergerakan bola mata tampak normal, konjungtiva ananemis, kornea normal, sklera anikterik, pupil isokor, tidak ada kelainan pada otot-otot mata, fungsi penglihatan tampak kabur, tidak ada tanda-tanda radang, menggunakan kaca mata jenis minus, pasien tidak menggunakan lensa mata, terdapat reaksi terhadap cahaya $+/+$ dan diameter pupil $+2/+2$.

c. Sistem pendengaran

Daun telinga kanan dan kiri pasien tampak normal, tidak ada serumen, kondisi telinga tengah tampak normal dan tidak ada cairan yang keluar dari telinga, perasaan penuh di telinga tidak ada, tidak ada tinitus, fungsi pendengaran normal, tidak ada gangguan keseimbangan, dan tidak ada pemakaian alat bantu dengar.

d. Sistem wicara

Pasien berbicara normal tidak terdapat gangguan pada sistem wicara.

e. Sistem pernafasan

Jalan nafas bersih, pasien tampak sesak, menggunakan otot bantu nafas, frekuensi pernafasan 25 x/menit, irama teratur, jenis pernafasan spontan dan dangkal. Pasien tidak batuk, tidak terdapat sputum, saat dipalpasi dada getaran sama kuat di kedua lapang paru kanan dan kiri, perkusi dada pekak, suara nafas vesikuler, ada nyeri saat bernafas, pasien menggunakan alat bantu nafas O₂ nasal 3 liter/menit.

f. Sistem kardiovaskuler

1. Sirkulasi perifer

Frekuensi nadi pasien 83x/menit, irama teratur dan teraba kuat, tekanan darah 133/80 mmHg, tidak ada distensi vena jugularis pada kiri dan kanan, temperatur kulit hangat, warna kulit normal, pengisian kapiler <3 detik, dan tidak ada edema.

2. Sirkulasi jantung

Kecepatan denyut nadi apikal 83x/menit, irama teratur, tidak ada kelainan bunyi jantung, dan. P : pasien mengatakan nyeri, Q: pasien mengatakan nyeri seperti ditimpa beban berat, R : pasien mengatakan nyeri pada dada sebelah kiri, S : pasien mengatakan nyeri skala 5, T : pasien mengatakan nyeri hilang timbul ± 15 menit, pasien mengatakan nyeri timbul setelah melakukan aktivitas yang berlebihan.

g. Sistem Hematologi

Kulit pasien tampak tidak pucat dan tidak ada perdarahan.

h. Sistem Saraf Pusat

Pasien tidak mengeluh sakit kepala, tingkat kesadaran composmentis, GCS: E: 4, M: 6, V:5, tidak ada tanda-tanda peningkatan tekanan intra kranial (TIK), tidak ada gangguan sistem persyarafan, reflek fisiologis tampak normal, dan tidak ada reflek patologis.

i. Sistem pencernaan

Gigi pasien tampak caries, tidak menggunakan gigi palsu, tidak ada stomatitis, lidah tidak kotor, saliva normal, tidak ada muntah. Pasien mengatakan tidak merasa nyeri pada daerah perut. Bising usus 13 x/menit, tidak diare, dan tidak ada konstipasi. Hepar tidak teraba dan abdomen teraba lembek.

j. Sistem endokrin

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, nafas tidak berbau keton dan tidak terdapat luka ganggren.

k. Sistem urogenital

Saat pengkajian pasien mengatakan minum pada hari ini 225cc, buang air kecil sebanyak 200cc, balance cairan: + 25 cc/8 jam. Tidak ada perubahan pada pola berkemih, warna urine kuning jernih, tidak ada distensi kandung kemih, dan pasien mengatakan tidak ada keluhan sakit pinggang.

l. Sistem Integumen

Saat pengkajian turgor kulit elastis, temperatur kulit hangat, warna kulit normal, keadaan kulit baik, tidak ada kelainan pada kulit, kondisi kulit daerah pemasangan infus baik, tidak bengkak dan tidak ada kemerahan, tekstur rambut baik dan bersih.

m. Sistem muskuloskeletal

pasien mengatakan tidak kesulitan dalam bergerak, tidak merasa sakit pada tulang dan sendi, tidak ada fraktur, tidak ada kelainan dalam bentuk tulang, tidak ada kelainan struktur tulang belakang, keadaan tonus otot baik, kekuatan otot pada ekstremitas atas, dan bawah adalah 5.

5. Data tambahan (pemahaman tentang penyakit)

Pasien mengatakan tidak mengetahui tentang penyakitnya, pasien mengatakan tidak mengetahui penyebab, tanda dan gejala dari penyakit yang diderita. Pasien mengatakan penyakitnya muncul secara tiba-tiba.

6. Data penunjang

Hasil Elektrokardiogram (EKG) pada tanggal 08 Februari 2020 ialah *low voltage QRS possible inferior infarct, possibly acute, lateral injury pattern. Abnormal EKG (STEMI anterior).*

Hasil laboratorium pada tanggal 08 Februari 2020 ialah LED 30 mm/jam (0-15), hitung jenis : batang 0% (3-5), segmen 39% (50-70), limfosit 51% (25-40), fungsi ginjal : creatinin 1,1 mg/dL (0,5-1,0), kimia gas darah : PH 7,464 (7,350-7,450), PCO₂ 30,0 mmHg (35,0-45,0), dan PO₂ 117,5 mmHg (65,0-90,0), HCO₃ 21,0 meq/L (22,0 – 226,0), BE 1,5 meq/L (-3,0 – 3,0), dengan hasil interpretasi alkalosis respiratorik terkompensasi sebagian. Hasil laboratorium pada tanggal 10 Februari 2020 ialah elektrolit : kalium 3,38 mmol/L (3,50-5,50). Hasil laboratorium pada tanggal 11 Februari 2020 ialah kimia lemak : kolesterol total 211 mg/dL (<200), LDL kolesterol 152 mg/dL (<100).

Hasil foto thorax pada tanggal 10 Februari 2020 ialah *sinus dan diafragma normal, tak tampak infiltrat/edema paru, cardio thoracis ratio ±55% (AP).* Kesan : *paru normal.*

Hasil tindakan echokardiografi pada tanggal 10 Februari 2020 ialah *iskemia dianterior dengan disfungsi diastolik ringan mitral regurgitasi ringan, tidak overload.*

Penatalaksanaan (terapi/pengobatan termasuk diet)

Infus : RL 500 cc/12 jam. Diviti 1x2,5 mg SC abdomen. Oral : Brilinta 2x90 mg, Ascardia 1x80 mg, lipitor 1x40 mg, irvasik 1x150 mg, zypras 2x0,5 mg, dan bisoprolol 1x2,5 mg. Diet DJ2 1500 kal.

7. Data fokus

Keadaan umum: sakit berat, kesadaran: composmentis, GCS: E: 4 V: 5 M: 6, tanda-tanda vital: tekanan darah: 133/80 mmHg, frekuensi

nadi: 83x/menit, frekuensi nafas: 25 x/menit, temperature suhu: 36,1°C.

a. Kebutuhan oksigenasi

Data subjektif : pasien mengatakan merasa sesak, pasien mengatakan merasa nyeri saat bernapas

Data objektif : pasien tampak sesak, pasien tampak menggunakan otot bantu napas, pasien menggunakan O₂ nasal 3 liter/menit, RR 25 x/menit.

b. Kebutuhan nutrisi

Data subjektif : pasien mengatakan tidak nafsu makan, pasien mengatakan hanya menghabiskan makanan ½ porsi (3-4 sendok), pasien mengatakan tidak mual dan muntah.

Data objektif : pasien tampak tidak nafsu makan, pasien tampak lemas, konjungtiva ananemis, Hb 13,6 g/dL (12,5-16,0), IMT = 29,59 (obesitas 1), diet DJ2 1500 kal.

c. Kebutuhan sirkulasi

Data subjektif : pasien mengatakan nyeri dada sebelah kiri, pasien mengatakan sesak saat melakukan banyak aktivitas dan terlalu banyak berbicara, pasien mengatakan jantung terasa berdebar-debar, pasien mengatakan merasa lemas.

Data objektif : pasien tampak lemas ketika berbicara, pasien tampak meringis, TD : 133/80 mmHg, nadi 83 x/menit, terpasang O₂ nasal 3 liter/menit. Dilakukan tindakan *Percutaneous Coronary Intervention (PCI)* pada tanggal 08 Februari 2020 dengan kesan : primary PCI dengan 1 DES combo di LAD pada acute anterior STEMI. Telah dilakukan Echokardiografi pada tanggal 10 Februari 2020 *Dimensi jantung normal, IVS basal tebal, thrombus (-) katup aorta baik, mitral sedikit menebal dengan MR ringan. LV fungsi sistolik baik, EF 52%. Kontraktilitas hipokinetik di septum dan anterior wall E/A <1 RV fungsi baik. IVC 12/8 mm.*

d. Kebutuhan aktivitas

Data subjektif : pasien mengatakan tidak bisa melakukan banyak aktivitas, pasien mengatakan merasa sesak dan merasa lelah setelah melakukan aktivitas.

Data objektif : pasien tampak bedrest, pasien tampak dibantu oleh keluarga untuk melakukan aktivitas, kekuatan otot pada ekstremitas atas, dan bawah adalah 5.

e. Kebutuhan rasa nyaman : nyeri

Data subjektif : P : pasien mengatakan nyeri, Q: pasien mengatakan nyeri seperti ditimpa beban berat, R : pasien mengatakan nyeri pada dada sebelah kiri, S : pasien mengatakan nyeri skala 5, T : pasien mengatakan nyeri hilang timbul ± 15 menit, pasien mengatakan nyeri timbul setelah melakukan aktivitas yang berlebihan

Data objektif : pasien tampak meringis, pasien tampak sering memegang dada sebelah kirinya, pasien tampak gelisah, TD :133/80 mmHg, nadi 83 x/menit.

f. Pengetahuan

Data subjektif : pasien mengatakan tidak mengetahui tentang penyakitnya, pasien mengatakan tidak mengetahui penyebab, tanda dan gejala dari penyakit yang diderita. Pasien mengatakan penyakitnya muncul secara tiba-tiba.

