

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. K DENGAN DIAGNOSA MEDIS
NSTEMI (*NON-ST SEGMENT ELEVATION MYOCARDIAL
INFARCTION*) DI RUANG ICCU RSU HAJI
SURABAYA**



Oleh:

**YUVINDANATI
NIM. 182.0059**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2021**

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. K DENGAN DIAGNOSA MEDIS
NSTEMI (*NON-ST-SEGMENT ELEVATION MYOCARDIAL
INFARCTION*) DI RUANG ICCU RSU HAJI
SURABAYA**

**Karya Tulis Ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat
untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan**



Oleh:

**YUVINDANATI
NIM. 182.0059**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2021**

SURAT PERNYATAAN

Saya bertanda tangan di bawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di STIKES Hang Tuah Surabaya.

Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh STIKES Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 01 Juni 2021



YUVINDANATI
NIM. 182.0059

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

Nama : Yuvindanati
NIM : 1820059
Program Studi : D-III Keperawatan
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Tn. K dengan Diagnosa Medis NSTEMI (Non-ST Segment Elevation Myocardial Infarction) di Ruang ICCU RSUD Haji Surabaya

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa karya tulis ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar:

AHLI MADYA KEPERAWATAN (AMd.Kep)

Surabaya, 01 Juni 2021

Pembimbing



Sri Anik Rustini, S.H., S.Kep., Ns., M.Kes.

NIP. 03.054

Ditetapkan di : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 16 Juni 2021

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dari:

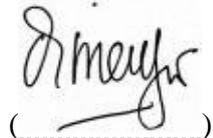
Nama : Yuvindanati
NIM : 1820059
Program Studi : D-III Keperawatan
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Tn. K dengan Diagnosa Medis NSTEMI (Non-St Segment Elevation Myocardial Infarction) di Ruang ICCU RSUD Haji Surabaya

Telah dipertahankan dihadapan dewan Sidang Karya Tulis Ilmiah, STIKES Hang Tuah Surabaya, pada:

Hari, tanggal : Rabu, 16 Juni 2021
Bertempat di : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya

Dan dinyatakan **Lulus** dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar AHLI MADYA KEPERAWATAN pada Prodi D-III Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya.

Penguji I : **Dini Mei Widayanti, S.Kep., Ns., M.Kep.**
NIP. 03.011



Penguji II : **Ninik Ambar Sari, S.Kep., Ns., M.Kep.**
NIP. 03.039



Penguji III : **Sri Anik Rustini, S.H., S.Kep., Ns., M.Kes.**
NIP. 03.054



Mengetahui,
STIKES Hang Tuah Surabaya
Ka Prodi D-III Keperawatan

Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes.
NIP. 03.007

Ditetapkan di : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya
Tanggal : 16 Juni 2021

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmad dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan.

Karya tulis ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Ahli Madya Keperawatan.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya tulis bukan hanya karena kemampuan penulis, tetapi banyak ditentukan oleh bantuan dari berbagai pihak, yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesainya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada:

1. Ibu Dr. Herlin Ferlina, M.Kes., selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum Haji Surabaya, yang telah memberikan ijin dan lahan praktik untuk penyusunan karya tulis dan selama kami berada di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
2. Dr. AV. Sri Suhardiningih, S.Kep., M.Kes. selaku Ketua STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk praktik di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya dan menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
3. Ibu Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes., selaku kepala program studi D-III Keperawatan yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.

4. Ibu Dini Mei Widayanti S.Kep., Ns., M.Kep., selaku penguji ketua, yang dengan telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
5. Ibu Sri Anik Rustini, S.H., S.Kep., Ns., M.Kes., selaku penguji dan pembimbing, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan masukan dalam penyusunan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
6. Ibu Ninik Ambar Sari, S.Kep., Ns., M.Kep., selaku penguji, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan masukan dalam penyusunan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
7. Ibu Khusnul Khotimah, selaku Kepala Ruangan ICCU Rumah Sakit Umum Haji Surabaya, yang selalu sabar dalam membimbing dan membagikan pengalaman yang berkesan di ruang ICCU.
8. Bapak dan Ibu Dosen STIKES Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan karya tulis ilmiah ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisannya.
9. Sahabat-sahabat seperjuangan tersayang dalam naungan STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dorongan semangat sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan persahabatan tetap terjalin.
10. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdoa semoga Allah SWT membalas amal baik

semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka dari itu saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga karya tulis ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bagi Civitas STIKES Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 01 Juni 2021

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Yuvindanati', with a stylized flourish at the end.

Yuvindanati
NIM. 182.0059

DAFTAR ISI

KARYA TULIS ILMIAH.....	i
SURAT PERNYATAAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.4 Manfaat Penelitian	5
1.5 Metode Penulisan.....	6
1.6 Sistematika Penulisan.....	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Konsep Anatomi Fisiologi Jantung.....	8
2.1.1 Struktur Jantung	8
2.1.2 Perikardium.....	9
2.1.3 Dinding dan Ruang Jantung.....	9
2.1.4 Bunyi Jantung	11
2.1.5 Pembuluh Darah dan Inervasi Jantung	11
2.1.6 Sistem Konduksi Jantung	13
2.1.7 Sirkulasi Darah.....	14
2.2 Konsep Penyakit NSTEMI.....	15
2.2.1 Pengertian	15
2.2.2 Etiologi	16
2.2.3 Manifestasi Klinis	16
2.2.4 Patofisiologi.....	17

2.2.5 Diagnosa Banding	18
2.2.6 Komplikasi.....	19
2.2.7 Pemeriksaan Penunjang.....	19
2.2.8 Penatalaksanaan	20
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan.....	23
2.4 Kerangka Masalah.....	35
2.5 Konsep ICCU.....	36
BAB 3 TINJAUAN KASUS.....	38
3.1 Pengkajian	38
3.2 Analisa Data	51
3.3 Prioritas Masalah	52
3.4 Intervensi Keperawatan.....	53
3.5 Implementasi dan Evaluasi.....	56
3.6 Evaluasi Sumatif.....	64
BAB 4 PEMBAHASAN	66
4.1 Pengkajian	66
4.2 Diagnosa Keperawatan.....	69
4.3 Intervensi	70
4.4 Implementasi.....	71
4.5 Evaluasi	73
BAB 5 PENUTUP	74
5.1 Simpulan.....	74
5.2 Saran.....	75
DAFTAR PUSTAKA.....	77

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Hasil Laboratorium.....	44
Tabel 3.2 Terapi Obat.....	47
Tabel 3.3 Analisa Data	51
Tabel 3.4 Prioritas Masalah	52
Tabel 3.5 Intervensi Keperawatan	53
Tabel 3.6 Implementasi dan Evaluasi	56
Tabel 3.7 Evaluasi Sumatif.....	64

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Masalah.....	35
Gambar 3.1 EKG pada Tanggal 28 April 2021	45
Gambar 3.2 Foto Thorax pada Tanggal 27 April 2021	46

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 SOP Pemasangan EKG (Elektrokardiogram)	80
Lampiran 2 SOP Pemasangan Infus.....	83

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit kardiovaskuler merupakan penyebab utama kematian di negara maju dan diperkirakan mulai dari angina pektoris tidak stabil sampai infark miokardium. Infark Miokard Akut (IMA) merupakan spektrum Sindroma Koroner Akut (SKA) yang terdiri atas Angina Pektoris Tidak Stabil (APTS), STEMI dan NSTEMI. STEMI merupakan oklusi total dari arteri koroner yang menyebabkan area infark yang lebih luas meliputi seluruh ketebalan miokardium yang ditandai dengan adanya elevasi segmen ST pada EKG. Sedangkan NSTEMI merupakan oklusi sebagian dari arteri koroner tanpa melibatkan seluruh ketebalan miokardium sehingga tidak ada elevasi segmen ST pada EKG (Ulinuha, 2017). Fenomena yang terjadi di masyarakat yaitu mereka menganggap penyakit SKA dengan menyebutnya angin duduk atau sering dianggap sebagai masuk angin, padahal angin duduk bukan masuk angin melainkan tanda gangguan pada jantung, angin duduk memang memiliki gejala yang mirip dengan masuk angin biasa, sehingga gejalanya sering disepelekan dan tidak langsung dibawa ke dokter, tetapi mereka mengobatinya dengan cara minum jamu tolak angin dan mengerok lapisan kulit paling luar atau biasa disebut kerokan yang diyakini bisa menjadi solusi alternatif untuk mengatasi gejala masuk angin (Santoso Karo, 2016).

Menurut (American Hearth Association, 2015) di wilayah Asia prevalensi penduduk dengan penyakit jantung koroner 3,7 %. Berdasarkan laporan WHO pada *Non Communicable Disease (NCD) Country Profile* didapatkan bahwa di Indonesia

penyakit kardiovaskuler merupakan penyebab kematian tertinggi yaitu sebesar 37% dari angka kematian total (Ulinuha, 2017). Estimasi jumlah penderita penyakit jantung koroner di Jawa Timur sebanyak 375.127 orang (1,3%) (Kemenkes RI, 2014). Berdasarkan penelitian Universitas Muhammadiyah Surabaya tahun 2017 di RSUD Dr. Soetomo didapatkan dari 32 pasien yang dirawat di bulan April 43,75% dari jumlah tersebut adalah pasien PJK (Penyakit Jantung Koroner) yang dirawat inap ulang dikarenakan mengalami kekambuhan (Indri, 2019). Studi pendahuluan yang dilakukan peneliti pada tanggal 26 April 2021 di ruang ICCU RSUD Haji Surabaya didapatkan jumlah pasien NSTEMI dari bulan Maret sampai Mei 2021 terdapat 5 (10,86%) kasus dari total 46 pasien.

Penyakit SKA disebabkan oleh penurunan suplai oksigen dan peningkatan kebutuhan oksigen miokard yang diperberat oleh obstruksi koroner (Morton, 2012). SKA terjadi karena trombosis akut dan proses vasokonstriksi koroner, trombosis akut diawali dengan ruptur plak aterosklerotik yang tidak stabil, pada lokasi ruptur plak terdapat proses inflamasi dilihat dari jumlah makrofag dan limfosit T (Hendriarto, 2014). Seorang yang menderita SKA akan mengalami tanda dan gejala seperti nyeri hebat pada dada kiri menyebar ke bahu kiri, leher kiri dan lengan atas kiri, nyeri akan membaik dengan istirahat, gejala yang menyertai dispnea, keringat dingin, mual, sulit bernapas, cemas, dan lemas (Joyce, 2014). Dampak masalah yang akan ditimbulkan jika tidak segera ditangani yaitu kerusakan otot jantung yang menimbulkan gangguan pompa jantung yang akan mempengaruhi tubuh secara sistemik (Rohmawati, 2011). SKA juga mengakibatkan masalah disritmia, syok kardiogenik, gagal jantung, edema paru dan emboli paru (Joyce, 2014).

Penatalaksanaan yang cepat dan tepat, berupa pemberian oksigen, terapi reperfusi dan penanganan komplikasi, serta perawatan lanjut untuk mencegah komplikasi dan kematian. Pengidentifikasian secara dini dapat juga dilakukan dengan mengenali tanda-tanda kegiatan secara dini misalnya keluhan nyeri dada atau kesulitan bernapas. Oleh karena itu peran perawat atau strategi yang dilakukan ketika menemukan pasien henti jantung adalah mengidentifikasi kondisi penderita dan menilai secara cepat tanda-tanda potensial henti jantung serta mengidentifikasi kondisi penderitah (sekunder) (Trismayola, 2017). Peran perawat terhadap klien dengan SKA yaitu meliputi peran promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, terutama peran promotif melalui edukasi dapat merubah klien dalam mengubah gaya hidup dan mengontrol kebiasaan pribadi untuk menghindari faktor risiko, dengan edukasi yang semakin banyak klien mengerti bagaimana harus mengubah perilaku sehingga mereka mampu melakukan pengobatan dan perawatan mandiri (Perry dan potter, 2010). Peran preventif penyakit sindrom koroner akut dapat dicegah dengan mengatur pola hidup sehat, perawat dapat meningkatkan pengetahuan keluarga dan masyarakat tentang penyakit SKA dengan memberikan penyuluhan tentang penyakit SKA dan cara hidup sehat yang meliputi menghindari konsumsi alkohol, makanan berlemak dan kolesterol, menghindari merokok. Peran perawat dalam segi kuratif pada klien SKA yang mengeluh nyeri dada dan sesak napas dapat diberikan tindakan berupa bantuan oksigen untuk mengurangi sesak napas, pembatasan aktivitas fisik dengan pengurangan atau penghentian seluruh aktivitas pada umumnya akan mempercepat pembebasan rasa sakit, tindakan kolaboratif untuk menangani masalah nyeri dada dan pernapasan klien yaitu dengan memberikan obat nitrogliserin (NTG), morfin sulfat, nitrat dan antitrombolitik

(Muttaqin, 2012). Dalam segi rehabilitatif melalui pemulihan kesehatan dengan istirahat dan tirah baring yang cukup serta menghindari perilaku hidup yang tidak sehat dalam jangka waktu panjang sampai kondisi tubuh baik kembali, tirah baring digunakan untuk memenuhi kebutuhan oksigen (Perry & Potter, 2011).

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimanakah asuhan keperawatan dengan diagnosa NSTEMI di Ruang ICCU RSU Haji Surabaya ”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan pada klien Tn. K dengan diagnosa NSTEMI di Ruang ICCU RSU Haji Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengkaji klien Tn. K dengan diagnosa NSTEMI di Ruang ICCU RSU Haji Surabaya.
2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada klien Tn. K dengan diagnosa NSTEMI di Ruang ICCU RSU Haji Surabaya.
3. Menyusun rencana tindakan keperawatan pada klien Tn. K dengan diagnosa NSTEMI di Ruang ICCU RSU Haji Surabaya.
4. Melakukan tindakan keperawatan pada klien Tn. K dengan diagnosa NSTEMI di Ruang ICCU RSU Haji Surabaya.
5. Mengevaluasi klien Tn. K dengan diagnosa NSTEMI di Ruang ICCU RSU Haji Surabaya.

6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan klien Tn. K dengan diagnosa NSTEMI di Ruang ICCU RSUD Haji Surabaya.

1.4 Manfaat Penelitian

Terkait dengan tujuan, maka tugas akhir ini diharapkan dapat memberi manfaat:

1. Akademis, hasil karya tulis ilmiah ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa NSTEMI.

2. Secara praktis, tugas akhir ini akan bermanfaat bagi:

- a. Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit

Hasil karya tulis ilmiah ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan klien dengan diagnosa NSTEMI dengan baik.

- b. Bagi peneliti

Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan karya tulis ilmiah pada asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa NSTEMI.

- c. Bagi profesi kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa NSTEMI.

1.5 Metode Penulisan

1. Metode

Metode deskriptif yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

2. Teknik Pengumpulan Data

a. Wawancara

Data diambil/diperoleh melalui percakapan baik dengan Tn. K, keluarga maupun tim kesehatan lain.

b. Observasi

Data yang diambil melalui percakapan baik dengan Tn. K, keluarga maupun tim kesehatan lain .

c. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium yang dapat menunjang menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

3. Sumber Data

a. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari Tn. K.

b. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat dengan Tn. K, catatan medik perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

4. Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis ilmiah dan masalah yang dibahas.

1.6 Sistematika Penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami karya tulis ilmiah ini, secara keseluruhan dibagi menjadi tiga bagian, yaitu:

1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, dan persembahan, kata pengantar, daftar isi.
2. Bagian inti, terdiri dari lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini:

BAB 1 : Pedahuluan, berisi tentang latar belakang masalah, tujuan, manfaat penelitian, dan sistematika penulisan karya tulis ilmiah.

BAB 2 : Tinjauan Pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan klien dengan diagnosa NSTEMI, serta kerangka masalah.

BAB 3 : Tinjauan Kasus berisi tentang diskripsi data hasil pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

BAB 4 : Pembahasan berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan.

BAB 5 : Penutup, berisi tentang simpulan dan saran.

3. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab 2 ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan NSTEMI. Konsep penyakit akan diuraikan definisi etiologi dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul pada penyakit NSTEMI dengan melakukan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi.

2.1 Konsep Anatomi Fisiologi Jantung

2.1.1 Struktur Jantung

Ukuran jantung sekitar sedikit lebih besar dari satu kepalan tangan dengan berat berada pada rentang 7 – 15 ons (200 – 425 gram). Dalam setiap harinya jantung mampu memompa sampai dengan 100.000 kali dan dapat memompa darah sampai dengan 7.571 liter. Posisi jantung berada di belakang sternum pada rongga mediastinum, di antara costae kedua dan keenam. Pada jantung sebelah kanan menerima darah yang tidak teroksigenasi dari vena cava superior dan vena cava inferior kemudian mengalirkannya ke pulmonal untuk proses oksigenasi. Sedangkan bagian kiri jantung menerima dari teroksigenasi dari paru melalui vena pulmonalis untuk selanjutnya diedarkan ke seluruh tubuh melalui aorta (Fikriana, 2018).

2.1.2 Perikardium

Perikardium adalah lapisan pembungkus jantung yang tersusun oleh membrane fibroserosa dan permukaan pembuluh darah besarnya. Perikardium tersusun oleh dua lapisan yaitu pericardium fibrosa yang merupakan lapisan bagian luar yang keras serta pericardium serosa yang merupakan lapisan bagian dalam. Perikardium serosa juga mempunyai dua lapisan yaitu pericardium parietal dan pericardium visceral. Perikardium parietal merupakan permukaan bagian dalam pericardium fibrosa. Sedangkan pericardium visceral melekat pada permukaan jantung. Ruang yang berada di antara perikardium parietal dengan pericardium visceral disebut dengan ruang pericardium. Dalam kondisi normal, ruang tersebut berisi cairan yang berfungsi untuk memudahkan bagi jantung untuk bergerak dan berdenyut tanpa adanya hambatan (Fikriana, 2018).

2.1.3 Dinding dan Ruang Jantung

Dinding jantung tersusun oleh tiga lapisan yaitu lapisan bagian luar yang disebut epikardium, lapisan bagian tengah yang disebut miokardium serta lapisan bagian dalam yang disebut endokardium. Epikardium merupakan lapisan bagian luar yang terbentuk dari lapisan visceral pericardium serosa. Miokardium merupakan lapisan yang terdiri dari otot jantung. Endokardium merupakan lapisan bagian dalam yang tipis tersusun dari jaringan ikat subendotelial yang juga menutupi katup jantung.

Sedangkan ruangan jantung terdiri dari dua bagian yaitu bagian kanan dan bagian kiri. Masing-masing bagian mempunyai satu atrium dan satu ventrikel sehingga di dalam jantung terdapat empat ruang yaitu atrium kanan, atrium kiri, ventrikel kanan dan ventrikel kiri. Antara atrium dengan ventrikel terdapat lubang

atrioventrikular dan pada setiap lubang tersebut terdapat katup. Atrium merupakan rongga penerima yang akan memompa darah ke dalam ventrikel. Atrium kanan mendapatkan darah yang berasal dari vena cava superior dan vena cava inferior, atrium kiri mendapatkan darah dari vena pulmonalis. Ventrikel merupakan rongga penerima darah dari atrium melalui sebuah katup. Ventrikel kanan akan mendapatkan darah dari atrium kanan untuk selanjutnya di pompa ke paru-paru melalui arteri pulmonalis. Sedangkan ventrikel kiri mendapatkan darah dari atrium kiri untuk selanjutnya akan memompa darah ke seluruh tubuh melalui katup aorta. Otot jantung (miokardium) pada bagian ventrikel lebih tebal dibandingkan dengan bagian atrium dan otot ventrikel kiri lebih tebal dibandingkan dengan otot ventrikel kanan. Hal ini karena otot ventrikel kiri mempunyai tugas untuk menghasilkan tekanan yang lebih besar daripada otot bagian lainnya. Ventrikel kiri bertugas untuk memompa darah ke seluruh tubuh.

Di antara atrium dengan ventrikel terdapat katup yang memisahkannya. Katup ini disebut dengan katup *atrioventrikular* yang berfungsi untuk menjaga aliran darah agar berjalan searah dari atrium ke ventrikel dan menghindarkan aliran darah balik dari ventrikel ke atrium. Katup atrioventrikularis ini dibagi menjadi dua yaitu katup trikuspidalis dan katup bikuspidalis (katup mitral). Katup trikuspidalis merupakan katup yang mempunyai tiga daun yang memisahkan atrium kanan dengan ventrikel kanan. Sedangkan katup bikuspidalis (katup mitral) merupakan katup dengan dua daun yang memisahkan atrium kiri dengan ventrikel kiri. Selain katup atrioventrikularis, terdapat katup semilunaris yang terdiri dari dua katup yaitu katup pulmonal dan katup aorta. Katup pulmonal berfungsi mencegah aliran balik

dari arteri pulmonalis ke ventrikel kanan. Sedangkan katup aorta berfungsi mencegah aliran balik dari aorta ke ventrikel kiri (Fikriana, 2018).

2.1.4 Bunyi Jantung

Di dalam jantung terdengar dua macam bunyi/suara. Bunyi ini berasal dari katup-katup yang menutup secara pasif. Bunyi pertama disebabkan oleh menutupnya katup atrioventrikular dan kontraksi ventrikel. Sedangkan bunyi kedua merupakan bunyi akibat menutupnya katup semilunaris sesudah kontraksi ventrikel (Fikriana, 2018).

2.1.5 Pembuluh Darah dan Inervasi Jantung

Di dalam menjalankan fungsinya, otot jantung membutuhkan aliran darah yang menyuplai kebutuhan oksigen dan nutrisi serta zat-zat lain yang dibutuhkan untuk kehidupan otot jantung. Pembuluh darah yang berperan pada jantung adalah arteri koronaria dan vena koronaria. Aliran darah dari dan ke otot miokardium, sebagian besar berasal dari arteri dan vena ini. pembuluh darah jantung ini dipengaruhi oleh kerja saraf simpatis dan saraf parasimpatis.

Arteri koronaria merupakan cabang pertama dari aorta yang mengalirkan darah ke epikardium dan miokardium. Selain itu arteri ini menyuplai darah ke atrium dan ventrikel. Cabang arteri koronaria adalah arteri koronaria dekstra dan arteri koronaria sinistra. Cabang arteri koronaria inilah yang pertama meninggalkan aorta dan kemudian bercabang-cabang lagi menjadi arteri yang lebih kecil. Arteri-arteri kecil ini mengitari jantung dan menghantarkan darah ke semua bagian organ ini. Selanjutnya darah yang kembali dari jantung terkumpul ke dalam sinus koronaria dan akan masuk ke dalam atrium kanan.

Arteri koronaria dekstra menyuplai darah ke atrium kanan, sebagian besar ventrikel kanan, sebagian ventrikel kiri, sebagian septum intraventrikuler, *sino atrial nodes* (SA Nodes) dan *atrio ventricular nodes* (AV Nodes). Sedangkan arteri koronaria sinistra menyuplai darah ke atrium kiri, sebagian ventrikel kiri, sebagian ventrikel kanan dan SA Nodes (pada sekitar 40% orang). Sedangkan vena jantung terletak superficial terhadap arteri. Sinus koronarius merupakan vena yang paling besar, membuka ke atrium kanan. Sebagian besar vena jantung utama mengalirkan ke sinus koronarius kecuali vena-vena anterior jantung yang mengalirkan ke atrium kanan.

Jantung dipersarafi oleh serabut saraf otonom dari plexus cardiacus. Plexus cardiacus ini terbentuk dari serabut parasimpatis dan simpatis dalam perjalanan ke jantung. Serabut tersebar di sepanjang dan ke pembuluh darah koroner serta komponen-komponen konduktan terutama SA Nodes. Meskipun gerakan jantung bersifat ritmik, tetapi kecepatan kontraksi dipengaruhi rangsangan yang sampai pada jantung melalui saraf tersebut.

Rangsangan saraf simpatis menyebabkan meningkatnya nadi, konduksi impuls, kekuatan kontraksi dan menyebabkan peningkatan aliran darah melalui arteri koronaria. Stimulasi adrenergik SA Nodes dan jaringan konduktan meningkatkan kecepatan depolarisasi sel-sel *pacemaker* sambil meningkatkan konduksi atrioventrikular. Sedangkan rangsangan saraf parasimpatis akan memperlambat nadi, mengurangi kekuatan kontraksi dan mengonstriksikan arteri koronaria, menghambat energi di antara periode peningkatan kebutuhan. Rangsangan saraf parasimpatis paskasinap akan memperlambat kecepatan

depolarisasi sel-sel pacemaker dan konduksi atrioventrikular serta mengurangi kontraktilitas atrial (Fikriana, 2018).

2.1.6 Sistem Konduksi Jantung

Sistem konduksi jantung merupakan sistem yang mengkoordinasikan siklus di dalam jantung dengan mengkoordinasikan kontraksi dari keempat ruangan yang ada di jantung. Dalam menjalankan fungsinya sebagai pemompa darah, atrium dan ventrikel bekerja bersama-sama. Dalam sistem konduksi jantung ini melibatkan SA Nodes, AV Nodes, bundle of his dan serabut purkinje dibuang oleh tubuh. Selain itu di dalam kapiler inilah terjadi pertukaran gas dalam cairan ekstraseluler atau interstitiil.

Denyut nadi merupakan gelombang yang teraba pada arteri akibat darah dipompa keluar jantung. Denyut arteri mudah teraba dan terasa di tempat yang melintasi sebuah tulang yang terletak dekat dengan permukaan, misalnya arteri radialis, arteri temporalis maupun arteri dorsalis pedis. Selain itu juga terdapat arteri-arteri besar yang mudah untuk diraba yaitu arteri karotis, arteri brakialis dan arteri femoralis.

Saluran limfe juga merupakan bagian dari sistem kardiovaskuler, berfungsi untuk mengumpulkan, menyaring dan menyalurkan kembali ke dalam darah limfena yang dikeluarkan melalui dinding kapiler halus untuk membersihkan jaringan (Fikriana, 2018).

2.1.7 Sirkulasi Darah

Terdapat dua macam sirkulasi yang terjadi yaitu sirkulasi sistemik dan sirkulasi pulmonal (Fikriana, 2018).

1. Sirkulasi Sistemik

Dimulai dari aliran darah dari ventrikel kiri melalui arteri, arteriol, dan kapiler, kembali ke atrium kanan melalui vena.

2. Sirkulasi Pulmonal

Dimulai dari aliran darah dari ventrikel kanan, masuk ke dalam paru-paru selanjutnya dari paru-paru selanjutnya dari paru-paru ke masuk ke dalam atrium kiri.

Darah tidak teroksigenasi yang berasal dari vena cava superior dan vena cava inferior akan masuk ke dalam atrium kanan. Darah dari atrium kanan melewati katup trikuspidalis akan masuk ke dalam ventrikel kanan. Selanjutnya ventrikel kanan akan memompa darah ke paru-paru melalui katup pulmonal menuju arteri pulmonalis. Selanjutnya darah di paru-paru akan mengalami proses oksigenasi.

Setelah proses oksigenasi di paru-paru terjadi, darah akan dialirkan ke vena pulmonalis menuju ke atrium kiri. Darah teroksigenasi ini selanjutnya melalui katup bikuspidalis akan tertampung ke dalam ventrikel kiri. Kemudian ventrikel kiri akan memompa darah ke seluruh tubuh melalui katup aorta.

Tiga arteri besar yang merupakan percabangan dari aorta akan mengalirkan darah sesuai dengan percabangannya. Arteri karotis komunis kiri akan mengalirkan darah ke bagian otak. Arteri subklavia akan mengalirkan darah ke bagian ekstremitas atas dan arteri inominata akan mengalirkan darah ke daerah thoraks.

Sedangkan cabang dari aorta desenden akan mengalirkan darah ke bagian abdomen. Aorta desenden ini selanjutnya akan bercabang menjadi arteri iliaka yang kemudian bercabang lagi menjadi arteri femoralis untuk menyuplai darah ke bagian ekstremitas bawah.

Cabang dari arteri besar ini akan membentuk ranting menjadi arteri yang lebih kecil lagi sampai menjadi arteriol. Arteri-arteri ini mempunyai dinding yang sangat berotot yang menyempitkan salurannya dan menahan aliran darah. Fungsinya adalah mempertahankan tekanan darah arteri dengan jalan mengubah-ubah ukuran saluran mengatur aliran darah dalam kapiler. Dinding kapiler mempunyai struktur yang tipis sehingga memudahkan untuk terjadinya pertukaran zat antara plasma dan jaringan interstitiil. Selanjutnya kapiler-kapiler ini bergabung membentuk pembuluh darah yang lebih besar yang disebut dengan venul. Darah dari venul kemudian akan bergabung menuju vena untuk selanjutnya menghantarkan darah ke dua batang vena besar yaitu vena cava superior dan vena cava inferior untuk kembali ke jantung. Vena cava superior mengumpulkan darah dari kepala dan ekstremitas atas. Sedangkan vena cava inferior mengumpulkan darah dari thoraks, abdomen dan ekstremitas bawah (Fikriana, 2018).