Data Objektif : pasien tampak kurang mengetahui tentang penyakitnya, pasien tampak bingung dengan penyakit yang dideritanya.

8. Analisa data

ANALISA DATA

Nama Klien / Umur : Ny. U/66 tahun

No. Kamar / Ruang : 408/mawar

Diagnosa Medis : MCI post PCI

No	Data	Masalah	Etiologi
1	DS : - pasien mengatakan nyeri dada sebelah kiri - pasien mengatakan sesak saat melakukan banyak aktivitas dan terlalu banyak berbicara - pasien mengatakan jantung terasa berdebar-debar. - Pasien mengatakan badan terasa lemas DO : - pasien tampak lemas ketika berbicara - pasien tampak meringis - TD : 133/80 mmHg, nadi 83 x/menit - terpasang O₂ nasal 3 liter/menit - Dilakukan tindakan <i>Percutaneous Coronary Intervention</i> (PCI) pada tanggal 08 Februari 2020 dengan kesan : primary PCI dengan 1	Penurunan curah jantung	Perubahan afterload

No	Data	Masalah	Etiologi
	DES combo di LAD pada acute anterior STEMI - Telah dilakukan Echokardiografi pada tanggal 10 Februari 2020 <i>Dimensi jantung normal, IVS basal tebal, thrombus (-) katup aorta baik, mitral sedikit menebal dengan MR ringan. LV fungsi sistolik baik, EF 52%. Kontraktilitas hipokinetik di septum dan anterior wall E/A <1 RV fungsi baik. IVC 12/8 mm.</i>		
2	DS : - P : pasien mengatakan nyeri, - Q: pasien mengatakan nyeri seperti ditimpa beban berat, - R : pasien mengatakan nyeri pada dada sebelah kiri, - S : pasien mengatakan nyeri skala 5, - T : pasien mengatakan nyeri hilang timbul ± 15	Nyeri Akut	Agen Pencedera Fisiologis

No	Data	Masalah	Etiologi
	menit, - pasien mengatakan nyeri timbul setelah melakukan aktivitas yang berlebihan DO : - pasien tampak meringis - pasien tampak sering memegang dada sebelah kirinya - pasien tampak gelisah - TD :133/80 mmHg - nadi 83 x/menit.		
3	DS : - pasien mengatakan merasa sesak - pasien mengatakan merasa yeri saat bernapas DO : - pasien tampak sesak - pasien tampak menggunakan otot bantu napas - pasien menggunakan O₂ nasal 3 liter/menit, RR 25 x/menit.	Pola nafas tidak efektif	Hambatan upaya nafas
4	DS : -pasien mengatakan tidak bisa melakukan banyak		

No	Data	Masalah	Etiologi
	aktivitas -pasien mengatakan merasa sesak dan merasa lelah setelah melakukan aktivitas. DO : -pasien tampak bedrest -pasien tampak dibantu oleh keluarga untuk melakukan aktivitas -kekuatan otot pada ekstremitas atas dan bawah adalah 5.	Intoleransi aktivitas	Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
5	DS : -pasien mengatakan tidak nafsu makan -pasien mengatakan hanya menghabiskan makanan $\frac{1}{2}$ porsi (3-4 sendok) -pasien mengatakan tidak mual dan muntah. DO : -pasien tampak tidak nafsu makan -pasien tampak lemas -konjungtiva ananemis -Hb 13,6 g/dL (12,5-16,0) -IMT = 29,59 (obesitas 1) -diet biasa DJ2 1500 kal.	Resiko defisit nutrisi	Faktor psikologis (tidak nafsu makan)
6	DS : - pasien mengatakan tidak		

No	Data	Masalah	Etiologi
	mengetahui tentang penyakitnya - pasien mengatakan tidak mengetahui penyebab, tanda dan gejala dari penyakit yang diderita - Pasien mengatakan penyakitnya muncul secara tiba-tiba. DO : - pasien tampak kurang mengetahui tentang penyakitnya - pasien tampak bingung dengan penyakit yang dideritanya.	Defisit pengetahuan	Kurang terpapar informasi

Tabel 3.1 Analisa Data

B. Diagnosa keperawatan

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload
2. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
3. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas
4. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
5. Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (tidak nafsu makan)
6. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

C. Perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, evaluasi keperawatan

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload

Data subjektif : pasien mengatakan nyeri dada sebelah kiri, pasien mengatakan sesak saat melakukan banyak aktivitas dan terlalu banyak berbicara, pasien mengatakan jantung terasa berdebar-debar, pasien mengatakan badan terasa lemas.

Data objektif : pasien tampak lemas ketika berbicara, pasien tampak meringis, TD : 133/80 mmHg, nadi 83 x/menit, terpasang O₂ nasal 3 liter/menit. Dilakukan tindakan *Percutaneous Coronary Intervention* (PCI) pada tanggal 08 Februari 2020 dengan kesan : primary PCI dengan 1 DES combo di LAD pada acute anterior STEMI. Telah dilakukan Echokardiografi pada tanggal 10 Februari 2020 *dimensi jantung normal, IVS basal tebal, thrombus (-) katup aorta baik, mitral sedikit menebal dengan MR ringan. LV fungsi sistolik baik, EF 52%. Kontraktilitas hipokinetik di septum dan anterior wall E/A <1 RV fungsi baik. IVC 12/8 mm.*

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan curah jantung kembali efektif

Kriteria Hasil:

Pasien tidak lemas ketika banyak berbicara, nyeri dada berkurang sampai dengan hilang, jantung tidak berdebar-debar, pasien tidak meringis, tekanan darah dalam batas normal (sistole 120-90 diastole 90/60 mmHg), Nadi dalam batas normal (nadi 60-100x/menit), frekuensi pernapasan (12-20x/menit).

Rencana tindakan :

- a. Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema)
- b. Monitor tekanan darah
- c. Monitor nadi (frekuensi, kekuatan, irama)
- d. Monitor pernapasan (frekuensi, kedalaman)
- e. Monitor saturasi oksigen

- f. Monitor EKG 12 endapan
- g. Monitor nilai laboratorium jantung (elektrolit, enzim jantung)
- h. Monitor tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah beraktivitas
- i. Posisikan pasien semi fowler/fowler
- j. Berikan diet jantung, diet DJ2 1500 kalori.
- k. Berikan diviti 1x2,5 mg SC abdomen, brilinta 2x90mg/oral, ascardia 1x80 mg/oral, lipitor 1x40 mg/oral, irvask 1x150 mg/oral, bisoprolol 1x2,5 mg/oral.

Implementasi keperawatan tanggal 10 Februari 2020

Pukul 06.00 WIB sampai **pukul 11.00 WIB** pasien masih diruang ICU. **Pukul 11.30 WIB** pasien di jemput dari ICU. **Pukul 11.45 WIB** melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital (tekanan darah, frekuensi nadi, dan pernafasan) dengan hasil: tekanan darah 138/86 mmHg, nadi 91 x/menit, dan RR 24 x/menit. **Pukul 13.00 WIB** memberikan obat ascardia 80 mg dan obat irvask 150 mg/oral melalui oral dengan hasil: obat berhasil diminum tanpa dimuntahkan. **Pukul 13.30 WIB** memberikan posisi semi fowler kepada pasien dengan hasil: pasien mengatakan merasa nyaman dengan posisi tersebut. **Pukul 13.40 WIB** memberikan oksigen 3 liter/menit dengan hasil pasien mengatakan tidak nyaman dengan selang oksigen yang terpasang, oksigen berhasil di hirup. **Pukul 17.00 WIB** perawat ruangan memonitor tandatanda vital (tekanan darah, frekuensi nadi, dan pernapasan) dengan hasil: tekanan darah 122/81 mmHg, nadi 87 x/menit, dan pernapasan 22 x/menit. **Pukul 17.15 WIB** perawat ruangan memonitor saturasi oksigen dengan hasil pasien terpasang O₂ Nasal 3 liter/menit, pasien mengatakan tidak nyaman dengan selang yang terpasang. **Pukul 19.00 WIB** perawat ruangan memberikan obat diviti 2,5 mg SC abdomen dengan hasil: obat berhasil diberikan, pasien tampak meringis. **Pukul 19.20 WIB** perawat ruangan memberikan obat brilinta 90 mg melalui oral dengan hasil: obat berhasil diminum tanpa dimuntahkan. **Pukul**

20.00 WIB perawat memberikan obat zypras 0,5 mg dan lipitor 40 mg melalui oral dengan hasil: obat berhasil diminum tanpa dimuntahkan. **Pukul 21.00 WIB** perawat memberikan posisi semi fowler kepada pasien dengan hasil pasien mengatakan merasa nyaman. **Pukul 05.20 WIB** perawat ruangan melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital (tekanan darah, frekuensi nadi, dan pernapasan) dengan hasil TD 117/83 mmHg, nadi 85 x/menit, dan RR 19 x/menit. **Pukul 05.30 WIB** perawat ruangan memonitor saturasi oksigen dengan hasil pasien terpasang O₂ nasal 3 liter/menit.

Evaluasi keperawatan tanggal 11 Februari 2020 pukul 06.00 WIB

S : pasien mengatakan sesak sudah berkurang, pasien mengatakan sesak hanya timbul saat melakukan banyak aktivitas

O : pasien tampak lemas, TD 120/77 mmHg, nadi 76 x/menit, RR 20 x/menit, pasien terpasang O₂ nasal 3 liter/ menit.

A : masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai

P : lanjutkan semua intervensi

Implementasi keperawatan tanggal 11 Februari 2020

Pukul 07.00 WIB memberikan obat bisoprolol 2,5 mg melalui oral dengan hasil obat berhasil diminum tanpa dimuntahkan. **Pukul 07.20 WIB** memberikan obat brilinta 90mg melalui oral dengan hasil: obat berhasil diberikan tanpa dimuntahkan. **Pukul 08.00 WIB** memberikan obat zypras 0,5mg melalui oral dengan hasil obat berhasil diberikan tanpa dimuntahkan. **Pukul 08.10 WIB** mengidentifikasi tekanan darah, nadi dan RR pasien dengan hasil tekanan darah 127/79 mmHg, nadi 86 x/menit, RR 18x/menit. **Pukul 08.30 WIB** memonitor saturasi oksigen dengan hasil pasien terpasang O₂ nasal 2 liter permenit. **Pukul 08.35 WIB** memberikan posisi semi fowler kepada pasien dengan hasil pasien mengatakan merasa nyaman dan tidak terlalu sesak. **Pukul 13.00 WIB** memberikan obat ascardia 80 mg dan irvasc 150mg melalui oral dengan hasil obat berhasil diberikan tanpa dimuntahkan. **Pukul 13.30 WIB**

mengidentifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema) dengan hasil pasien tampak kelelahan, pasien tidak ada edema. **Pukul 17.00 WIB** perawat memonitor tekanan darah, nadi dan RR dengan hasil tekanan darah 117/83 mmHg, nadi 76 x/menit, dan RR 18 x/menit. **Pukul 19.00 WIB** perawat ruangan memberikan obat diviti 2,5 mg SC abdomen dengan hasil obat berhasil diberikan, pasien tampak meringis. **Pukul 19.20 WIB** perawat ruangan memberikan obat brilinta 90mg melalui oral dengan hasil obat berhasil diminum tanpa dimuntahkan. **Pukul 20.00 WIB** perawat ruangan memberikan obat zypras 0,5mg dan lipitor 40mg melalui oral dengan hasil obat berhasil diberikan tnpa dimuntahkan. **Pukul 05.00 WIB** perawat mengidentifikasi tekanan darah, nadi dan RR pasien dengan hasil tekanan darah 124/78 mmHg, nadi 89 x/menit, RR 21 x/menit.

Evaluasi keperawatan tanggal 12 Februari 2020 pukul 06.00 WIB

S : pasien mengatakan sesak berkurang

O : pasien tampak rileks

TD 120/77 mmHg, nadi 76 x/menit, RR 19 x/menit

pasien terpasang O₂ nasal 3 liter/ menit.

A : Masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai

P : lanjutkan semua intervensi

Implementasi keperawatan tanggal 12 Februari 2020

Pukul 07.00 WIB memberikan obat bisoprolol 2,5mg melalui oral dengan hasil obat berhasil diberikan tanpa dimuntahkan. **Pukul 07.20 WIB** memberikan obat brilinta 90mg melalui oral dengan hasil obat berhasil diberikan tanpa dimuntahkan. **Pukul 07.45 WIB** memeriksa tekanan darah, nadi dan RR dengan hasil tekanan darah 134/88 mmHg, nadi 78 x/menit, RR 20 x/menit. **Pukul 08.35 WIB** memberikan posisi semi fowler kepada pasien dengan hasil pasien mengatakan merasa nyaman dan tidak sesak. **Pukul 13.00 WIB** memberikan obat ascardia 80 mg/oral dan irvask 150mg dengan hasil obat berhasil diberikan tanpa

dimuntahkan. **Pukul 16.30 WIB** perawat mengidentifikasi tekanan darah, nadi dan RR dengan hasil tekanan darah 117/83 mmHg, nadi 76 x/menit, RR 18 x/menit. **Pukul 19.00 WIB** perawat ruangan memberikan obat diviti 2,5 mg SC abdomen dengan hasil obat berhasil diberikan, pasien tampak meringis. **Pukul 19.20 WIB** perawat ruangan memberikan obat brilinta 90mg melalui oral dengan hasil obat berhasil diminum tanpa dimuntahkan. **Pukul 20.00 WIB** perawat ruangan memberikan obat zypras 0,5mg dan lipitor 40mg melalui oral dengan hasil obat berhasil diberikan tnpa dimuntahkan. **Pukul 21.00 WIB** perawat ruangan memberikan posisi semi fowler dengan hasil pasien mengatakan merasa nyaman. **Pukul 05.30 WIB** perawat mengidentifikasi tekanan darah, nadi dan RR dengan hasil tekanan darah 120/89 mmHg, nadi 81 x/menit, RR 18 x/menit.

Evaluasi keperawatan tanggal 13 Februari 2020 pukul 06.10 WIB

S : pasien mengatakan sesak sudah berkurang bahkan kadang hilang, pasien mengatakan nyeri dada sudah tidak ada

O : pasien tampak rileks, TD : 122/85 mmHg, nadi 88 x/menit, RR 19 x/menit

A : Masalah teratasi, tujuan tercapai

P : hentikan semua intervensi, pasien pulang

2. Nyeri Akut berhubungan dnegan agen pencedera fisiologis

Data subjektif : pasien mengatakan merasa sesak, pasien mengatakan merasa nyeri saat bernapas

Data objektif : pasien tampak sesak, pasien tampak menggunakan otot bantu napas, pasien menggunakan O₂ nasal 3 liter/menit, RR 25 x/menit.

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri berkurang sampai dengan hilang.

Kriteria hasil :

Pasien tidak mengeluh nyeri, nyeri berkurang sampai dengan hilang (skala 1-0), pasien tidak meringis, pasien tidak gelisah, tekanan darah dalam batas normal (sistole 120-90 diastole 90/60 mmHg), nadi dalam batas normal (nadi 60-100x/menit)

Rencana tindakan :

- a. Identifikasi skala, lokasi, karakteristik, durasi, kualitas nyeri
- b. Identifikasi nyeri nonverbal
- c. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- d. Identifikasi tekanan darah, nadi dan RR pershift
- e. Ajarkan teknik relaksasi napas dalam
- f. Berikan analgetik, jika perlu

Implementasi keperawatan tanggal 10 Februari 2020

Pukul 06.00 WIB sampai **pukul 11.00 WIB** pasien masih diruang ICU. **Pukul 11.30 WIB** pasien di jemput dari ICU. **Pukul 13.45 WIB** mengidentifikasi skala, lokasi, karakteristik, durasi dan kualitas nyeri dengan hasil pasien mengatakan nyeri dada sebelah kiri, seperti ditimpa beban berat dengan skala 4-5, nyeri hilang timbul ± 15 menit. **Pukul 13.50 WIB** mengidentifikasi nyeri nonverbal dengan hasil pasien tampak meringis. **Pukul 14.50 WIB** mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam dengan hasil pasien mampu mengikuti apa yang diajarkan perawat secara mandiri. **Pukul 15.30 WIB** mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri dengan hasil pasien mengatakan nyeri ketika terlalu banyak beraktivitas dan berbicara, pasien mengatakan sering melakukan tarik nafas dalam untuk memperingan nyeri. **Pukul 16.30 WIB** perawat ruangan mengidentifikasi skala nyeri dengan hasil pasien mengatakan nyeri berkurang skala 4. **Pukul 16.35 WIB** perawat ruangan mengidentifikasi nyeri non verbal dengan hasil pasien tampak meringis. **Pukul 17.00 WIB** perawat mengidentifikasi tekanan darah, nadi, dan pernapasan pershift dengan hasil tekanan darah 122/81 mmHg, nadi 87x/menit, RR

21 x/menit. **Pukul 20.20 WIB** perawat ruangan mengidentifikasi skala nyeri dengan hasil pasien mengatakan nyeri masih sama dengan skala 4. **Pukul 05.00 WIB** perawat mengidentifikasi skala nyeri dengan hasil pasien mengatakan nyeri berkurang dengan skala 3. **Pukul 05.20 WIB** perawat mengidentifikasi tekanan darah, nadi dan pernapasan dengan hasil tekanan 117/83 mmHg, nadi 89x/menit, RR 19 x/menit.

Evaluasi keperawatan tanggal 11 Februari 2020 pukul 06.10 WIB

S : pasien mengatakan nyeri berkurang dengan skala 3

O : Pasien tampak gelisah

TD 120/77 mmHg, nadi 76 x/menit, RR 19 x/menit

A : masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai

P : lanjutkan semua intervensi

Implementasi keperawatan tanggal 11 Februari 2020

Pukul 07.50 WIB mengidentifikasi skala, karakteristik, durasi dan kualitas nyeri dengan hasil pasien mengatakan nyeri dengan skala nyeri 3, pasien mengatakan nyeri seperti dicubit, pasien mengatakan nyeri hilang timbul ± 5 menit. **Pukul 07.55 WIB** mengidentifikasi nyeri nonverbal dengan hasil pasien tampak meringis. **Pukul 08.10 WIB** mengidentifikasi tekanan darah, nadi dan pernapasan pasien dengan hasil tekanan darah 127/79 mmHg, nadi 86 x/menit, RR 18x/menit. **Pukul 13.40 WIB** mengidentifikasi skala, lokasi, karakteristik, durasi, kualitas nyeri dengan hasil pasien mengatakan nyeri dengan skala 4, pasien mengatakan nyeri muncul setelah banyak berbicara, pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, pasien mengatakan nyeri hilang timbul ± 10 menit. **Pukul 13.45 WIB** mengidentifikasi nyeri nonverbal dengan hasil pasien tampak meringis. **Pukul 13.50 WIB** mengajarkan teknik relaksasi napas dalam dengan hasil pasien tampak sudah bisa melakukan teknik relaksasi napas dalam secara mandiri, pasien mengatakan sering mempragakannya ketika nyeri timbul. **Pukul 17.00 WIB** perawat ruangan mengidentifikasi tekanan darah, nadi dan

pernapasan pasien dengan hasil tekanan darah 117/83 mmHg, nadi 76x/menit, RR 18x/menit. **Pukul 21.00 WIB** perawat ruangan mengidentifikasi skala nyeri dengan hasil pasien mengatakan nyeri berkurang setelah minum obat dengan skala 2. **Pukul 05.00 WIB** perawat mengidentifikasi tekanan darah, nadi dan RR pasien dengan hasil tekanan darah 124/78 mmHg, nadi 89 x/menit, RR 21 x/menit.

Evaluasi keperawatan tanggal 12 Februari 2020 pukul 06.00 WIB

S : Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang dengan skala 2-3

O : pasien tampak rileks

TD : 116/82 mmHg, nadi 81 x/menit, RR 19 x/menit

A : Masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai

P : lanjutkan intervensi a, b, d dan e.