2.2 Konsep Penyakit NSTEMI

2.2.1 Pengertian

NSTEMI adalah salah satu spektrum SKA (Sindrom Koroner Akut) yang didiagnosa melalui anamnesis, gambaran EKG dan biomarker yaitu troponin. Selain troponin, SGOT juga dikeluarkan ke dalam sirkulasi saat miokard mengalami kerusakan (Arfian et al., 2018).

NSTEMI merupakan penyakit yang disebabkan oleh penurunan suplai oksigen dan peningkatan kebutuhan oksigen miokard yang diperberat oleh obstruksi koroner (Hidayati, 2015). NSTEMI adalah sindroma klinik yang disebabkan oleh oklusi parsial atau emboli distal arteri koroner, tanpa elevasi segmen ST pada gambaran EKG (PERKI, 2020).

2.2.2 Etiologi

NSTEMI terjadi karena thrombosis akut atau proses vasokonstriksi koroner, sehingga terjadi iskemia miokard dan dapat menyebabkan nekrosis jaringan miokard dengan derajat lebih kecil, biasanya terbatas pada subendokardium. Keadaan ini tidak dapat menyebabkan elevasi segmen ST, namun menyebabkan pelepasan penanda nekrosis. Penyebab paling umum adalah penurunan perfusi miokard yang dihasilkan dari penyempitan arteri koroner disebabkan oleh thrombus nonocclusive yang telah dikembangkan pada plak aterosklerotik terganggu (Hidayati, 2015).

2.2.3 Manifestasi Klinis

Manifestasi gagal jantung pada NSTEMI yaitu sebagai berikut:

1. Nyeri di dada, berlangsung selama 30 menit sedangkan pada angina kurang. Selain itu pada angina, nyeri akan hilang saat dibawa beristirahat namun lain halnya dengan NSTEMI.
2. Sesak napas, disebabkan oleh adanya peningkatan mendadak antara tekanan diastolik ventrikel kiri, di saat itu perasaan cemas juga menimbulkan hiperventilasi. Pada infark tanpa gejala nyeri ini, sesak napas merupakan tanda adanya disfungsi ventrikel kiri yang bermakna.

3. Gejala gastrointestinal, meningkatkan aktivitas refleks vagal disebabkan muntah dan mual, namun biasanya sering terjadi pada infark inferior, dan stimulasi diafragma pada infark inferior bisa menyebabkan cegukan.
4. Gejala lain termasuk palpitasi, gelisah, rasa pusing, atau sinkop dan aritmia ventrikel (Agusti, 2019).

2.2.4 Patofisiologi

Non ST Elevasi Miokard Infark (NSTEMI) dimulai pada saat plak aterosklerotik terganggu. Plak pada arteri koroner tersebut merangsang agregasi trombosit dan pembentukan trombus. Pembentukan trombus yang terjadi di pembuluh darah koroner dapat mencegah perfusi miokard. Sel miokard membutuhkan oksigen dan adenosin 5b-triphosphate (ATP) untuk menjaga kontraktilitas dan stabilitas listrik yang dibutuhkan untuk kondisi normal. Sel miokard yang kekurangan oksigen akan menyebabkan metabolisme anaerob, produksi ATP berkurang dan menyebabkan kegagalan pompa sodium-potassium dan kalsium dan akumulasi ion hidrogen dan laktat yang dihasilkan dalam asidosis. Pada saat ini terjadilah infark dan kematian sel.

Selama fase iskemik, sel menunjukkan metabolisme aerob dan metabolisme anaerob. Jika perfusi miokard terus menurun, mengakibatkan terhentinya metabolisme aerob dan metabolisme anaerob juga menurun. Tahap ini merupakan tahap cedera. Jika perfusi tidak dipulihkan dalam waktu sekitar 20 menit, miokard akan nekrosis dan menyebabkan kerusakan yang ireversibel. Dampak dari kontraktilitas miokard yaitu terjadinya penurunan curah jantung, membatasi perfusi ke organ vital dan jaringan perifer dan akhirnya akan menimbulkan tanda dan gejala syok. Manifestasi klinis meliputi perubahan pada tingkat kesadaran,

sianosis, kulit dingin dan lembab, hipotensi, takikardi, dan penurunan output urin. Pasien yang pernah mengalami miokard infark akan berisiko terkena syok kardiogenik. Diawali dari penurunan curah jantung dan penurunan tekanan darah akan merangsang pelepasan hormon epinefrin dan norepinephrine yang dalam tubuh berusaha mengimbangi peningkatan denyut jantung, tekanan darah afterload yang menyebabkan kebutuhan oksigen pada miokard meningkat.

Seiring meningkatnya permintaan oksigen ke miokard mengakibatkan waktu suplai oksigen ke otot jantung menurun dan jaringan yang iskemik bisa menjadi nekrotik. Curah jantung yang rendah juga menyebabkan penurunan perfusi ginjal yang merangsang pelepasan renin dan angiotensin dan menyebabkan vasokonstriksi. Selain itu, pelepasan hormon aldosteron dan antidiuretik meningkatkan reabsorpsi natrium dan air, meningkatkan preload dan akhirnya beban kerja miokardium meningkat.

Iskemia menurunkan kemampuan miokardium untuk berkontraksi secara efisien. Oleh karena itu pada pasien dengan NSTEMI, peningkatan preload mempercepat ketegangan pada miokardium yang kekurangan oksigen dan menurunkan curah jantung lebih lanjut dan menyebabkan pasien gagal jantung. Obat – obatan seperti nitrogliserin, morfin, dan b-blocker bertindak untuk mengurangi preload bersamaan dengan penghambat enzim pengubah angiotensin (ACE) (Kristen, 2010).

2.2.5 Diagnosa Banding

Adapun diagnosa banding dari NSTEMI, sebagai berikut:

1. Stroke
2. Gagal jantung

3. Infeksi pneumonia viral atau bakterial akut (PERKI, 2020).

2.2.6 Komplikasi

Beberapa komplikasi yang timbul pada kasus NSTEMI, antara lain:

1. Edema paru akut
2. Henti jantung
3. Kematian (Elfi, 2015).

2.2.7 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada kasus NSTEMI antara lain:

1. EKG

Karakteristik abnormalitas gambaran EKG yang ditemui pada NSTEMI adalah depresi segmen ST atau elevasi transient dan atau perubahan pada gelombang T (inversi gelombang T, gelombang T yang datar, gelombang T pseudo-normal)

2. Laboratorium

- Sistem hemtologik: hemoglobin, hematokrit, LED, leukosit (10.000-20.000) biasanya tampak pada hari kedua berhubungan dengan proses inflamasi, eritrosit, trombosit, dan lain-lain.
- Serum isoenzim kardiak: CK-MB, CK meningkat pada 6-8 jam setelah awitan infark dan memuncak antara 24 dan 28 jam pertama. Pada 2-4 hari setelahnya baru kembali normal. CPK, SGOT, LDH mulai tampak pada serum setelah 24 jam pertama dan akan tinggi selama 7-10 hari, dan troponin I dan troponin T mempunyai nilai prognostik yang lebih baik daripada CKMB.
- Serum lipid: kolesterol total, Low Density Lipoprotein, High Density Lipoprotein, trigliserida.

- Faal hemostatis (tes koagulasi): waktu protrombin dan waktu parsial tromboplastin (pre dan pasca terpa fibrinolitik atau antikoagulan)
- Arterial Blood Gasses (ABG): pH, PaCO₂, PaO₂, HCO₃, saturasi oksigen, Base Excess.
- Tes fungsi hati: SGOT, bilirubin, urobilin.
- Tes fungsi ginjal: Blood Urea Nitrogen/ureum, kreatinin (creatinine), asam urat (uric acid).
- Kimia darah: kadar gula darah (acak, puasa, dan 2 jam post prandial)
- Elektrolit: kalium (K⁺), natrium, kalsium, klorida, fosfor.
- Urine analisis: reduksi, sedimentasi
- Serum katekolamin.
- Kultur darah.

3. Rontgen thorax

Dilakukan untuk menentukan ukuran, silhouette, dan posisi jantung. Mungkin normal atau menunjukkan pembesaran jantung diduga gagal jantung kongestif atau aneurisma ventrikuler.

4. CT scan paru (PERKI, 2020).

2.2.8 Penatalaksanaan

1. Penatalaksanaan Medis

Prinsip penatalaksanaan NSTEMI adalah mengembalikan aliran darah koroner dengan trombolitik atau PTCA primer untuk menyelamatkan jantung dari infark miokard, membatasi luasnya infark dan mempertahankan fungsi jantung.

Tahap awal penatalaksanaan pasien NSTEMI:

a. Oksigenasi

Terapi oksigen dapat membatasi kekurangan oksigen pada miokard yang mengalami cedera serta menurunkan beratnya ST-elevasi. Ini dilakukan sampai dengan pasien stabil dengan level oksigen 2-3 liter/menit dengan nasal kanul.

b. Nitrogliserin (NTG)

NTG digunakan pada klien yang tidak hipotermi. Mula-mula secara sublingual (SL) (0,3-0,6 mg), atau sprai aerosol. Bila sakit dada tetap ada setelah 3x NTG setiap 5 menit dilanjutkan dengan drip intravena 5-10 µg/menit (jangan lebih 200 µg/menit) dan tekanan darah sistolik jangan kurang dari 100 mmHg. Manfaatnya ialah memperbaiki pengiriman oksigen ke miokard, menurunkan kebutuhan oksigen di miokard, menurunkan beban awal (preload) sehingga mengubah tegangan dinding ventrikel, dilatasi arteri koroner besar dan memperbaiki aliran kolateral, serta menghambat agregasi platelet.

c. Morfin

Morfin diberikan untuk mengurangi kecemasan dan kegelisahan, mengurangi nyeri akibat iskemia, meningkatkan kapasitas vena (venous capacitance), menurunkan tahanan pembuluh sistemik, nadi dan tekanan darah juga menurun, sehingga preload dan afterload menurun, beban miokard berkurang, pasien tenang tidak kesakitan. Dosis 2-4 mg intravena sambil memperhatikan efek samping mual, bradikardia, dan depresi pernapasan.

d. Aspirin

Aspirin harus diberikan kepada pasien NSTEMI jika tidak ada kontraindikasi (ulkus gaster, asma bronkial). Efeknya ialah menghambat siklooksigenasi-1 dalam platelet dan mencegah pembentukan tromboksan-A₂. Kedua hal tersebut menyebabkan agregasi platelet dan konstiksi arterial.

e. Antitrombolitik (Clopidogrel, Ticlopidine)

Derivat tinopiridinini menghambat agregasi platelet, memperpanjang waktu perdarahan, dan menurunkan viskositas darah dengan cara menghambat aksi ADP (adenosine diphosphate) pada reseptor platelet sehingga menurunkan kejadian iskemi. Ticlopidin bermakna dalam menurunkan 46% kematian vaskular dan nonfatal infark miokard. Dapat dikombinasi dengan Aspirin untuk pencegahan trombosis dan iskemia berulang pada pasien yang telah mengalami implantasi stent koroner (Aspiani, 2014).

2. Penatalaksanaan Keperawatan

a. Menghilangkan nyeri

Menghilangkan nyeri dada merupakan prioritas utama pada pasien dengan NSTEMI, dan terapi medis diperlukan untuk mencapai tujuan tersebut, sehingga penatalaksanaan nyeri dada merupakan usaha kolaborasi dokter dengan perawat.

b. Istirahat fisik

Bedrest dengan posisi semi fowler atau menggunakan cardiac chair dapat mengurangi nyeri dada dan dispnea. Posisi kepala yang lebih tinggi sangat bermanfaat bagi pasien karena volume tidal dapat diperbaiki karena tekanan

isi abdomen terhadap diafragma berkurang sehingga pertukaran gas dapat lebih baik, drainase lobus atas paru lebih baik serta aliran balik vena ke jantung (preload) berkurang sehingga mengurangi kerja jantung (Smeltzer and Bare, 2017).

c. Memperbaiki fungsi respirasi

Pengkajian fungsi pernafasan yang teratur dan teliti dapat membantu perawat mendeteksi tanda-tanda awal komplikasi yang berhubungan dengan paru. Perhatian yang mendalam mengenai status volume cairan dapat mencegah overload jantung dan paru.

d. Mengurangi kecemasan

Membina hubungan saling percaya dalam perawatan pasien sangat penting untuk mengurangi kecemasan. Rasa diterima dan diperhatikan akan membantu pasien mengetahui bahwa perasaan seperti itu masuk akal dan normal, sehingga diharapkan dapat mengurangi kecemasannya (Darliana, 2011).

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

Proses keperawatan adalah suatu sistem dalam merencanakan pelayanan asuhan keperawatan yang mempunyai lima tahapan yaitu pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Proses pemecahan masalah yang sistemik dalam memberikan pelayanan keperawatan serta dapat menghasilkan rencana keperawatan yang menerangkan kebutuhan setiap pasien seperti yang tersebut di atas yaitu melalui empat tahapan keperawatan (Muttaqin, 2011).

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien. Data yang dikumpulkan dalam pengkajian ini meliputi unsur bio-psiko-sosio-spiritual. Dalam proses pengkajian ada 2 tahap yang perlu dilalui yaitu pengumpulan data dan analisa data (Muttaqin, 2011).

a. Pengumpulan Data

Pada tahap ini merupakan kegiatan dalam menghimpun informasi (data-data) dari pasien yang meliputi unsur bio-psiko-spiritual yang komprehensif secara lengkap dan relevan untuk mengenal pasien agar dapat memberikan arahan kepada tindakan keperawatan.

1) Identitas

Hal yang perlu disampaikan pada saat pengkajian yaitu nama, usia, jenis kelamin, alamat, suku, agama, nomor register, pendidikan, tanggal MRS, serta pekerjaan yang berhubungan dengan stress atau sebab dari lingkungan yang tidak menyenangkan. Identitas tersebut digunakan untuk membedakan antara pasien yang satu dengan yang lain dan untuk menentukan risiko penyakit jantung koroner yaitu laki-laki usia di atas 35 tahun dan wanita lebih dari 50 tahun. Laki-laki memiliki risiko lebih besar terkena serangan jantung dan kejadiannya lebih awal daripada wanita. Morbiditas penyakit PJK pada laki-laki dua kali lebih besar dibandingkan dengan wanita dan kondisi ini terjadi hampir 10 tahun lebih dini pada laki-laki daripada perempuan. Karena wanita mempunyai hormon estrogen endogen yang bersifat protektif pada perempuan, namun setelah menopause insiden

PJK meningkat dengan pesat dan memiliki risiko yang sama dengan laki-laki (Shoemaker, 2011).

2) Keluhan Utama

Keluhan utama yaitu penyebab pasien masuk rumah sakit yang dirasakan saat dilakukan pengkajian yang ditulis dengan singkat dan jelas. Keluhan pada gagal jantung bisa terjadi nyeri pada dada, sesak napas, sesak napas saat beraktivitas, badan terasa lemas, batuk tidak kunjung sembuh, berdahak sampai berdarah, nafsu makan menurun, bengkak pada kaki.

3) Riwayat Penyakit Sekarang

Merupakan alasan dari awal pasien merasakan keluhan sampai akhirnya dibawa ke rumah sakit dan pengembangan dari keluhan utama dengan menggunakan PQRST.

P (Provokative/Palliative): apa yang menyebabkan gejala bertambah berat dan apa yang dapat mengurangi gejala.

Q (Quality/Quantity): apa gejala yang dirasakan pasien, dan sejauh mana gejala itu dirasakan.

R (Region/Radiation): di area mana gejala yang dirasakan dan apakah menyebar, yang harus dilakukan untuk mengurangi dan menghilangkan rasa tersebut.

S (Saferity/Scale): berapa skala gejala yang dirasakan

T (Timing): berapa lama gejala yang dirasakan.

4) Riwayat Penyakit Dahulu

Pada tahap ini hal yang perlu dikaji yaitu menanyakan masalah adanya riwayat penyakit jantung, hipertensi, perokok berat, riwayat gagal jantung, kerusakan katub jantung bawaan, diabetes mellitus dan infark miokard kronis.

5) Riwayat Penyakit Keluarga

Hal yang perlu dikaji dalam keluarga pasien, adakah yang menderita penyakit asma, penyakit jantung, gagal jantung, hipertensi.

6) Riwayat Alergi

Apakah pasien mempunyai riwayat alergi pada jenis obat-obatan atau makanan tertentu.

7) Pemeriksaan Fisik

Adapun pemeriksaan fisik yang dapat dilakukan antara lain: (Muttaqin, 2011)

a) *Breathing* (B1)

Pasien terlihat sesak, frekuensi napas melebihi normal dan keluhan napas seperti tercekik. Biasanya juga terdapat dispnea kardia. Sesak napas terjadi akibat pengurangan tenaga dan disebabkan oleh kenaikan tekanan akhir diastolik ventrikel kiri yang meningkatkan tekanan vena pulmonalis. Hal ini terjadi karena terdapat kegagalan peningkatan curah darah ventrikel kiri pada saat melakukan kegiatan fisik. Dispnea kardia dapat timbul pada waktu beristirahat bila keadaannya sudah parah.

b) *Blood* (B2)

Inspeksi: adanya jaringan parut pada dada pasien. Keluhan lokasi nyeri biasanya di area substernal atau nyeri di atas perikardium. Penyebaran nyeri dapat meluas di dada. Palpasi: denyut nadi perifer melemah. Auskultasi: tekanan darah biasanya menurun akibat penurunan volume sekuncup yang disebabkan infark miokard akut. Bunyi jantung tambahan akibat kelainan katup biasanya tidak ditemukan pada infark miokard akut tanpa komplikasi. Perkusi: tidak ada pergeseran batas jantung.

c) *Brain* (B3)

Kesadaran umum pasien biasanya *compos mentis*. Tidak didapatkan sianosis perifer. Pengkajian objektif pasien berupa adanya wajah meringis, perubahan postur tubuh, menangis, merintih, meregang dan menggeliat.

d) *Bladder* (B4)

Pengukuran volume keluaran urine berhubungan dengan asupan cairan pasien, oleh karena itu perawat perlu memantau adanya oliguria karena merupakan tanda awal dari syok kardiogenik.

e) *Bowel* (B5)

Kaji pola makan pasien apakah sebelumnya terdapat peningkatan konsumsi garam dan lemak. Adanya nyeri akan memberikan respon mual dan muntah. Palpasi abdomen didapatkan nyeri tekan pada keempat kuadran. Penurunan peristaltik usus merupakan tanda kardia.

f) *Bone* (B6)

Hasil yang biasanya terdapat pada pemeriksaan B6 adalah aktivitas pasien biasanya mengalami perubahan, pasien sering merasa kelemahan, kelelahan, tidak dapat tidur, pola hidup menetap, jadwal olahraga tak teratur, takikardia, dispnea pada saat istirahat atau aktivitas, dan kesulitan melakukan tugas perawatan diri.

b. Analisa Data

Data yang sudah terkumpul selanjutnya dilakukan analisis serta sintesis data. Dalam mengelompokkan data dibedakan atas data subyektif dan data obyektif serta berpedoman pada teori Abraham Maslow yang terdiri atas:

1) Kebutuhan dasar atau fisiologis

- 2) Kebutuhan rasa aman
- 3) Kebutuhan cinta dan kasih sayang
- 4) Kebutuhan harga diri
- 5) Kebutuhan aktualisasi diri

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut (Agusti, 2019) diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus NSTEMI adalah sebagai berikut:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (iskemia jaringan sekunder terhadap sumbatan arteri yang ditandai dengan: penurunan curah jantung)
- b. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas (perubahan faktor listrik, penurunan karakteristik miokard).
- c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antar suplai dan kebutuhan oksigen (adanya iskemia/nekrosis jaringan miokard).
- d. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler (gangguan aliran darah ke alveoli atau kegagalan utama paru).

3. Perencanaan

Adapun rencana keperawatan menurut panduan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018):

a. Diagnosa keperawatan 1:

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (iskemia jaringan sekunder terhadap sumbatan arteri yang ditandai dengan: penurunan curah jantung) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

Tujuan: tingkat nyeri menurun dalam waktu 3 x 24 jam

Kriteria hasil:

Keluhan nyeri menurun, kesulitan tidur menurun, frekuensi nadi membaik, pola napas membaik, tekanan darah membaik, nafsu makan membaik, pola tidur membaik (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019).

Intervensi keperawatan:

- Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
Rasional: untuk mengetahui tingkat nyeri pasien.
- Identifikasi respons nyeri non verbal
Rasional: untuk mengetahui tingkat ketidaknyamanan dirasakan oleh pasien
- Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
Rasional: untuk mengurangi faktor yang dapat memperburuk nyeri yang dirasakan pasien.
- Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misal suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
Rasional: untuk mengurangi tingkat ketidaknyamanan yang dirasakan pasien
- Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (seperti teknik relaksasi)
Rasional: agar pasien mampu menggunakan teknik nonfarmakologis dalam manajemen nyeri yang dirasakan.
- Kolaborasi pemberian analgetik
Rasional: pemberian analgetik dapat mengurangi rasa nyeri

b. Diagnosa Keperawatan 2

Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas (perubahan faktor listrik, penurunan karakteristik miokard) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

Tujuan: curah jantung meningkat dalam waktu 3 x 24 jam

Kriteria hasil:

Bradikardia menurun, gambaran EKG aritmia menurun, edema menurun, lelah menurun, dispnea menurun, tekanan darah membaik (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019).

Intervensi keperawatan:

- Monitor tekanan darah

Rasional: pada kelainan jantung peningkatan tekanan darah bisa terjadi kapanpun

- Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung

Rasional: untuk mengetahui gejala timbulnya penurunan curah jantung

- Monitor intake dan output cairan

Rasional: untuk mengetahui balance cairan pasien

- Monitor saturasi oksigen

Rasional: mengetahui besarnya kadar oksigen dalam aliran darah.

- Monitor keluhan nyeri dada

Rasional: dapat memberikan penanganan yang tepat guna mengurangi rasa nyeri

- Monitor aritmia

Rasional: untuk mengetahui hasil rekam jantung apakah masih mengalami aritmi atau tidak

- Posisikan semi Fowler atau fowler dengan kaki di bawah atau posisi nyaman

Rasional: mengurangi rasa sesak

- Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen > 94%

Rasional: meningkatkan sediaan oksigen untuk kebutuhan miokard

- Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi

Rasional: untuk mengurangi kelelahan

- Kolaborasi pemberian antiaritmia

Rasional: pemberian antiaritmia dapat mencegah terjadinya aritmia

c. Diagnosa Keperawatan 3

Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antar suplai dan kebutuhan oksigen (adanya iskemia/nekrosis jaringan miokard) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

Tujuan: toleransi aktivitas meningkat dalam waktu 3 x 24 jam

Kriteria hasil:

Frekuensi nadi meningkat, saturasi oksigen meningkat, keluhan lelah menurun, dispnea saat aktivitas menurun, dispnea setelah aktivitas menurun, aritmia saat aktivitas menurun, tekanan darah membaik, frekuensi napas membaik, EKG iskemia membaik (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019).

Intervensi keperawatan:

- Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan

Rasional: membantu menentukan derajat kesulitan terhadap keadaan yang dialami

- Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus

Rasional: untuk meningkatkan kualitas istirahat dan proses pemulihan kondisi pasien

- Anjurkan tirah baring

Rasional: meningkatkan kenyamanan istirahat

- Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan

Rasional: mempercepat proses penyembuhan

d. Diagnosa Keperawatan 4

Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler (gangguan aliran darah ke alveoli atau kegagalan utama paru) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

Tujuan: pertukaran gas meningkat dalam waktu 3 x 24 jam

Kriteria hasil:

Dispnea menurun, bunyi napas tambahan menurun, pusing menurun, napas cuping hidung menurun, PCO_2 membaik, PO_2 membaik, pola napas membaik (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019).

Intervensi keperawatan:

- Monitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya napas

Rasional: mengetahui keabnormalan dari frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya napas

- Monitor pola napas

Rasional: mengetahui adanya perubahan pola napas atau tidak

- Dokumentasikan hasil pemantauan

Rasional: untuk mengetahui hasil evaluasi tindakan yang sudah dilakukan

- Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan

Rasional: menjelaskan kepada pasien dan keluarga mengenai tujuan dan prosedur pemantauan

4. Pelaksanaan

Pelaksanaan rencana keperawatan adalah tindakan yang diberikan kepada pasien sesuai dengan rencana keperawatan yang telah ditetapkan tergantung pada situasi dan kondisi pasien saat ini.

Pada diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dilakukan tindakan keperawatan dalam waktu 3 x 24 jam dengan intervensi identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi respons nyeri non verbal, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misal suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan), ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, kolaborasi pemberian analgetik.

Pada diagnosa keperawatan penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas dilakukan tindakan keperawatan dalam waktu 3 x 24 jam dengan intervensi monitor tekanan darah, identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung, monitor intake dan output cairan, monitor saturasi oksigen, monitor keluhan nyeri dada, monitor aritmia, posisikan semi Fowler atau fowler dengan kaki di bawah atau posisi nyaman, berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen > 94%, anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi, kolaborasi pemberian antiaritmia.

Pada diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antar suplai dan kebutuhan oksigen dilakukan tindakan

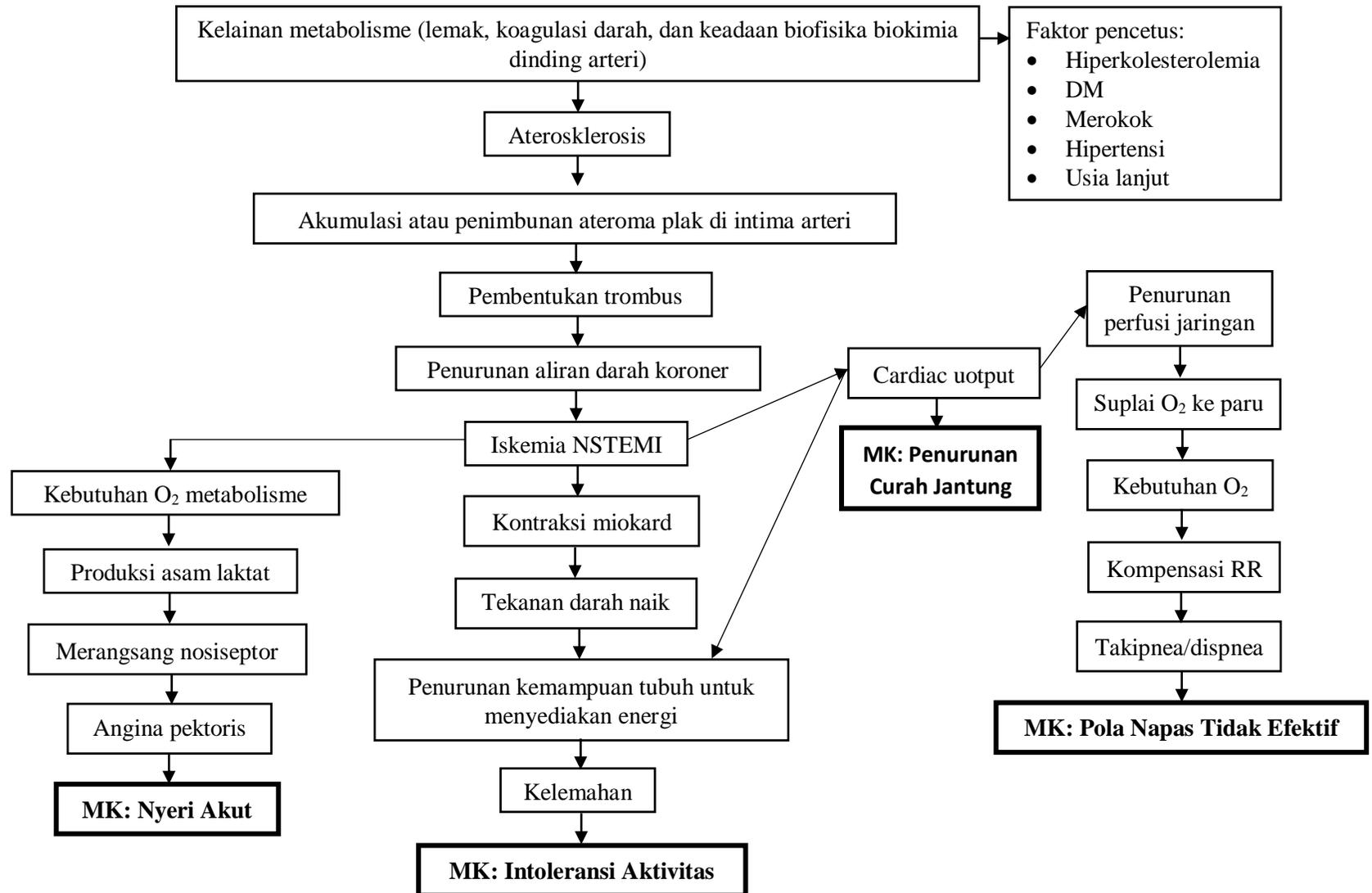
keperawatan dalam waktu 3 x 24 jam dengan intervensi identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus, anjurkan tirah baring, kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.