Implementasi keperawatan tanggal 12 Februari 2020

Pukul 07.35 WIB mengidentifikasi skala, karakteristik, durasi dan kualitas nyeri dengan hasil pasien mengatakan nyeri dengan skala nyeri 2, pasien mengatakan nyeri seperti dicubit, pasien mengatakan hilang timbul ± 5 menit. **Pukul 07.40 WIB** mengidentifikasi nyeri nonverbal dengan hasil pasien tampak rileks. **Pukul 07.45 WIB** mengidentifikasi tekanan darah, nadi dan pernapasan dengan hasil tekanan darah 134/88 mmHg, nadi 78 x/menit, RR 20 x/menit. **Pukul 16.30 WIB** perawat mengidentifikasi tekanan darah, nadi dan pernapasan dengan hasil tekanan darah 117/83 mmHg, nadi 76 x/menit, RR 18 x/menit. **Pukul 18.50 WIB** perawat mengidentifikasi skala nyeri dengan hasil pasien mengatakan nyeri dengan skala 2 seperti di cubit, pasien mengatakan nyeri hilang timbul ± 5 menit. **Pukul 05.30 WIB** perawat mengidentifikasi tekanan darah, nadi dan RR dengan hasil tekanan darah 120/89 mmHg, nadi 81 x/menit, RR 18 x/menit.

Evaluasi keperawatan tanggal 13 Februari 2020 pukul 06.00 WIB

S : Pasien mengatakan nyeri sudah hilang, pasien mengatakan nyeri kadang timbul hanya dengan skala 2.

O : pasien tampak rileks, TD : 122/85 mmHg, nadi 88 x/menit, RR 19 x/menit

A : masalah teratasi, tujuan tercapai

P : Hentikan intervensi, pasien pulang

3. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas

Data subjektif : pasien mengatakan merasa sesak, pasien mengatakan merasa yeri saat bernapas

Data objektif : pasien tampak sesak, pasien tampak menggunakan otot bantu nafas, pasien menggunakan O₂ nasal 3 liter/menit, RR 25 x/menit.

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pola nafas kembali efektif

Kriteria hasil :

Pasien tidak mengeluh sesak, pasien tidak menggunakan otot bantu nafas, pasien tidak menggunakan alat bantu nafas, pernafasan dalam batas normal (16-20 x/menit)

Rencana tindakan :

- a. Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas)
- b. Monitor bunyi nafas tambahan
- c. Monitor hasil laboratorium (Hb, Ht dan elektrolit darah)
- d. Posisikan pasien semi fowler/fowler
- e. Berikan oksigen nasal 3 liter/menit

Implementasi keperawatan tanggal 10 Februari 2020

Pukul 13.30 WIB memberikan posisi semi fowler kepada pasien dengan hasil pasien mengatakan merasa nyaman dengan posisi tersebut.

Pukul 13.40 WIB memberikan oksigen 3 liter/menit dengan hasil

pasien mengatakan tidak nyaman dengan selang oksigen yang terpasang, oksigen berhasil di hirup. **Pukul 15.00 WIB** memonitor pola nafas pasien dengan hasil pasien tampak menggunakan otot bantu nafas dan nafas tampak dalam, RR 23 x/menit. **Pukul 15.50 WIB** memonitor bunyi nafas tambahan dengan hasil bunyi nafas vesikuler, tidak ada bunyi nafas tambahan. **Pukul 17.00 WIB** perawat ruangan mengidentifikasi frekuensi pernapasan pasien dengan hasil RR 21x/menit. **Pukul 21.00 WIB** perawat ruangan memberikan posisi semi fowler dengan hasil pasien mengatakan nyaman. **Pukul 21.30 WIB** perawat memonitor pola nafas pasien dengan hasil pasien tampak sesak, pasien tampak menggunakan otot bantu nafas, RR 22 x/menit. **Pukul 05.20 WIB** perawat ruangan mengidentifikasi frekuensi pernapasan pasien dengan hasil 19x/menit. **Pukul 05.30 WIB** perawat ruangan memonitor saturasi oksigen dengan hasil pasien terpasang O₂ nasal 3 liter/menit.

Evaluasi keperawatan tanggal 11 Februari 2020 pukul 06.00 WIB

S : pasien mengatakan masih sedikit sesak

O : RR 22 x/menit, terpasang O₂ nasal 3 liter/menit

A : masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai

P : lanjutkan semua intervensi

Implementasi keperawatan tanggal 11 Februari 2020

Pukul 08.10 WIB memonitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas) dengan hasil RR 18x/menit, pola nafas teratur, pasien tampak rileks, pasien tampak tidak menggunakan otot bantu nafas. **Pukul 08.35 WIB** memberikan posisi semi fowler pada pasien dengan hasil pasien mengatakan nyaman. **Pukul 14.20 WIB** memonitor bunyi nafas tambahan dengan hasil suara nafas vesikuler, tidak ada suara nafas tambahan. **Pukul 15.00 WIB** memonitor saturasi oksigen dengan hasil pasien terpasang O₂ nasal 2 liter/menit. **Pukul 17.00 WIB** perawat ruangan mengidentifikasi frekuensi pernapasan pasien dengan hasil RR

18x/menit. **Pukul 19.35 WIB** perawat ruangan memonitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas) dengan hasil: RR 20 x/menit, pola nafas teratur, pasien tidak menggunakan otot bantu nafas. **Pukul 19.40 WIB** perawat ruangan memonitor bunyi nafas tambahan dengan hasil suara nafas vesikuler dan tidak ada suara nafas tambahan. **Pukul 05.00 WIB** perawat ruangan mengidentifikasi frekuensi pernapasan pasien dengan hasil RR 21x/menit.

Evaluasi keperawatan tanggal 12 Februari 2020 pukul 06.00 WIB

S : pasien mengatakan sesak sudah berkurang

O : RR 19 x/menit, terpasang O₂ nasal 2 liter/menit

A : masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai

P : lanjutkan semua intervensi a, b, c dan e

Implementasi keperawatan tanggal 12 Februari 2020

Pukul 07.45 WIB mengidentifikasi frekuensi pernapasan pasien dengan hasil RR 20x/menit. **Pukul 08.35 WIB** memberikan posisi semi fowler pada pasien dengan hasil pasien mengatakan nyaman. **Pukul 12.40 WIB** memonitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas) dengan hasil RR 20 x/menit, pola nafas teratur, pasien tampak rileks, pasien tampak tidak menggunakan otot bantu nafas. **Pukul 15.00 WIB** memonitor bunyi nafas tambahan dengan hasil suara nafas vesikuler, tidak ada suara nafas tambahan. **Pukul 16.30 WIB** perawat ruangan mengidentifikasi frekuensi pernapasan pasien dengan hasil RR 18x/menit. **Pukul 20.30 WIB** perawat ruangan memonitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas) dengan hasil: RR 18 x/menit, pola nafas teratur, pasien tidak menggunakan otot bantu nafas. **Pukul 21.40 WIB** perawat ruangan memonitor bunyi nafas tambahan dengan hasil suara nafas vesikuler dan tidak ada suara nafas tambahan. **Pukul 05.30 WIB** perawat ruangan memonitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas) dengan hasil: RR 18 x/menit, pola nafas teratur, pasien tidak menggunakan otot bantu nafas.

Evaluasi keperawatan tanggal 13 Februari 2020 pukul 06.00 WIB

S : pasien mengatakan sesak sudah tidak ada

O : pasien tampak rileks, RR 21 x/menit, pasien sudah tidak terpasang O₂ nasal

A : masalah teratasi, tujuan tercapai

P : hentikan intervensi, pasien pulang

4. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

Data subjektif : pasien mengatakan tidak bisa melakukan banyak aktivitas, pasien mengatakan merasa sesak dan merasa lelah setelah melakukan aktivitas.

Data objektif : pasien tampak bedrest, pasien tampak dibantu oleh keluarga untuk melakukan aktivitas, kekuatan otot pada ekstremitas atas, dan bawah adalah 5.

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan selama 3x24 jam diharapkan aktivitas pasien dapat kembali normal

Kriteria hasil :

Pasien tidak bedrest, pasien tidak merasa sesak dan cepat lelah setelah beraktivitas, pasien dapat beraktivitas secara mandiri.

Rencana tindakan :

- a. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan
- b. Monitor pola dan jam tidur
- c. Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (cahaya, suara, kunjungan)
- d. Anjurkan tirah baring (bedrest)
- e. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap (miring kanan, miring kiri)

Implementasi keperawatan tanggal 10 Februari 2020

Pukul 13.35 WIB mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan dengan hasil pasien mengatakan merasa sesak dan kelelahan setelah melakukan aktivitas dan terlalu banyak berbicara.

Pukul 15.30 WIB memonitor pola tidur dan jam tidur pasien dengan hasil pasien mengatakan tidur siang nyenyak, lamanya kurang lebih satu jam. **Pukul 16.00 WIB** menganjurkan pasien untuk tirah baring (bedrest) dengan hasil pasien dan keluarga mengerti anjuran dari perawat. **Pukul 16.10 WIB** menganjurkan pasien untuk melakukan aktivitas secara bertahap (miring kanan, miring kiri) dengan hasil pasien mengerti anjuran perawat. **Pukul 05. 40 WIB** perawat ruangan menyediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (cahaya, suara) dengan hasil pasien mengatakan lebih nyaman dalam kondisi terang, pasien mengatakan nyaman jika tidak banyak suara.

Evaluasi keperawatan tanggal 11 Februari 2020 pukul 06.15 WIB

S : pasien mengatakan masih belum bisa melakukan banyak aktivitas, pasien megatakan sudah melakukan aktivitas secara bertahap (miring kanan, miring kiri) dengan di antu oleh anaknya.