Pada diagnosa keperawatan gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler dilakukan tindakan keperawatan dalam waktu 3 x 24 jam dengan intervensi monitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya napas, monitor pola napas, dokumentasikan hasil pemantauan, jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan.

5. Evaluasi

Dilaksanakan suatu penilaian terhadap asuhan keperawatan yang telah diberikan atau dilaksanakan dengan berpegang teguh pada tujuan yang ingin dicapai. Pada bagian ini ditentukan apakah perencanaan sudah tercapai atau belum, dapat juga timbul masalah baru. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan nyeri akut teratasi, penurunan curah jantung meningkat, perfusi perifer tidak efektif teratasi, intoleransi aktivitas teratasi, gangguan pertukaran gas teratasi, dan ansietas teratasi.

2.4 Kerangka Masalah



Gambar 2.1 Kerangka Masalah
Sumber: Muhammad Deri Ramadhan, 2016

2.5 Konsep ICCU

ICCU (Intensive Cardiac Care Unit) merupakan unit perawatan intensif untuk penyakit jantung, terutama penyakit jantung koroner, serangan jantung gangguan irama jantung yang berat, gagal jantung. Perawat pada ruang intensif harus mampu melakukan interpretasi hasil perekaman Elektrokardiogram (EKG) meliputi gangguan konduksi, gangguan irama jantung dan gangguan miokardial.

ICCU sebetulnya sama dengan ICU namun khusus untuk gangguan jantung. Beberapa kondisi yang bisa ditangani di ICCU adalah jantung koroner, serangan jantung, gangguan irama jantung yang berat, dan gagal jantung. ICCU menjadi bagian dari pusat pelayanan jantung dan pembuluh darah di beberapa rumah sakit. Sebagai fasilitas yang diprioritaskan untuk pasien dengan komplikasi penyakit kardiovaskuler, pasien ICCU biasanya dalam kondisi tidak stabil dan butuh penanganan serta perhatian ekstra dari tenaga medis.

Fasilitas sebagai layanan kesehatan paripurna, RSUD Haji Surabaya memiliki ruang khusus yang diperuntukkan bagi pasien dengan ruang perawatan intensive jantung (ICCU) yang didukung oleh tenaga medis/dokter dan perawat yang berkompeten dan terlatih. Ruang ICCU dilengkapi dengan fasilitas memadai.

1. 6 bed standart ICCU
2. Ventilator
3. Patient monitor
4. Defibrilator
5. Suction
6. Infus pump
7. Syringe pump

8. Alat ventilasi manual
9. Oksigen sentral
10. Nebulizer
11. Elektrokardiografi

Adapun kriteria pasien dirawat di ruang ICCU adalah pasien dari IGD dan ruang rawat inap dengan kriteria:

1. Pasien yang memerlukan intervensi medis yang segera oleh tim intensive care.
2. Pasien yang memerlukan pengelolaan fungsi sistem organ tubuh secara terkoordinasi dan secara berkelanjutan sehingga dapat dilakukan pengawasan yang secara terus menerus.
3. Pasien sakit kritis yang memerlukan pemantauan kontinyu dan tindakan segera untuk mencegah timbulnya dekompensasi fisiologis, yang termasuk ke dalam sakit kritis yaitu penyakit jantung koroner.

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Pada bab ini akan disajikan hasil pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis NSTEMI dimulai dari tahap pengkajian, diagnosa, perencanaan dan evaluasi pada tanggal 28 April 2021 sampai dengan 30 April 2021 di ruang ICCU RSUD Haji Surabaya dengan data sebagai berikut:

3.1 Pengkajian

Data pengkajian ini dilakukan oleh penulis pada tanggal 28 April 2021 pada jam 11.00 WIB. Pengkajian ini dilakukan pada pasien dengan diagnosa medis NSTEMI dengan nomor RM 90-xx-xx.

3.1.1 Identitas

Pasien bernama Tn. K berusia 66 tahun. Pasien adalah seorang laki-laki dengan status perkawinan adalah menikah. Pasien beragama Islam, pasien berasal dari suku Jawa dan berbangsa Indonesia. Pendidikan terakhir pasien adalah S1. Pasien berdomisili di Surabaya dan tinggal bersama anaknya.

3.1.2 Keluhan Utama

Sesak napas, pada tanggal 28 April 2021 pukul 11.00 WIB.

3.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang

Pada tanggal 21 April 2021 pukul 07.30 pasien mengeluh nyeri dada disertai sesak kurang lebih 3 hari, kemudian oleh keluarga dibawa menuju IGD RSUD Haji Surabaya, dan dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 140/70 mmHg, nadi 113 x/menit, suhu

37,8°C, RR 24 x/menit, SpO₂ 95%, pasien mendapat tindakan pemasangan infus NaCl 3% dan oksigen nasal kanul 4 lpm. Pada saat di IGD pasien harus melakukan skrining test swab PCR dan hasilnya reaktif. Kemudian pukul 10.00 pasien dipindahkan ke ruang A6 untuk isolasi kurang lebih selama 1 minggu. Setelah isolasi selama 1 minggu di ruang A6 kondisi pasien semakin memburuk dengan keluhan yang sama yaitu sesak, badan terasa lemas, dan diare selama 3 hari, sehingga pasien membutuhkan perawatan intensif. Satu hari sebelum pasien dipindahkan dari ruang A6 ke ruang ICCU tepatnya pada tanggal 27 April 2021 pasien mendapat terapi injeksi levofloxacin 750ml (IV), injeksi hidonac 1200ml (IV), injeksi asam traneksamat 500ml (IV), injeksi lansoprazole 30mg (IV), injeksi furosemide 10ml (IV), atorvastatin 20mg, CPG 75mg, ISDN 5mg, ramipril 2,5mg, concor 1,25mg, asam folat 1mg, biodiar 630mg, KSR 600mg, vitamin c 250mg, dan dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 110/60 mmHg, nadi 109 x/menit, suhu 36,2°C, RR 25 x/menit, SpO₂ 97%. Pada tanggal 28 April 2021 pukul 10.30 dokter memutuskan pasien untuk dipindahkan ke ruang ICCU untuk mendapatkan perawatan intensif dan observasi lebih lanjut. Pada saat pasien akan dipindahkan ke ruang ICCU pasien sudah diberikan tindakan pemasangan infus NaCl 3% 500 cc/24 jam, oksigen nasal kanul 4 lpm, dan tampak terpasang foley cateter. Pukul 11.00 pada tanggal 28 April 2021 dilakukan pengkajian dengan hasil pasien mengeluh sesak, sulit menelan, badan terasa lemas, pusing, nafsu makan menurun.

3.1.4 Riwayat Penyakit Dahulu

Keluarga mengatakan bahwa Tn. K mempunyai riwayat penyakit stroke pada tahun 2016 dan telah menjalani terapi dari dokter. Kondisi pasien saat ini untuk kegiatan sehari-hari dibantu oleh keluarga tetapi pasien dapat duduk sedangkan untuk aktivitas berjalan pasien menggunakan bantuan kursi roda dan kegiatan makan pasien menggunakan selang NGT.

3.1.5 Riwayat Alergi

Keluarga mengatakan bahwa Tn. K tidak memiliki alergi apapun baik obat-obatan maupun makanan.

3.1.6 Keadaan Umum

Pasien tampak lemah

3.1.7 Status Kesadaran

Kesadaran composmentis, GCS (E:4, V:5, M:6)

3.1.8 Tanda-Tanda Vital

Tekanan darah: 107/53 mmHg, Nadi: 110 x/menit, suhu: 36,5°C, RR: 25 x/menit, SpO₂ 97%.

3.1.9 Pemeriksaan Fisik

1. B1 (*Breathing*)

Pola napas takipnea, pasien tampak menggunakan pernapasan cuping hidung, pernapasan dangkal, pasien tampak terpasang oksigen nasal kanul 4 lpm, tidak ada gurgling, tidak ada sumbatan, tidak terdengar bunyi napas tambahan, tidak terpasang ETT, tidak batuk, tidak sianosis, pergerakan dada simetris, RR= 25 x/menit, SpO₂= 97%, tidak terdapat sputum, tidak menggunakan otot bantu napas.

Masalah Keperawatan: Pola Napas Tidak Efektif (SDKI, hal. 26)

2. B2 (*Blood*)

Akral teraba hangat dan kering, nadi teraba irreguler (takikardi), nadi 110 x/menit, CRT= < 3 detik, tekanan darah 107/53 mmHg, suhu 36,5°C, pasien mengatakan sesak, pasien mengeluh badannya terasa lelah, turgor kulit cukup, sklera tidak ikterik, konjungtiva ananemis, tampak terpasang infus Pz 7 tpm 500cc/24 jam dan ISDN pump 1 mg/jam, bunyi jantung S1 S2 tunggal, tidak terdengar bunyi jantung tambahan.

Masalah Keperawatan: Penurunan Curah Jantung (SDKI, hal. 34)

3. B3 (*Brain*)

Kesadaran compos mentis, GCS 456, pasien mengeluh pusing, pasien tampak lemah, reflek cahaya +/+, pupil isokor +/+, tidak ada kejang, pasien tampak terpasang NGT.

Pemeriksaan nervus:

1. N1 (*olfactory*) : pasien dapat mencium aroman makanan
2. N2 (*optic*) : pasien dapat melihat
3. N3 (*oculomotor*) : pasien dapat menggerakkan kelopak mata
4. N4 (*trochlear*) : pasien dapat menggerakkan mata
5. N5 (*trigeminal*) : pasien kesulitan mengunyah
6. N6 (*abducens*) : pasien dapat menggerakkan bola mata
7. N7 (*facial*) : pasien dapat mengekspresikan wajah
8. N8 (*vestibulocochlear*) : pasien dapat mendengar
9. N9 (*glossopharyngeal*) : pasien tidak dapat mengecap
10. N10 (*vagus*) : pasien kesulitan menelan

11. N11 (*spinal accessory*) : pasien kesulitan menggerakkan bahu
 12. N12 (*hypoglossal*) : pasien dapat menggerakkan lidah

Masalah Keperawatan: Gangguan Menelan (SDKI, hal. 142)

4. B4 (*Blader*)

Pasien nampak terpasang *Foley catheter*, tidak ada distensi kandung kemih, tidak ada inkontinensia urin, tidak ada nyeri, tidak ada retensi urin, tidak ada hematuria.

Intake:

- Enteral : 1900 cc/hari
 Parenteral : 595 cc/hari +
 Total intake : 2495 cc

Output:

- Urine : 2500 cc/hari
 IWL : 10 x 60kg = 600 cc +
 Total output : 3100 cc

$$\begin{aligned} \text{Balance cairan} &= \text{Total intake} - \text{total output} \\ &= 2495 \text{ cc} - 3100 \text{ cc} \\ &= - 605 \text{ cc (Efek pemberian terapi Furosemide)} \end{aligned}$$

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

5. B5 (*Bowel*)

Pasien tampak mual saat makan, mukosa mulut kering, pasien merasa kesulitan dalam menelan makanan, pasien menolak makan, tidak ada nyeri

abdomen, BAB= 2 x/hari, konsistensi padat, tidak ada konstipasi, diet sonde 1900 kalori melalui selang NGT pada tanggal 28 April 2021 sampai dengan 29 April 2021, pemberian diet bubur kasar blender 6 x 200 pada tanggal 30 April 2021, tidak ada ascites, tidak kembung.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

6. B6 (*Bone*)

Pasien mengeluh sulit menggerakkan tangan dan kakinya, warna kulit sawo matang, tidak ada luka, tidak ada fraktur, tidak ada perdarahan, turgor kulit cukup, tampak edema di kedua kaki kanan kiri, kelemahan ekstremitas atas dan bawah, aktivitas dibantu keluarga.