O : pasien tampak berbaring di tempat tidur

A : masalah belum teratasi tujuan belum tercapai

P : lanjutkan semua intervensi

Implementasi keperawatan tanggal 11 Februari 2020

Pukul 09.00 WIB memonitor pola dan jam tidur pasien dengan hasil pasien mengatakan tidur merasa nyenyak, pasien mengatakan tidur kurang lebih 6-8 jam. **Pukul 09.10 WIB** menganjurkan pasien nutk melakukan aktivitas secara bertahap dengan hasil pasien mengerti anjuran perawat, pasien mengatakan baru melakukan aktivitas dengan miring kanan, miring kiri. **Pukul 10.30 WIB** menyediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus dengan menganjurkan kepada keluarga agar yang berkunjung menjenguk tidak terlalu banyak agar

tidak mengganggu keadaan pasien dengan hasil pasien dan keluarga memahami anjuran perawat. **Pukul 15.00 WIB** memonitor pola dan jam tidur siang pasien dengan hasil pasien mengatakan tidur hanya $\frac{1}{2}$ jam, pasien mengatakan tidur merasa nyenyak. **Pukul 00.00 WIB** perawat ruangan mengobservasi keadaan pasien dengan hasil pasien tertidur pulas. **Pukul 05.40 WIB** mengidentifikasi pola tidur dan lamanya tidur dengan hasil pasien mengatakan tidur terasa nyenyak dan lamanya jam tidur kurang lebih 6-8 jam.

Evaluasi keperawatan tanggal 12 Februari 2020 pukul 06.00 WIB

S : Pasien mengatakan sudah bisa duduk secara perlahan dan dibantu oleh keluarganya, pasien mengatakan tidur merasa nyenyak dengan waktu $\pm 6-8$ jam.

O : pasien tampak sedang duduk

A : Masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai

P : lanjutkan intervensi b, c dan e

Implementasi keperawatan tanggal 12 Februari 2020

Pukul 08.15 WIB memonitor pola dan jam tidur pasien dengan hasil pasien mengatakan pola tidur nyenyak, pasien mengatakan lama jam tidur $\pm 6-7$ jam. **Pukul 13.20 WIB** menyediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (cahaya, suara, kunjungan) dengan hasil pasien mengatakan tidak suka terlalu gelap jika berada di ruangan. **Pukul 15.30 WIB** mengidentifikasi pola tidur dan lamanya jam tidur pasien dengan hasil pasien mengatakan tidur hanya $\frac{1}{2}$ jam dan merasa nyenyak. **Pukul 15.50 WIB** menganjurkan pasien untuk melakukan aktivitas secara bertahap dengan hasil pasien mengatakan sudah bisa duduk secara perlahan dan mandiri. **Pukul 05.45 WIB** perawat ruangan menganjurkan pasien untuk melakukan aktivitas secara bertahap dengan hasil pasien mengatakan sudah bisa duduk secara mandiri, pasien mengatakan sedang mencoba berjalan sendiri di dekat tempat tidur tanpa di bantu oleh keluarganya. **Pukul 05.50 WIB** perawat ruangan

mengidentifikasi pola tidur dan lamanya tidur pasien dengan hasil pasien mengatakan tidur merasa nyenyak dan lamanya jam tidur kurang lebih 6-7 jam.

Evaluasi keperawatan tanggal 12 Februari 2020 pukul 06.00 WIB

S : Pasien mengatakan sudah bisa berjalan di area tempat tidur tanpa di bantu oleh keluarganya, pasien mengatakan saat latihan berjalan pasien tidak sesak dan merasa tidak cepat lelah

O : pasien tampak senang bisa melakukan aktivitas secara mandiri

A : masalah teratasi, tujuan tercapai

P : hentikan semua intervensi, pasien pulang

5. Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (tidak nafsu makan)

Data subjektif : pasien mengatakan tidak nafsu makan, pasien mengatakan hanya menghabiskan makanan $\frac{1}{2}$ porsi (3-4 sendok), pasien mengatakan tidak mual dan muntah.

Data objektif : pasien tampak tidak nafsu makan, pasien tampak lemas, konjungtiva ananemis, Hb 13,6 g/dL (12,5-16,0), IMT = 29,59 (obesitas 1), diet biasa DJ2 1500 kal.

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan risiko defisit nutrisi tidak terjadi

Kriteria hasil :

pasien nafsu makan, pasien dapat menghabiskan 1 porsi makanan, pasien tidak lemas, konjungtiva ananemis, Hb dalam batas normal (12,5-16,0 g/dL), IMT dalam batas normal

Rencana tindakan :

- a. Monitor asupan dan keluarannya makanan
- b. Timbang berat badan/3hari
- c. Identifikasi pola makan (kesukaan/ketidaksukaan makanan)
- d. Monitor warna konjungtiva

- e. Monitor hasil laboratorium (Hb, Ht dan elektrolit darah)
- f. Anjurkan pasien untuk makan sedikit tapi sering

Implementasi keperawatan tanggal 10 Februari 2020

Pukul 13.10 WIB memonitor asupan dan keluarannya makanan dengan hasil pasien mengatakan hanya menghabiskan makanan $\frac{1}{2}$ porsi (3-4 sendok), pasien mengatakan tidak nafsu makan, pasien mengatakan tidak mual dan tidak muntah. **Pukul 13.15 WIB** memonitor pola makan (kesukaan/ketidaksukaan makanan) dengan hasil pasien mengatakan makanan kesukaan adalah buah, pasien mengatakan tidak ada makanan yang tidak disukai. **Pukul 13.20 WIB** memonitor warna konjungtiva dengan hasil konjungtiva ananemis. **Pukul 13.25 WIB** menganjurkan pasien makan sedikit tapi sering dengan hasil pasien mengatakan mengerti dengan anjuran perawat. **Pukul 18.30 WIB** perawat ruangan memonitor asupan dan keluarannya makanan dengan hasil pasien mengatakan hanya menghabiskan makanan $\frac{1}{2}$ porsi. **Pukul 19.45 WIB** perawat memonitor warna konjungtiva pasien dengan hasil konjungtiva ananemis. **Pukul 05.40 WIB** perawat ruangan memonitor warna konjungtiva pasien dengan hasil konjungtiva pasien ananemis.

Evaluasi keperawatan tanggal 11 Februari 2020 pukul 06.00 WIB

S : pasien mengatakan masih merasa tidak nafsu makan, pasien mengatakan pagi ini belum makan, pasien mengatakan tidak merasa mual dan tidak ada muntah

O : pasien tampak lemas, konjungtiva ananemis, Hb 13,6 g/dL, IMT = 29,59 (obesitas 1), diet biasa DJ2 1500 kal.

A : Masalah tidak terjadi, tujuan tercapai

P : Lanjutkan semua intervensi

Implementasi keperawatan tanggal 11 Februari 2020

Pukul 07.15 WIB memonitor asupan dan keluarannya makanan dengan hasil pasien mengatakan sarapan hanya menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi makan

(3-4 sendok). **Pukul 07.30 WIB** menganjurkan pasien makan sedikit tapi sering dengan hasil pasien mengatakan mengerti dengan anjuran perawat. **Pukul 10.00 WIB** memonitor warna konjungtiva pasien dengan hasil konjungtiva ananemis. **Pukul 13.00 WIB** memonitor asupan dan keluarannya makanan dengan hasil pasien mengatakan dapat menghabiskan satu porsi makanan karena anaknya yang meminta pasien untuk menghabiskan makanannya. **Pukul 13.10 WIB** memonitor warna konjungtiva pasien dengan hasil konjungtiva ananemis. **Pukul 18.30 WIB** perawat ruangan memonitor asupan dan keluarannya makanan dengan hasil pasien mengatakan nafsu makan sudah membaik, pasien mengatakan sudah mau menghabiskan makanan satu porsi. **Pukul 05.30 WIB** perawat ruangan memonitor warna konjungtiva pasien dengan hasil konjungtiva pasien ananemis.

Evaluasi keperawatan tanggal 12 Februari 2020 pukul 06.00 WIB

S : pasien mengatakan nafsu makan sudah membaik, pasien mengatakan tidak mual dan tidak muntah

O : konjungtiva ananemis, Hb 13,6 g/dL, IMT = 29,59 (obesitas 1), diet biasa DJ2 1500 kal.

A : masalah tidak terjadi tujuan tercapai

P : lanjutkan intervensi a, b, dan d.

Implementasi keperawatan tanggal 12 Februari 2020

Pukul 07.15 WIB memonitor asupan dan keluarannya makanan dengan hasil pasien mengatakan nafsu makan membaik, pasien mengatakan sarapan sudah dapat menghabiskan makanan satu porsi. **Pukul 07.50 WIB** memonitor warna konjungtiva pasien dengan hasil konjungtiva ananemis. **Pukul 09.20 WIB** menimbang berat badan/ tiga hari dengan hasil berat badan pasien 58 kg. **Pukul 13.40 WIB** memonitor asupan dan keluarannya makanan dengan hasil pasien mengatakan sudah menghabiskan satu porsi makanan, pasien mengatakan nafsu makan membaik. **Pukul 18.20 WIB** perawat ruangan memonitor asupan

makanan dengan hasil pasien mengatakan hanya menghasbiskan makanan $\frac{1}{2}$ porsi makanan karena merasa kenyang. **Pukul 18.25 WIB** perawat ruangan memonitor konjungtiva pasien dengan hasil konjungtiva ananemis. **Pukul 05.35 WIB** perawat ruangan memonitor konjungtiva pasien dengan hasil konjungtiva ananemis.

Evaluasi keperawatan tanggal 13 Februari 2020 pukul 06.00 WIB

S : pasien mengatakan nafsu makan sudah membaik, pasien mengatakan tidak mual dan tidak muntah

O : konjungtiva ananemis, Hb 13,6 g/dL, IMT = 29,59 (obesitas 1), diet biasa DJ2 1500 kal.

A : masalah tidak terjadi tujuan tercapai

P : Hentikan intervensi, pasien pulang

6. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Data subjektif : pasien mengatakan tidak mengetahui tentang penyakitnya, pasien mengatakan tidak mengetahui penyebab, tanda dan gejala dari penyakit yang diderita. Pasien mengatakan penyakitnya muncul secara tiba-tiba.

Data Objektif : pasien tampak kurang mengetahui tentang penyakitnya, pasien tampak bingung dengan penyakit yang dideritanya.

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x 30 menit, diharapkan defisit pengetahuan pasien dapat teratasi

Kriteria hasil :

Pasien dapat mengetahui tentang penyakitnya, pasien mengetahui penyebab, tanda dan gejala dari penyakit yang di derita.

Rencana tindakan :

- a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
- b. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
- c. Berikan kesempatan pada pasien untuk bertanya
- d. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat

Implementasi keperawatan tanggal 12 Februari 2020

Pada **pukul 09.00 WIB** mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan pasien untuk menerima informasi dengan hasil pasien mengatakan siap menerima informasi yang akan di sampaikan perawat. **Pukul 09.10 WIB** menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan dengan hasil pasien mengatakan pendidikan kesehatan ingin dilakukan pada sore hari puku 15.30 WIB. **Pukul 15.30 WIB sampai pukul 16.00 WIB** perawat mengkaji tingkat pengetahuan pasien tentang serangan jantung dan memberikan pendidikan kesehatan dengan kriteria hasil sebelum dilakukan pendidikan kesehatan pasien mengatakan tidak mengetahui apa itu serangan jantung, penyebab, tanda dan gejala dari serangan jantung. Tetapi setelah dilakukan pendidikan kesehatan, pasien mengatakan mengetahui apa itu serangan jantung, penyebab, tanda dan gejala dari serangan jantung.

Evaluasi keperawatan tanggal 12 Februari 2020 pukul 16.00 WIB

S : pasien mengatakan sebelum dilakukan pendidikan kesehatan pasien tidak mengetahui apa itu serangan jantung, penyebab, tanda dan gejala dari serangan jantung. Tetapi setelah dilakukan pendidikan kesehatan, pasien mengatakan mengetahui apa itu serangan jantung, penyebab, tanda dan gejala dari serangan jantung.

O : pasien dapat menjelaskan definisi, penyebab, tanda dan gejala dari serangan jantung

A : masalah teratasi tujuan tercapai

P : hentikan intervensi dengan pasien mengatakan sebelum dilakukan pendidikan kesehatan pasien tidak mengetahui apa itu serangan jantung, penyebab, tanda dan gejala dari serangan jantung. Tetapi setelah dilakukan pendidikan kesehatan, pasien mengatakan mengetahui apa itu serangan jantung, penyebab, tanda dan gejala dari serangan jantung.

BAB IV

PEMBAHASAN

A. Pengkajian

Pada tahap pengkajian terdapat kesenjangan antara kasus dan teori. Menurut Kasron (2016), keluhan yang khas pada infark miokard ialah nyeri dada yang terjadi secara mendadak, seperti di remas-remas, ditekan, ditusuk, panas atau ditindih beban berat. Nyeri dapat menjalar ke lengan kiri, bahu, leher, rahang, punggung, dan epigastrium. Akan tetapi pada pasien nyonya U hanya merasakan nyeri seperti ditindih beban berat dan nyeri tidak menjalar ke bagian lengan kiri, bahu, leher, rahang, punggung, maupun epigastrium. Hal ini dapat dibuktikan dengan saat menanyakan keluhan pasien, pasien mengatakan hanya merasakan nyeri pada dada sebelah kiri, nyeri seperti ditindih beban berat. Pada saat pengkajian pasien mengeluh nyeri dengan skala 5 akan tetapi frekuensi nadi normal. Hal ini dapat dibuktikan dengan pada saat pengkajian frekuensi nadi pasien hanya 83x/menit.

Menurut Loscalzo (2016), tanda-tanda fisik disfungsi ventrikel meliputi adanya suara bunyi jantung ketiga dan keempat. Hal ini tidak terjadi kepada pasien karena pada saat di auskultasi bunyi jantung yang terdengar ialah bunyi jantung satu dan dua. Hal ini dibuktikan karena kemungkinan pasien pada kasus ventrikel tidak mengalami perubahan bentuk, ukuran baik pada segmen yang mengalami infark maupun yang tidak infark, sedangkan bila terjadi S3 dan S4 ventrikel kiri mengalami dilatasi dan hasil ekokardiografi <40%. Namun, pada pasien dapat terjadi infark miokard karena terjadi penyumbatan pada arteri koroner dan katup mitral sedikit menebal dengan skala ringan tetapi dari hasil fraksi ejeksi pasien adalah 52%.

Pemeriksaan diagnostik sangat penting untuk dilakukan agar dapat menetapkan diagnosa. Menurut Kasron (2016), pemeriksaan diagnostik dengan pasien infark miokard harus dilakukan elektrokardiografi (EKG), tes laboratorium (CPK-MB), tes radiologi seperti coronary angiography, foto rontgen, angiography coroner, dan *Nuklear Magnetic Resonance* (NMR). Pada pasien tidak dilakukan pemeriksaan *Nuklear Magnetic Resonance* (NMR), karena pada saat dilakkan pengkajian untuk pemeriksaan diagnostik pada pasien hanya tertera hasil gambaran elektrokardiografi, tes laboratorium, dan echocardiography. Pemeriksaan *Nuklear Magnetic Resonance* (NMR) adalah pemeriksaan untuk memungkinkan visualisasi aliran darah, serambi jantung atau katup ventrikel, lesivaskuler, pembentukan plak, area nekrosis atau infark dan bekuan darah.

Faktor pendukung penulis dalam melakukan pengkajian yaitu pasien dan keluarga pasien kooperatif dan terbuka tentang penyakit yang dialami pasien saat ini. Tersedianya kelengkapan data pasien yang didapat dari rekam medis. Perawat ruangan yang memberikan informasi tentang keadaan dan perkembangan pasien.

Faktor penghambat dari kasus pasien yaitu kurangnya informasi mengenai data-data kelengkapan dari rumah sakit sebelumnya, pemeriksaan diagnostik apa saja yang sudah dilakukan merupakan penghambat, karena pasien maupun keluarga tidak dapat memberikan data pemeriksaan sebelumnya sehingga menghambat penulis dalam membuat makalah ilmiah. Salah satu faktor penghambat lainnya ialah faktor usia, karena pasien saat ini berusia 66 tahun. Pasien yang memiliki daya penglihatan yang kurang merupakan faktor penghambat dari memberikan intervensi berupa pendidikan kesehatan. Pasien menggunakan kacamata sebagai alat bantu untuk melihat. Akan tetapi, pasien merasa pusing jika menggunakan kacamata terlalu lama. Solusi dalam mengatasi faktor penghambar untuk mendapatkan informasi yaitu anak ketiga dari Ny. U masih mengingat

beberapa tindakan yang sudah dilakukan di rumah sakit sebelumnya, akan tetapi tidak bisa memberikan secara detail laporan hasil pemeriksaan Ny. U karena anaknya mengatakan bahwa itu privasi.

B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang ada didalam E. Doenges, Francesc Mourhouse, & C. Geissler (2012), tetapi tidak ada pada kasus yaitu :

1. Ansietas/ketakutan, uraikan tingkatan berhubungan dengan ancaman atau perubahan kesehatan dan status sosioekonomi, ancaman kehilangan/kematian, tidak sadar konflik tentang esensi nilai, keyakinan, dan tujuan hidup, transmisi interpersonal/penalaran. Diagnosa tidak diangkat karena informasi yang diberikan oleh tenaga kesehatan mengenai *Percutaneous Coronary Intervention* (PCI) secara akurat, karena rasionalnya informasi yang akurat mengenai situasi dapat mengurangi ketakutan, memperkuat hubungan antara perawat-pasien, dan membantu situasi secara realitas, tentang perhatian pengulangan informasi akan membantu mempertahankan perhatian. Berbagai informasi menghasilkan dukungan dan kenyamanan serta dapat meredakan ketegangan akibat kekhawatiran yang tidak diekspresikan. Perawat memberikan motivasi guna untuk membantu pasien dan orang terdekatnya untuk mengidentifikasi tujuan yang realistis sehingga mengurangi risiko keputusan dalam menghadapi realita keterbatasan kondisi dan kecepatan pemulihan.
2. Perubahan perfusi jaringan berhubungan dengan penurunan/penghentian aliran darah, contoh vasokonstriksi, hipovolemia/kebocoran, dan pembentukan tromboemboli. Diagnosa ini tidak diangkat karena tidak adanya penurunan pemasukan/mual terus menerus, hal ini dapat diindikasikan karena adanya penurunan volume sirkulasi, yang berdampak negatif pada perfusi dan fungsi organ.
3. Risiko kelebihan volume cairan berhubungan dengan penurunan perfusi organ (ginjal), peningkatan natrium/retensi air, peningkatan tekanan hidrostatik atau penurunan protein plasma (menyerap cairan

dalam area interstisial/jaringan). Diagnosa tersebut tidak diangkat karena tidak adanya bunyi napas krekel, hal ini dapat diindikasikan karena adanya edema paru sekunder akibat dekompensasi jantung. Tidak adanya edema pada bagian tubuh tertentu, dicurigai adanya kelebihan volume cairan. Lalu dapat dilihat dari penatalaksanaan medis dengan pemberian obat diuretik, pada kasus pasien tidak diberikan obat diuretik. Obat diuretik ialah obat yang memperbaiki kelebihan cairan.

Pada pasien terdapat penambahan diagnosa risiko defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (tidak nafsu makan) ditandai dengan pasien mengatakan tidak mafsus makan, pasien mengatakan hanya menghabiskan ½ porsi makanan.

Faktor yang mendukung ialah pasien dan keluarga kooperatif dalam memberikan informasi, data-data pasien mendukung dalam menegakkan diagnosa dan terdapat buku sumber yang dapat membantu penulis dalam menegakkan diagnosa.

Faktor penghambat dari penulis pada diagnosa karena perawat ruangan hanya mengangkat satu diagnosa pada pasien yaitu nyeri akut, namun yang terdapat pada pasien adalah enam diagnosa keperawatan. Solusi untuk mengatasi hambatan dalam menegakkan diagnosa yaitu dengan bantuan *clinical mentor* (CM) yang membantu memberikan masukan dalam menegakkan diagnosa.