Kekuatan otot:

3 3 3 3	3 3 3 3
2 2 2 2	2 2 2 2

Keterangan:

0: Tidak terdapat kontraksi

1: Hanya terdapat kontraksi otot

2: Ada pergerakan, tidak mampu melawan gaya gravitasi

3: Ada pergerakan, hanya dapat mengatasi gaya gravitasi

4: Mampu melawan gravitasi, dan melawan sedikit tahanan

5: Mampu melawan gravitasi, dan melawan tahanan yang maksimal

Masalah Keperawatan : Gangguan Mobilitas Fisik (SDKI, hal. 124)

3.1.10 Pemeriksaan Penunjang

1. Laboratorium

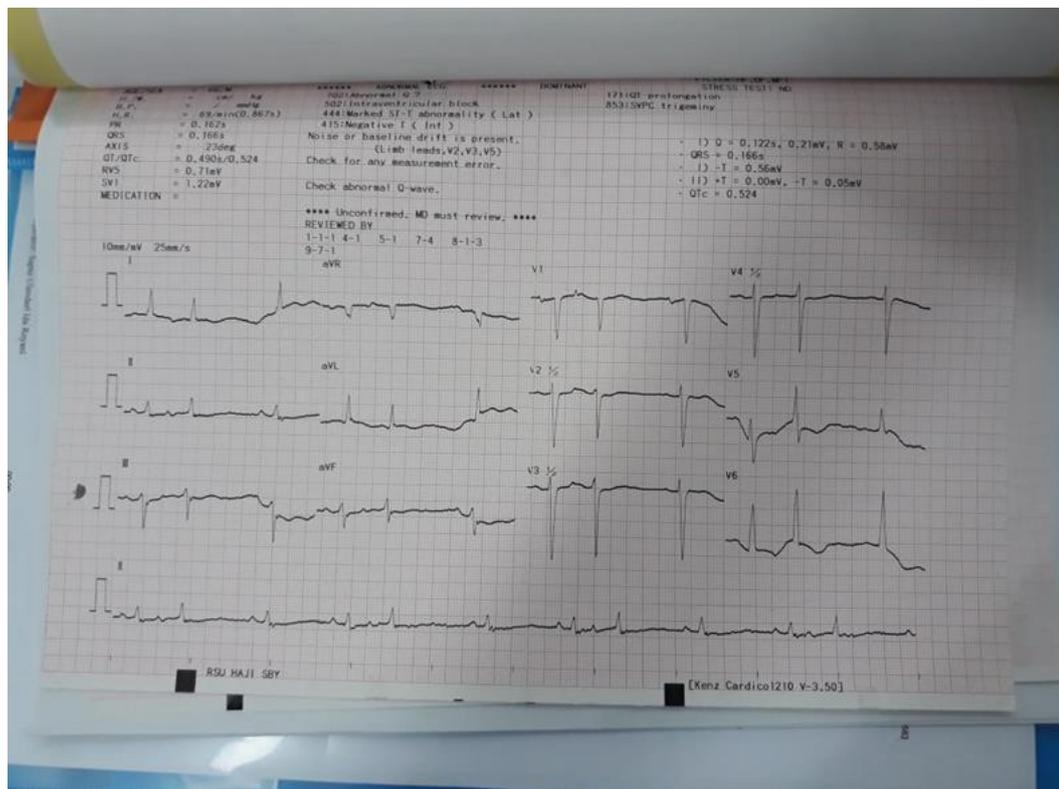
Tabel 3.1 Lembar Pemeriksaan Laboratorium Tn. K dengan Diagnosa Medis NSTEMI di Ruang ICCU RSUD Haji Surabaya

Hari/Tanggal	Jenis Pemeriksaan	Hasil		
27/04/2021	Hematologi FH (RJ) PPT ↑ APTT INR	12,6 26,3 1,13	9,3-11,4 24,5-32,8 0,8-1,2	Detik Detik
	Lain-lain PROCALCITONIN* PROCALCITONIN ↑	0,57 (11 x N)	0,046/< 0,05	ng/mL
	D-dimer* D-dimer (Q-may) ↑ - FDP (Q-may) - Rasio FDP/D-dimer	1,2 1,8 1,5	< 1 < 5	µg/ml µg/ml
	Hematologi DARAH LENGKAP Hb Lekosit Trombosit ↓ Hematokrit	13,2 9,960 133,000 37,6	12,8-16,8 4,50-13,50 150-440 33-45	g/dL /mm ³ /mm ³ %
	28/04/2021	Hematologi DARAH LENGKAP Hb Lekosit Trombosit ↓ Hematokrit	13,7 10,380 148,0 40,5	12,8-16,8 4.50-13.50 150,0-440 33-45
	Kimia Klinik GDA BUN ↑ Creatinin serum ↑	72 30 1,4	50-140 6-20 < 1,2	mg/dl mg/dl mg/dl
	K/NA/CL Kalium ↓ Natrium ↑ Chlorida ↑	2,9 147 107	3,6-5,0 136-145 96-106	mmol/L mmol/L mmol/L
	Urine URINE LENGKAP Bj pH Nitrit Protein Glukosa	1,020 5,0 NEGATIF 75 mg/dl NORMAL	Negatif Negatif Normal	mg/dl mg/dl mg/dl

	Keton	15 mg/dl	Negatif	mg/dl
	Urobilin	NORMAL	Normal	mg/dl
	Bilirubin	NEGATIF	Negatif	mg/dl
	Sedimen Ery	30 – 40	0 – 1	plp
	Leko	10 – 15	0 – 1	plp
	Cylind	NEGATIF	Negatif	plp
	Epithel	3 – 5	0-1	plp
	Bact	POSITIF	Negatif	plp
	Cryst	NEGATIF	Negatif	plp
	Lain-lain	NEGATIF	Negatif	plp

2. EKG

- a. Hasil EKG Tn. K pada tanggal 28 April 2021 pukul 11.05 di ICCU RSU Haji Surabaya



Gambar 3.1 EKG

Sumber: Rekam Medis ICCU RSU Haji Surabaya

Keterangan: Hasil bacaan EKG irama sinus aritmia HR= 115 – 167 x/menit

3. Foto Thorax

Hasil foto thorax Tn. K pada tanggal 27 April 2021 pukul 14.00 WIB di Ruang A6
RSU Haji Surabaya



Gambar 3.2 Foto Thorax
Sumber: Rekam Medis ICCU RSU Haji Surabaya
Keterangan: Hasil cardiomegali, CTR 62,1%

3.1.11 Lembar Pemberian Terapi

Tabel 3.2 Lembar Pemberian Terapi Tn. K dengan Diagnosa Medis NSTEMI di Ruang ICCU RSU Haji Surabaya

Hari/Tanggal	Terapi	Dosis	Indikasi
27/04/2021	INFUS		
	Infus Pz + KCl	25 mEq/24 jam	Mengatasi atau mencegah hipokalemia
	Infus Nacl 3%	7 tpm (500 cc/24 jam)	Mengganti cairan tubuh yang hilang
	OBAT-OBAT INJEKSI		
	Levofloxacin	750 ml (1 x 1)	Mengobati sinusitis bakteri akut
	Hidonac	1200 ml (1 x 1)	Mengobati keracunan/over dosis paracetamol
	Asam traneksamat	500 ml (3 x 1)	Menghentikan perdarahan
	Lansoprazole	30 mg (1 x 1)	Ulkus gaster dan gastroesophageal reflux
	Furosemide	10 ml (1 x 1)	Mengeluarkan kelebihan cairan dari dalam tubuh melalui urine.
	OBAT-OBAT ORAL		
	Atorvastatin	20 mg (1 x 1)	Menurunkan kolesterol jahat dan trigliserida
	CPG	75 mg (1 x 1)	Antiplatelet (obat pengencer darah)
	ISDN	5 mg (2 x 1)	Mencegah dan meredakan angina (nyeri dada)
	Ramipril	2,5 mg (1 x 1)	Mengobati hipertensi
	Concor	1,25 mg (1 x 1)	Menurunkan tekanan darah tinggi, mencegah stroke, serangan jantung
	Asam folat	1 mg (3 x 1)	Mencegah dan mengobati kadar folat yang rendah.
	Biodiar	630 mg (3 x 2)	Mengobati diare
	KSR	600 mg (1 x 1)	Mengobati atau mencegah jumlah kalium yang rendah
	Vitamin C	250 mg (2 x 1)	Memenuhi kebutuhan vitamin C di tubuh.
	28/04/2021	INFUS	
Infus Pz		7 tpm (500 cc/24 jam)	Mengganti cairan tubuh yang hilang
Infus NaCl 3%		7 tpm (500 cc/24 jam)	Mengganti cairan tubuh yang hilang

	ISDN pump	1 mg/jam	Meredakan angina (nyeri dada) akibat penyakit jantung koroner.
OBAT-OBAT INJEKSI			
	Hidonac	1200 ml (1 x 1)	Mengobati keracunan/over dosis paracetamol
	Remdesivir	100 mg (1 x 1)	Mengatasi infeksi virus Corona atau COVID-19.
	Asam traneksamat	500 ml (3 x 1)	Menghentikan perdarahan
	Injeksi levofloxacin	750 ml (1 x 1)	Mengobati sinusitis bakteri akut
	Injeksi lansoprazole	30 mg (1 x 1)	Ulkus gaster dan gastroesophageal reflux
	Calcium gluconate	100 ml (1 x 1)	Mengatasi hipokalsemia, hipermagnesemia, hiperkalemia.
	Injeksi furosemide	10 ml (1 x 1)	Mengeluarkan kelebihan cairan dari dalam tubuh melalui urine.
OBAT-OBAT ORAL			
	Atorvastatin	20 mg (1 x 1)	Menurunkan kolesterol jahat dan trigliserida
	Vitamin C	250 mg (2 x 1)	Memenuhi kebutuhan vitamin C di tubuh.
	CPG	75 mg (1 x 1)	Mencegah stroke dan serangan jantung
	Spironolactone	25 mg (1 x 1)	Menurunkan tekanan darah pada hipertensi.
	Citicoline	500 mg (2 x 1)	Meningkatkan kemampuan kognitif pada lansia
	Concor	2,5 mg (1 x 1)	Menurunkan tekanan darah tinggi, mencegah stroke, serangan jantung
	Asam folat	1 mg (3 x 1)	Mencegah dan mengobati kadar folat yang rendah.
	Biodiar	630 mg (3 x 2)	Mengobati diare
	Nitrokaf retard	2,5 mg (1 x 1)	Membantu mengobati nyeri mendadak pada bagian dada (angina)
	ISDN	5 mg (2 x 1)	Mencegah dan meredakan angina (nyeri dada)
	Ramipril	2,5 mg (1 x 1)	Mengobati hipertensi

	KSR	600 mg (1 x 1)	Mengobati atau mencegah jumlah kalium yang rendah
29/04/2021	INFUS		
	Infus Pz + KCl	25 mEq/24 jam	Mengatasi atau mencegah hipokalemia
	OBAT-OBAT INJEKSI		
	Hidonac	1200 ml (1 x 1)	Mengobati keracunan/over dosis paracetamol
	Asam traneksamat	500 ml (3 x 1)	Menghentikan perdarahan
	Levofloxacin	750 ml (1 x 1)	Mengobati sinusitis bakteri akut
	Lansoprazole	30 mg (1 x 1)	Ulkus gaster dan gastroesophageal reflux
	Calcium gluconate	100 ml (1 x 1)	Mengatasi hipokalsemia, hipermagnesemia, hiperkalemia.
	Injeksi furosemide	10 ml (1 x 1)	Mengeluarkan kelebihan cairan dari dalam tubuh melalui urine.
	OBAT-OBAT ORAL		
	Atorvastatin	20 mg (1 x 1)	Menurunkan kolesterol jahat dan trigliserida
	Vitamin C	250 mg (2 x 1)	Memenuhi kebutuhan vitamin C di tubuh.
	CPG	75 mg (1 x 1)	Mencegah stroke dan serangan jantung
	Citicoline	500 mg (2 x 1)	Meningkatkan kemampuan kognitif pada lansia
	Concor	1,25 mg (1 x 1)	Menurunkan tekanan darah tinggi, mencegah stroke, serangan jantung
	Asam folat	1 mg (3 x 1)	Mencegah dan mengobati kadar folat yang rendah.
	Nitrokaf retard	2,5 mg (1 x 1)	Membantu mengobati nyeri mendadak pada bagian dada (angina)
	ISDN	5 mg (2 x 1)	Mencegah dan meredakan angina (nyeri dada)
	Ramipril	2,5 mg (1 x 1)	Mengobati hipertensi
	KSR	600 mg (1 x 1)	Mengobati atau mencegah jumlah kalium yang rendah
30/04/2021	INFUS		
	Infus Pz + KCl	375 mEq/24 jam	Mengatasi atau mencegah hipokalemia

OBAT-OBAT INJEKSI		
Hidonac	1200 ml (1 x 1)	Mengobati keracunan/over dosis paracetamol
Asam traneksamat	500 ml (3 x 1)	Menghentikan perdarahan
Levofloxacin	750 ml (1 x 1)	Mengobati sinusitis bakteri akut
Lansoprazole	30 mg (1 x 1)	Ulkus gaster dan gastroesophageal reflux
OBAT-OBAT ORAL		
Atorvastatin	20 mg (1 x 1)	Menurunkan kolesterol jahat dan trigliserida
Citicoline	500 mg (2 x 1)	Meningkatkan kemampuan kognitif pada lansia
Asam folat	1 mg (3 x 1)	Mencegah dan mengobati kadar folat yang rendah.
ISDN	5 mg (2 x 1)	Mencegah dan meredakan angina (nyeri dada)
Ramipril	2,5 mg (1 x 1)	Mengobati hipertensi
Furosemide	40 mg (1 x 1)	Mengeluarkan kelebihan cairan dari dalam tubuh melalui urine.
Biodiar	630 mg (3 x 2)	Mengobati diare
Lansoprazole	30 mg (1 x 1)	Ulkus gaster dan gastroesophageal reflux

3.2 Analisa Data

Nama Px : Tn. K
Umur : 66 tahun

Ruang/kamar : ICCU
No. RM : 90-xx-xx

Tabel 3.3 Analisa Data pada Tn. K

No.	Data	Penyebab	Masalah
1.	<p>DS: Pasi�n mengeluh sesak selama 1 minggu yang lalu.</p> <p>DO: - Pola napas takipnea - RR= 25 x/menit - SpO₂= 97% - Pasi�n tampak menggunakan pernapasan cuping hidung, pernapasan dangkal - Hasil foto thorax terdapat cardiomegali, CTR= 62,1%</p>	Hambatan upaya napas	Pola Napas Tidak Efektif (SDKI, hal. 26)
2.	<p>DS: Pasi�n mengatakan badannya terasa lelah</p> <p>DO: - Hasil EKG irama sinus aritmia, HR= 115-167 x/menit (Tanggal: 28/04/2021) - Irama jantung irreguler - N= 110 x/menit (takikardia) - Tekanan darah menurun - TD= 107/53 mmHg - Kedua kaki kanan kiri tampak edema</p>	Perubahan irama jantung	Penurunan Curah Jantung (SDKI, hal. 34-35)
3.	<p>DS: Pasi�n mengeluh sulit menelan dan menolak makan</p> <p>DO: - N V= Pasi�n tidak dapat mengunyah - N IX= Pasi�n tidak dapat mengecap - N X= Pasi�n tidak dapat menelan - Pasi�n tampak terpasang NGT</p>	Gangguan saraf kranialis	Gangguan Menelan (SDKI, hal. 142)

4.	<p>DS: Pasien mengeluh sulit menggerakkan tangan dan kakinya.</p> <p>DO: - Kekuatan otot menurun</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">3 3 3 3</td> <td style="padding: 5px;">3 3 3 3</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">2 2 2 2</td> <td style="padding: 5px;">2 2 2 2</td> </tr> </table> <p>- Gerakan pasien terbatas - Fisik pasien tampak lemah - Aktivitas dibantu keluarga</p>	3 3 3 3	3 3 3 3	2 2 2 2	2 2 2 2	Penurunan kekuatan otot	Gangguan Mobilitas Fisik (SDKI, hal. 124)
3 3 3 3	3 3 3 3						
2 2 2 2	2 2 2 2						