C. Perencanaan keperawatan

Penulis menetapkan diagnosa keperawatan prioritas pada kasus adalah penurunan curah jantung berhubungan dengan afterload. Penulis mengangkat diagnosa prioritas penurunan curah jantung berdasarkan kebutuhan hirarki maslow yang pertama yaitu kebutuhan fisiologi. Hal ini dapat dibuktikan dengan tindakan Percutaneous Coronary Intervention

(PCI) pada tanggal 08 Februari 2020 dengan kesan : primary PCI dengan 1 DES combo di LAD pada acute anterior STEMI. Telah dilakukan Echokardiografi pada tanggal 10 Februari 2020 Dimensi jantung normal, IVS basal tebal, thrombus (-) katup aorta baik, mitral sedikit menebal dengan MR ringan. LV fungsi sistolik baik, EF 52%. Kontraktilitas hipokinetik di septum dan anterior wall E/A <1 RV fungsi baik. IVC 12/8 mm.

Berikut ini merupakan kesenjangan pada rencana keperawatan yang ada dalam teori tetapi tidak terdapat pada kasus adalah:

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload
 - a. Menurut SIKI (2018) pada pasien infark miokard harus dilakukan monitor EKG 12 endapan. Hal ini direncanakan penulis tetapi tidak dilakukan karena perawat ruangan mengatakan hanya memonitor pertama kali pasien datang untuk membantu dalam menegakkan diagnosa.
 - b. Monitor nilai laboratorium jantung (elektrolit, enzim jantung). Hal ini direncanakan oleh penulis tetapi tidak dilakukan karena pasien tidak dilakukan tes laboratorium jantung. Pasien hanya dilakukan tes laboratorium kolesterol.
2. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas
 - a. Monitor hasil laboratorium (Hb, Ht dan elektrolit darah). Hal ini direncanakan oleh penulis tetapi tidak dilakukan karena pasien tidak dilakukan tes laboratorium. Pasien hanya dilakukan tes laboratorium kolesterol.

Faktor pendukung dalam menyusun intervensi adalah adanya referensi buku dalam pembuatan intervensi yang mempermudah penulis untuk menyusun intervensi sehingga dapat dilakukan dengan baik.

D. Pelaksanaan keperawatan

Penulis melakukan pelaksanaan keperawatan berdasarkan perencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan keperawatan kepada pasien dilakukan selama 3 hari yaitu pada tanggal 10 Februari 2020 sampai 12 Februari 2020. Pelaksanaan keperawatan berjalan dengan baik, dikarenakan adanya faktor pendukung dari pasien dan keluarga yang cukup kooperatif dan membantu untuk melakukan perencanaan sesuai dengan intervensi yang telah dibuat agar berjalan dengan baik, terutama tentang penyakit yang dialami pasien. Hal ini disebabkan karena pasien mengalami perkembangan dalam kondisi kesehatannya.

Faktor pendukung penulis dalam melakukan implementasi adalah adanya bantuan perawat dan tim kesehatan lainnya sehingga dapat terlaksana implementasi sesuai rencana yang telah disusun serta sikap kooperatif pasien dalam pemberian asuhan keperawatan.

Adapun hambatan yang ditemukan penulis pada proses implementasi keperawatan adalah adanya keterbatasan waktu sehingga pelaksanaan tidak dapat dilakukan dengan maksimal. Solusi yang dilakukan penulis dalam menghadapi faktor penghambat adalah dengan melakukan kolaborasi bersama perawat ruangan sebagai tim dan monitor perkembangan pasien melalui tindakan yang dilakukan oleh perawat ruangan dan disesuaikan dengan intervensi yang telah disusun agar asuhan keperawatan tetap berjalan dengan baik dan mendapatkan hasil yang maksimal.

E. Evaluasi keperawatan

Pada evaluasi keperawatan penulis mengarah pada tujuan dan kriteria hasil yang telah dibuat berdasarkan diagnosa keperawatan. Evaluasi dilakukan secara berkesinambungan dengan melibatkan pasien dan tenaga kesehatan lainnya. Pada kasus yang dilakukan selama tiga hari yang mengacu pada tujuan dan kriteria hasil yang telah dibuat:

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan curah jantung kembali efektif. Selama pasien dirawat 3 hari masalah teratasi, tujuan tercapai ditandai dengan pasien mengatakan sesak sudah berkurang bahkan kadang hilang, pasien mengatakan nyeri dada sudah tidak ada. Pasien tampak rileks, tekanan darah : 122/85 mmHg, nadi 88 x/menit, RR 19 x/menit. Hentikan semua intervensi, pasien pulang.
2. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri berkurang sampai dengan hilang. Selama pasien dirawat 3 hari masalah teratasi, tujuan tercapai ditandai dengan pasien mengatakan nyeri sudah hilang, pasien mengatakan nyeri kadang timbul hanya dengan skala 2, tekanan darah: 122/85 mmHg, nadi 88 x/menit, RR 19 x/menit. Hentikan intervensi, pasien pulang.
3. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pola nafas kembali efektif. Selama pasien dirawat 3 hari masalah teratasi, tujuan tercapai ditandai dengan pasien mengatakan sesak sudah tidak ada. Hasil observasi perawat, pasien tampak rileks, RR 21 x/menit, pasien sudah tidak terpasang O₂ nasal. Hentikan intervensi, pasien pulang.
4. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Setelah dilakukan tindakan selama 3x24 jam diharapkan aktivitas pasien dapat kembali normal. Selama pasien dirawat 3 hari masalah teratasi, tujuan tercapai ditandai dengan pasien mengatakan sudah bisa berjalan di area tempat tidur tanpa di bantu oleh keluarganya, pasien mengatakan saat latihan berjalan pasien tidak sesak dan merasa tidak cepat lelah. Hasil observasi perawat, pasien tampak senang bisa melakukan aktivitas secara mandiri. Hentikan semua intervensi, pasien pulang.

5. Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (tidak nafsu makan). Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan risiko defisit nutrisi tidak terjadi. Selama pasien dirawat 3 hari masalah tidak terjadi, tujuan tercapai ditandai dengan pasien mengatakan nafsu makan sudah membaik, pasien mengatakan tidak mual dan tidak muntah. Hasil observasi perawat konjungtiva ananemis, Hb 13,6 g/dL, IMT = 29,59 (obesitas 1), diet DJ2 1500 kal. Hentikan intervensi, pasien pulang.
6. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x 30 menit, diharapkan defisit pengetahuan pasien dapat teratasi. Selama pasien dirawat 3 hari masalah teratasi, tujuan tercapai ditandai dengan pasien mengatakan sebelum dilakukan pendidikan kesehatan pasien tidak mengetahui apa itu serangan jantung, penyebab, tanda dan gejala dari serangan jantung. Tetapi setelah dilakukan pendidikan kesehatan, pasien mengatakan mengetahui apa itu serangan jantung, penyebab, tanda dan gejala dari serangan jantung. Hasil observasi perawat, pasien dapat menjelaskan definisi, penyebab, tanda dan gejala dari serangan jantung. Hentikan intervensi dengan pasien mengatakan sebelum dilakukan pendidikan kesehatan pasien tidak mengetahui apa itu serangan jantung, penyebab, tanda dan gejala dari serangan jantung. Tetapi setelah dilakukan pendidikan kesehatan, pasien mengatakan mengetahui apa itu serangan jantung, penyebab, tanda dan gejala dari serangan jantung.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Pasien dengan *Miocard Infark* (MCI) mengacu pada kerusakan jaringan miokard saat suplai darah secara tiba-tiba terganggu. Pada pasien ditemukan riwayat hipertensi. Pasien yang memiliki riwayat hipertensi harus mengkonsumsi obat antihipertensi seumur hidup. Pada pasien *Miocard Infark* (MCI) perlu diperhatikan pola kebiasaan/gaya hidup. Pola kebiasaan yang seperti, makan tinggi garam. Pemeriksaan yang harus dilakukan untuk menunjang *Miocard Infark* (MCI) dengan dilakukan elektrokardiogram, angiografi, dan ekokardiografi.

Ditemukan enam diagnosa keperawatan pada pasien *Miocard Infark* (MCI) adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload, pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas, intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, resiko defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (tidak nafsu makan), defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

Perencanaan keperawatan pasien *Miocard Infark* (MCI) terdapat perencanaan mandiri ataupun kolaborasi. Perencanaan mandiri seperti mengukur tekanan darah, nadi, suhu dan frekuensi pernafasan, memberikan posisi nyaman untuk pasien, dan mengobservasi keadaan pasien. Perencanaan kolaborasi seperti pemberian obat, penentuan diet pasien.

Evaluasi keperawatan yang dilakukan pada pasien dengan *Miokard Infark* (MCI) yang harus diperhatikan/dievaluasi adalah keadaan pasien, pernafasan pasien, aktivitas pasien. Hal ini dikarenakan pasien pascaterapi dengan melakukan rehabilitasi jantung, agar dapat menurunkan terjadinya komplikasi dari *Miokard Infark* (MCI) dan mengembalikan fungsi jantung.

B. Saran

Saran bagi penulis dalam pengumpulan data dan pengolahan data, yaitu:

1. Bagi petugas kesehatan
 - a. Diharapkan perawat ruangan untuk meningkatkan kerjasama tim dalam proses asuhan keperawatan pada pasien *Miocard Infark* (MCI) dengan mengklarifikasi antara tenaga medis lainnya dalam pendokumentasian terapi pada pasien *Miocard Infark* (MCI).
 - b. Diharapkan untuk meningkatkan bagi tenaga kesehatan terutama ahli gizi dalam merencanakan dan mendokumentasikan tentang diet pasien dengan *Miocard Infark* (MCI) pada rekam medis pasien.
2. Bagi institusi pendidikan

Diharapkan selama proses penyusunan dan bimbingan karya tulis ilmiah diperpanjang waktunya, agar mahasiswa dapat memperoleh hasil yang maksimal dalam penulisan makalah ilmiah dan saat menghadapi sidang ujian mahasiswa mampu memahami kasus yang dikelola.
3. Bagi masyarakat

Diharapkan masyarakat dapat mencegah terjadinya *Miocard Infark* (MCI) dengan cara melakukan gaya hidup yang sehat seperti mengurangi konsumsi tinggi lemak, mengurangi konsumsi rokok dan melakukan aktivitas seperti senam jantung supaya tidak terjadi komplikasi dari *Miocard Infark* (MCI).

DAFTAR PUSTAKA

- Aspiani, R. Y. (2014). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Kardiovaskuler*. Jakarta: EGC.
- Black, J. M., Hawks, & Jane, H. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8*. Jakarta: Elseiver.
- E. Doenges, M., Frances Moorhouse, M., & C. Geissler, A. (2012). *Rencana Asuhan Keperawatan Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*. Jakarta: EGC.
- Hariyanto, A., & Sulistyowati, R. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah 1 dengan Diagnosis Nanda International*. Yogyakarta: Ar-Ruzz Media.
- Kasron. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Sistem Kardiovaskuler*. Jakarta: CV. Trans Media.
- Loscalzo, J. (2016). *Harrison Kardiologi dan Pembuluh Darah*. Jakarta: EGC.
- Manurung, N. (2016). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Sistem Kardiovaskuler*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Muttaqin, A. (2009). *Pengantar Asuhan keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Kardiovaskular*. Jakarta: Salemba Medika.
- Perry, P. (2010). *Fundamental Keperawatan Edisi 7*. Jakarta: Salemba Medika.
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1*. Jakarta: DPP PPNI
- Riskesdas, K. (2018). Hasil Utama Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2018. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 181–222. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

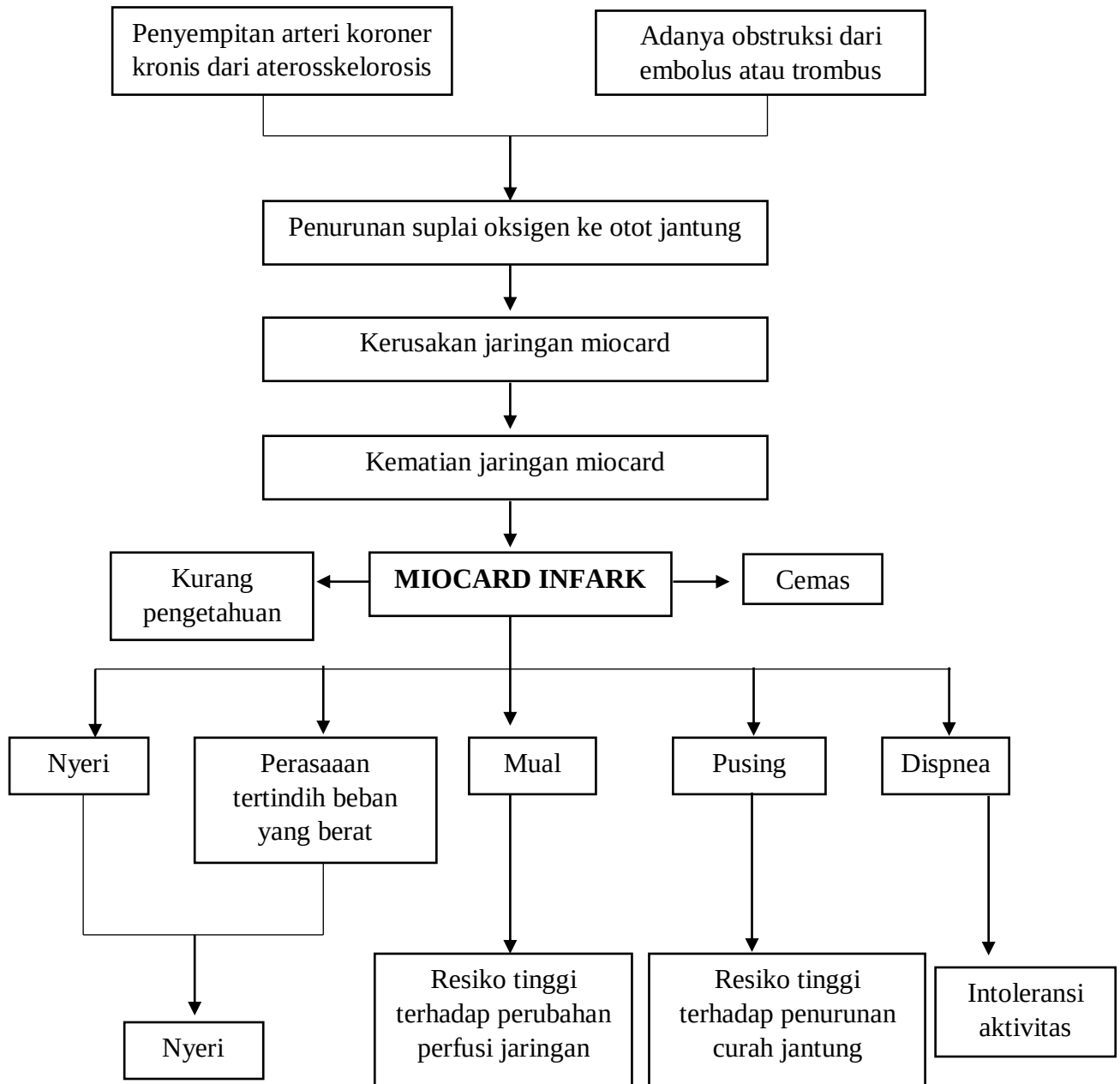
LAMPIRAN

Lampiran 1 : Patoflowdiagram

Lampiran 2 : SAP

Lampiran 3 : Lembar balik atau booklet

Patoflowdiagram



(Manurung, 2016)

SATUAN ACARA PENYULUHAN

(SAP)

Diagnosa Keperawatan : Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Topik : Penjelasan tentang penyakit: Miocard Infark (MCI)

Sasaran : Ny. U

Tanggal / Waktu : Rabu, 12 Februari 2020/ 15.30 – 16.00 WIB (30 Menit)

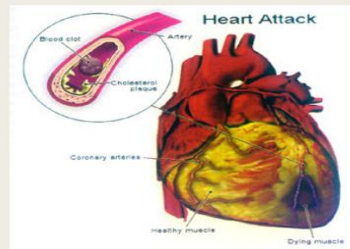
Tempat : Ruang Mawar no 408

TIU	TIK	Materi	KBM		Metode	Alat Peraga	Evaluasi
			Mahasiswa	Nyonya U			
Setelah dilakukan penyuluhan 1x30 menit nyonya U mampu memahami tentang Miocard Infark/	Setelah dilakukan penyuluhan selama 1x30 menit diharapkan keluarga nyonya U khususnya nyonya U mampu memahami : 1. Definisi Miocard Infark	1. Pengertian Miocard Infark	Pembukaan (5) 1. Salam pembukaan 2. Perkenalan	Menjawab salam	Ceramah	1. Lembar balik atau booklet	1. Nyonya U mampu menjelaskan kembali definisi Miocard Infark
		2. Faktor penyebab Miocard Infark	3. Kontrak waktu 4. Penjelasan tujuan 5. Topik	Menyetujui	Ceramah		2. Nyonya U mampu menjelaskan penyebab Miocard Infark
		3. Tanda dan gejala Miocard	Penyuluhan (15) 1. Menjelaskan pengertian Miocard Infark		Ceramah		
			2. Faktor penyebab Miocard Infark	Memperhatikan	Ceramah		

serangan jantung	2. Faktor penyebab Miocard Infark 3. Tanda dan gejala Miocard Infark 4. Komplikasi Miocard Infark	Infark 4. Komplikasi Miocard Infark	3. Tanda dan gejala Miocard Infark 4. Komplikasi Miocard Infark				3. Nyonya U mampu menyebutkan 5 dari 7 tanda dan gejala Miocard Infark 4. Nyonya U mampu menyebutkan 5 dari 7 komplikasi penyakit Miocard Infark
			Penutup (10) 1. Memberikan kesempatan bertanya 2. Bertanya/evaluasi 3. Menyimpulkan 4. Salam penutup	Bertanya Menjawab, Memperhatikan Menjawab salam	Diskusi Diskusi dan Ceramah		

LEMBAR BALIK

MCI (MIOCARD INFARK) ATAU SERANGAN JANTUNG



Disusun oleh :
Sifa Aulia (201701002)

Activate Windows
Go to Settings to activate

PENGERTIAN MCI

Miocard infark atau serangan jantung adalah suatu keadaan otot jantung akibat ketidakseimbangan antara kebutuhan dan suplai oksigen yang terjadi secara mendadak.

Activate Window

PENYEBAB

Penyebab utama terjadinya serangan jantung yaitu tersumbatnya pembuluh darah utama (pembuluh koroner) yang memasok darah ke jantung. Sumbatan ini disebabkan oleh timbunan kolesterol berupa plak yang menempel di dinding pembuluh darah. Plak yang retak akan mengakibatkan terjadinya penggumpalan darah, sehingga akhirnya darah yang menggumpal tersebut akan menghambat jalannya aliran darah dan oksigen ke jantung melalui pembuluh darah.

Activate Windows

TANDA & GEJALA

1. Nyeri dada yang terjadi secara mendadak, seperti di remas-remas, ditekan, ditusuk, panas atau ditindih beban berat.
2. Perasaan mual
3. Muntah
4. Sesak
5. Pusing
6. Keringat dingin, dan
7. Jantung berdebar-debar.

KOMPLIKASI

1. Aritmia (gangguan yang terjadi pada irama atau detak jantung)
2. Bradikardia sinus (adalah kondisi dimana jantung berdetak lebih lambat dari biasanya)
3. Asistol (merupakan ritme jantung yang mengancam nyawa yang dicirikan oleh tidak adanya aktivitas elektrik pada gambaran elektrokardiogram (rekaman detak jantung))
4. Takikardia sinus (adalah kondisi dimana jantung berdetak lebih cepat dari biasanya)
5. Bekuan darah
6. Kerusakan jantung
7. Syok kardiogenik (syok yang disebabkan oleh ketidakmampuan jantung untuk memompa darah ke seluruh tubuh)