3.3 Prioritas Masalah

Nama Px : Tn. K
Umur : 66 tahun

Ruang/kamar : ICCU
No. RM : 90-xx-xx

Tabel 3.4 Prioritas Masalah

No.	Masalah Keperawatan	Tanggal		Paraf
		Ditemukan	Teratasi	
1.	Pola napas tidak efektif	28 April 2021	30 April 2021	<i>yuvin</i>
2.	Penurunan curah jantung	28 April 2021	Sebagian	<i>yuvin</i>
3.	Gangguan menelan	28 April 2021	Sebagian	<i>yuvin</i>

3.4 Intervensi Keperawatan

Tabel 3.5 Intervensi Asuhan Keperawatan pada Tn. K

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka Pola napas membaik dengan kriteri hasil: 1. Dispnea menurun (tidak merasa sesak napas) 2. Pernapasan cuping hidung menurun (pernapasan cuping hidung tidak terlihat) 3. Frekuensi napas membaik (RR= \pm 19 x/menit) 4. Kedalaman napas membaik (tidak ada pernapasan dangkal) (SLKI, hal. 95)	<i>Observasi</i> 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) <i>Terapeutik</i> 2. Posisikan semi Fowler atau Fowler 3. Berikan oksigen <i>Edukasi</i> 4. Anjurkan asupan cairan 1000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi. (SIKI, hal. 186 – 187)	1. Mengetahui tanda dan gejala awal pola napas tidak efektif 2. Memberikan posisi yang nyaman untuk pasien dan mengurangi sesak napas 3. Memberikan tambahan oksigen dan mengurangi perburukan keadaan 4. Membatasi jumlah kebutuhan cairan pasien untuk mencegah terjadinya edema.
2.	Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka Curah jantung meningkat dengan kriteria hasil: 1. Takikardia menurun (nadi= \pm 90 x/menit)	<i>Observasi</i> 1. Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema) 2. Monitor tekanan darah 3. Monitor intake dan output cairan 4. Monitor saturasi oksigen	1. Mengetahui adanya tanda/gejala primer penurunan curah jantung atau tidak. 2. Perubahan tekanan darah menunjukkan efek hipoksia pada fungsi jantung

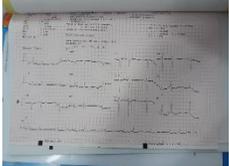
		<ol style="list-style-type: none"> 2. Gambaran EKG aritmia menurun (tidak ada irama sinus aritmia) 3. Lelah menurun (lelah mereda sampai hilang) 4. Edema menurun (penumpukan cairan berkurang) 5. Tekanan darah membaik (TD= 130/80 mmHg hingga 140/90 mmHg) (SLKI, hal. 20) 	<ol style="list-style-type: none"> 5. Monitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi) 6. Monitor nilai laboratorium jantung (elektrolit) <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Posisikan pasien semi fowler <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Kolaborasi pemberian antiaritmia (SIKI, hal. 317 – 318) 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Mengumpulkan dan menganalisis data pasien untuk mengatur balance cairan pasien 4. Mengetahui adanya perubahan nilai SpO₂ 5. Memantau apakah ada kelainan irama dan frekuensi jantung 6. Memantau apakah ada gangguan elektrolit yang dapat memicu risiko aritmia. 7. Memberikan posisi yang nyaman untuk pasien dan mengurangi sesak napas 8. Dengan beraktivitas fisik sesuai toleransi maka akan mengurangi beban kerja jantung dan pasien tidak akan kelelahan 9. Pemberian obat antiaritmia dapat menjaga irama jantung tetap teratur
3.	Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranialis	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka Status menelan membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Reflek menelan meningkat (dapat menelan) 	<p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tingkat kesadaran, batuk, muntah dan kemampuan menelan 2. Monitor status pernapasan 3. Periksa residu gaster sebelum memberi asupan oral 4. Periksa kepatenan selang nasogastrik sebelum memberi asupan oral 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji seberapa besar risiko terjadinya respirasi. 2. Memantau apakah ada keabnormalan atau tidak 3. Mencegah refleks muntah 4. Agar tidak terjadi kesalahan masuk ke paru-paru. 5. Menghindari terjadinya tersedak

	<p>2. Kemampuan mengunyah meningkat (mampu mengunyah dengan perlahan-lahan)</p> <p>3. Penerimaan makanan membaik (mampu menerima makanan tanpa menolak) (SLKI, hal. 118)</p>	<p><i>Terapeutik</i></p> <p>5. Posisikan semi fowler (30 – 45°) 30 menit sebelum memberikan asupan oral</p> <p>6. Berikan makanan dengan tekstur cair (SIKI, hal. 273 – 274)</p>	<p>6. Mempermudah pasien dalam menelan</p>
--	--	--	--

3.5 Implementasi dan Evaluasi

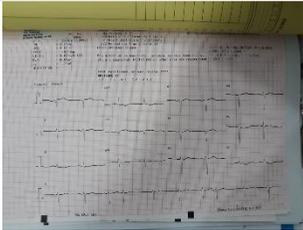
Tabel 3.6 Implementasi dan Evaluasi pada Tn. K

No. Dx	Waktu (Tgl & Jam)	Tindakan	Paraf	Waktu (Tgl & Jam)	Catatan Perkembangan (SOAP)	Paraf
1.	28/04/2021 11.30 11.35 11.40 11.45	1. Memonitor pola napas (meliputi frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Memposisikan semi Fowler atau Fowler (memposisikan tidur Tn. K dengan posisi semi Fowler untuk mengurangi sesak napas) 3. Memberikan oksigen nasal kanul 4 lpm 4. Menganjurkan asupan cairan 1000 ml/hari	<i>yuvin</i> <i>yuvin</i> <i>yuvin</i> <i>yuvin</i>	28/04/2021 11.50	S: Pasien mengeluh sesak O: - Pola napas abnormal (takipnea) - RR: 25 x/menit - Pasien tampak menggunakan pernapasan cuping hidung, pernapasan dangkal - Pasien tampak terpasang oksigen nasal kanul 4 lpm. A: Masih sesak (masalah belum teratasi) P: Lanjutkan intervensi ke 1, 2, 3, 4	<i>yuvin</i>
2.	28/04/2021 12.05 12.15 12.30 12.45 12.50 13.05	1. Mengidentifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema) 2. Memonitor tekanan darah 3. Memonitor intake dan output cairan 4. Memonitor saturasi oksigen 5. Memonitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi) 6. Memonitor nilai laboratorium jantung (elektrolit)	<i>yuvin</i> <i>yuvin</i> <i>yuvin</i> <i>yuvin</i> <i>yuvin</i>	28/04/2021 13.45	S: Pasien mengeluh badannya terasa lelah O: - Pasien tampak lemah - Kedua kaki pasien tampak edema - TD= 107/53 mmHg - Monitor SpO ₂ = 97% - Monitor intake dan output cairan Intake: Enteral : 1900 cc/hari Parenteral : <u>595 cc</u> + Total intake : 2495 cc	<i>yuvin</i>

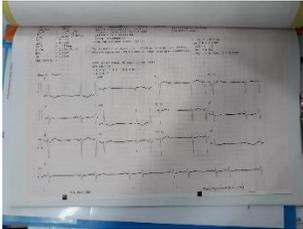
	13.20 13.25 13.30	7. Memposisikan pasien semi fowler 8. Menganjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi 9. Melakukan kolaborasi pemberian obat antiaritmia (ISDN pump 1 mg/jam, Concor 2,5 mg 1 x 1)	<i>yuvin</i> <i>yuvin</i> <i>yuvin</i>		Output: Urine : 2500 cc/hari IWL : $10 \times 60\text{kg} = 600 +$ Total output : 3100 cc Balance cairan = Intake – Output = 2495 – 3100 = - 605 cc - Hasil bacaan EKG irama sinus aritmia, HR= 115 – 167 x/menit  - Hasil laboratorium jantung Kalium ↓ = 2,9 mmol/L Natrium ↑ = 147 mmol/L Chlorida ↑ = 107 mmol/L A: Masih sesak (masalah belum teratasi) P: Lanjutkan intervensi ke 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9	
3.	28/04/2021 14.00 14.10	1. Memonitor tingkat kesadaran, batuk, muntah dan kemampuan menelan 2. Memonitor status pernapasan	<i>yuvin</i> <i>yuvin</i>	28/04/2021 15.05	S: Pasien merasa kesulitan menelan makanan dan menolak makan O: - GCS 456, total 15 - RR= 24 x/menit	<i>yuvin</i>

	14.15	3. Melakukan pemeriksaan residu gaster sebelum memberi asupan oral	<i>yuvin</i>		<ul style="list-style-type: none"> - Pola napas takipnea - N V= Pasien tidak dapat mengunyah - N IX= Pasien tidak dapat mengecap - N X= Pasien tidak dapat menelan - Pasien tampak terpasang NGT - Pasien mendapat diet sonde 1900 kalori A: Masih sulit menelan (masalah belum teratasi) P: Lanjutkan intervensi ke 1, 2, 5, 6	
	14.30	4. Melakukan pemeriksaan kepatenan selang nasogastrik sebelum memberikan asupan melalui selang NGT (memastikan bahwa selang NGT sudah benar-benar masuk ke lambung)	<i>yuvin</i>			
	14.45	5. Memposisikan semi fowler (30 – 45°) 30 menit sebelum memberikan asupan oral	<i>yuvin</i>			
	14.50	6. Memberikan makanan dengan tekstur cair	<i>yuvin</i>			
1.	29/04/2021 11.00	1. Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)	<i>yuvin</i>	29/04/2021 11.45	S: Pasien mengeluh sesak agak berkurang O: <ul style="list-style-type: none"> - Pola napas abnormal (takipnea) - RR= 23 x/menit - Pasien tampak terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm. A: Masih sesak (masalah belum teratasi) P: Lanjutkan intervensi ke 1, 2, 3, 4	<i>yuvin</i>
	11.05	2. Memposisikan semi Fowler atau Fowler (memposisikan tidur Tn. K dengan posisi semi Fowler untuk mengurangi sesak napas)	<i>yuvin</i>			
	11.20	3. Memberikan oksigen (memasang oksigen nasal kanul 3 lpm kepada Tn. K)	<i>yuvin</i>			

	11.30	4. Menganjurkan asupan cairan 1000 ml/hari	<i>yuvin</i>			
2.	29/04/2021 12.00 12.15 12.30 12.45 12.50 13.05 13.20 13.25	1. Mengidentifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema) 2. Memonitor tekanan darah 3. Memonitor intake dan output cairan 4. Memonitor saturasi oksigen 5. Memonitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi) 6. Memonitor nilai laboratorium jantung (elektrolit) 7. Memposisikan pasien semi fowler 8. Melakukan kolaborasi pemberian obat antiaritmia (ISDN 5 mg 2 x 1, Concor 1,25 mg 1 x 1)	<i>yuvin</i> <i>yuvin</i> <i>yuvin</i> <i>yuvin</i> <i>yuvin</i> <i>yuvin</i> <i>yuvin</i>	29/04/2021 13.35	<p>S: Pasien mengatakan lelahnya sedikit berkurang</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kaki kanan pasien sudah tidak edema, kaki kiri masih ada edema - TD= 110/70 mmHg - Monitor intake dan output cairan <p>Intake:</p> <p>Enteral : 1900 cc/hari Parenteral : <u>595 cc</u> + Total : 2495 cc</p> <p>Output:</p> <p>Urine : 2600 cc/hari IWL : <u>10 x 60kg= 600 cc</u> + Total : 3200 cc</p> <p>Balance cairan = Intake – Output = 2495 – 3200 = - 705 cc</p> <ul style="list-style-type: none"> - SpO₂= 99% - Hasil bacaan EKG irama sinus aritmia, HR= 50 – 115 x/menit 	<i>yuvin</i>

					 <p>- Hasil laboratorium elektrolit belum dievaluasi A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi ke 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8</p>	
3.	29/04/2021 13.50 13.55 14.00 14.05	1. Memonitor tingkat kesadaran, batuk, muntah dan kemampuan menelan 2. Memonitor status pernapasan 3. Memposisikan semi fowler (30 – 45°) 30 menit sebelum memberi asupan oral 4. Memberikan makanan dengan tekstur cair	<i>yuvin</i> <i>yuvin</i> <i>yuvin</i> <i>yuvin</i>	29/04/2021 14.20	S: Pasien masih mengeluh sulit menelan O: <ul style="list-style-type: none"> - GCS 456, total 15 - RR= 21 x/menit - Pola napas takipnea - N V= Pasien tidak dapat mengunyah - N IX= Pasien tidak dapat mengecap - N X= Pasien tidak dapat menelan - Pasien mendapat diet sonde 1900 kalori A: Masih kesulitan menelan (Masalah belum teratasi) P: Lanjutkan intervensi ke 1, 2, 3, 4	<i>yuvin</i>
1.	30/04/2021 11.00	1. Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, upaya napas)	<i>yuvin</i>	30/04/2021 11.20	S: Pasien mengatakan sudah tidak sesak lagi	<i>yuvin</i>

	11.05 11.10 11.15	2. Memposisikan semi Fowler atau Fowler (memposisikan tidur Tn. K dengan posisi semi Fowler untuk mengurangi sesak napas) 3. Memberikan oksigen 4. Menganjurkan asupan cairan 1000 ml/hari	<i>yuvin</i> <i>yuvin</i> <i>yuvin</i>		O: - RR: 20 x/menit - Pola napas normal - Oksigen tampak dilepas A: Sesak mulai teratasi (masalah teratasi) P: Intervensi dihentikan	
2.	30/04/2021 11.35 11.40 11.55 12.10 12.15 12.30 12.45 12.50	1. Mengidentifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema) 2. Memonitor tekanan darah 3. Memonitor intake dan output cairan 4. Memonitor saturasi oksigen 5. Memonitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi) 6. Memonitor nilai laboratorium jantung (elektrolit) 7. Memposisikan pasien semi fowler 8. Melakukan kolaborasi pemberian obat antiaritmia (ISDN 5 mg 2 x 1)	<i>yuvin</i> <i>yuvin</i> <i>yuvin</i> <i>yuvin</i> <i>yuvin</i> <i>yuvin</i> <i>yuvin</i>	30/04/2021 13.05	S: Pasien mengatakan lelahnya berkurang O: - Kedua kaki tidak tampak adanya edema - TD= 100/80 mmHg - Monitor balance cairan Intake: Enteral : 1400 cc/hari Parenteral : <u>585</u> + Total : 1985 Output: Urine : 1700 cc IWL : <u>10 x 60kg= 600</u> + Total : 2300 cc Balance cairan = Intake – Output = 1985 – 2300 = - 315 cc - SpO ₂ = 100%	<i>yuvin</i>

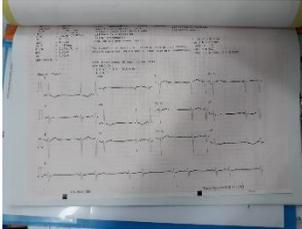
					<ul style="list-style-type: none"> - Hasil bacaan EKG irama sinus aritmia, HR= 41 – 100 x/menit  <ul style="list-style-type: none"> - Hasil laboratorium Kalium ↓ = 3,0 mmol/L Natrium = 143 mmol/L Chlorida ↑ = 107 mmol/L <p>A: Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan pemberian terapi rawat jalan</p>	
3.	30/04/2021 13.20 13.25 13.30 13.35	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tingkat kesadaran, batuk, muntah dan kemampuan menelan 2. Memonitor status pernapasan 3. Memposisikan semi fowler (30 – 45°) 30 menit sebelum memberi asupan oral 4. Memberikan makanan dengan tekstur cair 	<i>yuvin</i> <i>yuvin</i> <i>yuvin</i> <i>yuvin</i>	30/04/2021 13.50	<p>S: Pasien masih mengeluh sulit menelan O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - GCS 456, total 15 - RR= 20 x/menit - N V= Pasien tidak dapat mengunyah - N IX= Pasien tidak dapat mengecap - N X= Pasien tidak dapat menelan - Pasien tampak terpasang NGT - Pasien mendapat diet sonde 1900 kalori - Pasien mendapat bubur kasar yang diblender 6 x 200 dan dicampur dengan air 	<i>yuvin</i>

					A: Masih sulit menelan (Masalah belum teratasi) P: Intervensi dilanjutkan pemasangan NGT di rumah	
--	--	--	--	--	--	--

3.6 Evaluasi Sumatif

Tabel 3.7 Evaluasi Sumatif

No.	Masalah Keperawatan	Evaluasi Sumatif
1.	Pola napas tidak efektif (30/04/2021)	S: Pasien mengatakan sudah tidak sesak lagi O: <ul style="list-style-type: none"> - RR: 20 x/menit - Pola napas normal - Oksigen tampak dilepas A: Sesak mulai teratasi (masalah teratasi) P: Intervensi dihentikan
2.	Penurunan curah jantung (30/04/2021)	S: Pasien mengatakan lelahnya berkurang O: <ul style="list-style-type: none"> - Kedua kaki tidak tampak adanya edema - TD= 100/80 mmHg - Monitor balance cairan Intake: <ul style="list-style-type: none"> Enteral : 1400 cc/hari Parenteral : <u>585</u> + Total : 1985 Output: <ul style="list-style-type: none"> Urine : 1700 cc IWL : <u>10 x 60kg= 600</u> + Total : 2300 cc

		<p>Balance cairan = Intake – Output = 1985 – 2300 = - 315 cc</p> <ul style="list-style-type: none"> - SpO₂= 100% - Hasil bacaan EKG irama sinus aritmia, HR= 41 – 100 x/menit  <ul style="list-style-type: none"> - Hasil laboratorium Kalium ↓ = 3,0 mmol/L Natrium = 143 mmol/L Chlorida ↑ = 107 mmol/L <p>A: Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan pemberian terapi rawat jalan</p>
3.	Gangguan menelan (30/04/2021)	<p>S: Pasien masih mengeluh sulit menelan</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - GCS 456, total 15 - RR= 20 x/menit - N V= Pasien tidak dapat mengunyah - N IX= Pasien tidak dapat mengecap - N X= Pasien tidak dapat menelan - Pasien tampak terpasang NGT - Pasien mendapat diet sonde 1900 kalori - Pasien mendapat bubur kasar yang diblender 6 x 200 dan dicampur dengan air <p>A: Masih sulit menelan (Masalah belum teratasi) P: Intervensi dilanjutkan pemasangan NGT di rumah</p>

BAB 4

PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada pasien dengan Diagnosa NSTEMI di ruang ICCU RSUD Haji Surabaya yang meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

Pada tahap pengumpulan data, penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis telah mengadakan perkenalan dan menjelaskan maksud penulis yaitu untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien sehingga pasien dan keluarga terbuka dan mengerti serta kooperatif. Pengkajian dilakukan dengan cara anamnesa pada keluarga, pasien, pemeriksaan fisik dan data dari pemeriksaan penunjang medis.

Pada dasarnya pengkajian antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak banyak memiliki kesenjangan yaitu pada tinjauan pustaka didapati keluhan pertama biasanya ditandai dengan nyeri dada dan sesak napas. Menurut Widayarni (2018), gejala awal masuknya NSTEMI yang paling utama yaitu timbulnya rasa nyeri dada dan sesak napas. Sedangkan pada saat pengkajian ditemukan keluhan sesak napas tanpa disertai nyeri. Tanda dan gejala lainnya yaitu pusing dan badan terasa lemas seperti yang dialami oleh pasien. Penulis berasumsi bahwa nyeri dada pasien sudah teratasi di ruang A6 sebelum pasien dipindahkan ke ruang ICCU.

Riwayat penyakit dahulu meliputi penyakit yang dialami pasien di masa lalu, apakah pernah dirawat di rumah sakit, obat apa yang biasa digunakan. Menurut

(Ayuthia Putri Sedyawan, 2018), biasanya pada kasus NSTEMI atau serangan jantung, pasien pernah mengalami riwayat stroke karena keduanya memiliki faktor risiko yang hampir mirip misalnya darah tinggi, kolesterol tinggi, diabetes dan lain-lain. Penulis berasumsi bahwa salah satu penyebab timbulnya serangan jantung yaitu karena pasien juga mempunyai riwayat kolesterol tinggi yang dibuktikan dengan pasien mendapat diet kolesterol.

4.1.1 Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik pada kasus didapatkan keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, tanda-tanda vital dengan tekanan darah 107/53 mmHg, nadi 110 x/menit, RR 25 x/menit, suhu 36,5°C, SpO₂ 97%. **B1 (Breathing):** Pola napas takipnea, pasien tampak menggunakan pernapasan cuping hidung, pernapasan dangkal, pasien tampak terpasang oksigen nasal kanul 4 lpm, tidak ada gurgling, tidak ada sumbatan, tidak terdengar bunyi napas tambahan, tidak terpasang ETT, tidak batuk, tidak sianosis, pergerakan dada simetris, RR= 25 x/menit, SpO₂= 97%, tidak terdapat sputum, tidak menggunakan otot bantu napas. **B2 (Blood):** Akral teraba hangat dan kering, nadi teraba irreguler (takikardi), nadi 110 x/menit, CRT= < 3 detik, tekanan darah 107/53 mmHg, suhu 36,5°C, pasien mengatakan sesak, pasien mengeluh badannya terasa lelah, turgor kulit cukup, sklera tidak ikterik, konjungtiva ananemis, tampak terpasang infus Pz 7 tpm 500cc/24 jam dan ISDN pump 1 mg/jam, bunyi jantung S1 S2 tunggal, tidak terdengar bunyi jantung tambahan. **B3 (Brain):** Kesadaran compos mentis, GCS 456, pasien mengeluh pusing, pasien tampak lemah, reflek cahaya +/+, pupil isokor +/+, tidak ada kejang, pasien tampak terpasang NGT. Pada pemeriksaan nervus cranial N1 (*olfactory*) pasien dapat mencium aroma makanan, N2 (*optic*) pasien dapat melihat, N3

(oculomotor) pasien dapat menggerakkan kelopak mata, N4 (*trochlear*) pasien dapat menggerakkan mata, N5 (*trigeminal*) pasien kesulitan mengunyah, N6 (*abducens*) pasien dapat menggerakkan bola mata, N7 (*facial*) pasien dapat mengekspresikan wajah, N8 (*Vestibulocochlear*) pasien dapat mendengar, N9 (*glossopharyngeal*) pasien tidak dapat mengecap, N10 (*vagus*) pasien kesulitan menelan, N11 (*spinal accessory*) pasien kesulitan menggerakkan bahu, N12 (*hypoglossal*) pasien dapat menggerakkan lidah. **B4 (Bladder):** Pasien nampak terpasang Foley catheter, tidak ada distensi kandung kemih, tidak ada inkontinensia urin, tidak ada nyeri, tidak ada retensi urin, tidak ada hematuria, jumlah urine 2500 cc/hari, balance cairan -605 cc. Menurut (Muttaqin, 2011), pengukuran volume keluaran urine berhubungan dengan asupan cairan pasien. Penulis berasumsi bahwa timbulnya balance cairan negatif karena biasanya pengaruh dari terapi seperti mendapat injeksi Lasix 10 ml 1 x 1. **B5 (Bowel):** Pasien tampak mual saat makan, mukosa mulut kering, pasien merasa kesulitan dalam menelan makanan, pasien menolak makan, tidak ada nyeri abdomen, BAB= 2 x/hari, konsistensi padat, tidak ada konstipasi, diet sonde 1900 kalori melalui selang NGT pada tanggal 28 April 2021 sampai dengan 29 April 2021, pemberian diet bubur kasar blender 6 x 200 pada tanggal 30 April 2021, tidak ada ascites, tidak kembung. **B6 (Bone):** Pasien mengeluh sulit menggerakkan tangan dan kakinya, warna kulit sawo matang, tidak ada luka, tidak ada fraktur, tidak ada perdarahan, turgor kulit cukup, tampak edema di kedua kaki kanan kiri, kelemahan ekstremitas atas dan bawah, aktivitas dibantu keluarga.

$$\begin{array}{r|l} 3333 & 3333 \\ \hline 2222 & 2222 \end{array}$$

4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang ada pada tinjauan pustaka dengan diagnosa NSTEMI menurut (Agusti, 2019) ada empat yaitu:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (iskemia jaringan sekunder terhadap sumbatan arteri yang ditandai dengan penurunan curah jantung)
2. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas (perubahan faktor listrik, penurunan karakteristik miokard)
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antar suplai dan kebutuhan oksigen (adanya iskemia nekrosis jaringan miokard)
4. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler (gangguan aliran darah ke alveoli atau kegagalan utama paru)

Namun berdasarkan empat diagnosa keperawatan pada tinjauan pustaka, tidak semua muncul pada tinjauan kasus. Namun penulis menemukan beberapa diagnosa keperawatan lainnya pada waktu dilakukan pengkajian, yaitu:

1. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (adanya penurunan perfusi jaringan sehingga menyebabkan penurunan suplai oksigen dan peningkatan kebutuhan oksigen)
2. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung (akumulasi atau penimbunan ateroma plak di intima arteri dan pembentukan trombus yang menyebabkan penurunan aliran darah koroner)
3. Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranialis (adanya kelainan pada hasil pemeriksaan nervus kranial pasien yaitu N10 *vagus* pasien kesulitan menelan)

Keempat diagnosa pada tinjauan pustaka hanya ada satu yang diintervensi oleh penulis. Selain itu ketiga diagnosa pada tinjauan pustaka merupakan diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus NSTEMI secara umum. Sedangkan pada kasus nyata diagnosa yang muncul yaitu pola napas tidak efektif, penurunan curah jantung, gangguan menelan.

4.3 Intervensi

Pada tinjauan pustaka perencanaan keperawatan menggunakan kriteria hasil yang mengacu pada pencapaian tujuan yang sesuai dengan intervensi keperawatan pada tinjauan kasus. Penulis ingin berupaya memenuhi kebutuhan dasar pasien dalam implementasi asuhan keperawatan.

Pada tinjauan kasus dicantumkan kriteria waktu karena pada kasus nyata diketahui keadaan pasien secara langsung. Perencanaan diagnosis keperawatan yang ditampilkan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terdapat kesamaan, masing-masing intervensi tetap mengacu pada sasaran, data dan kriteria hasil yang telah ditetapkan.

Pada diagnosa pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas dilakukan intervensi selama 3x24 jam dengan tujuan pola napas membaik. Kriteria hasilnya adalah dispnea menurun, pernapasan cuping hidung menurun, frekuensi napas membaik. Pada tinjauan kasus untuk melakukan intervensi ini dilakukan tindakan monitor pola napas (RR, SpO₂, kedalaman, usaha napas), posisikan semi fowler, pemasangan oksigen nasal kanul 4 lpm.

Pada diagnosa penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung dilakukan intervensi selama 3x24 jam dengan tujuan curah jantung

meningkat. Kriteria hasilnya adalah takikardi menurun, gambaran EKG aritmia menurun, lelah menurun, tekanan darah membaik. Pada tinjauan kasus untuk melakukan intervensi ini dilakukan tindakan monitor tekanan darah, monitor intake dan output cairan, pemasangan EKG, kolaborasi pemberian antiaritmia.

Pada diagnosa gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranialis dilakukan intervensi selama 3x24 jam dengan tujuan status menelan membaik. Kriteria hasilnya adalah reflek menelan meningkat, kemampuan mengunyah meningkat, penerimaan makanan membaik. Pada tinjauan kasus untuk melakukan intervensi ini dilakukan tindakan pemasangan NGT, posisikan semi fowler (30 – 45°) 30 menit sebelum memberikan asupan oral, berikan makanan dengan ukuran kecil atau lunak, pemberian diet sonde 1900 kalori.

4.4 Implementasi

Pelaksanaan adalah perwujudan atau realisasi dari perencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan pada tinjauan pustaka tidak semua dapat direalisasikan karena hanya membahas teori asuhan keperawatan tanpa ada kasus nyata. Pada kasus nyata implementasi keperawatan telah disusun dan direalisasikan pada pasien, disertakan juga pendokumentasian dan intervensi keperawatan.

Pelaksanaan rencana keperawatan dilakukan secara terkoordinasi dan terintegrasi untuk pelaksanaan diagnosa pada kasus tidak semua sama pada tinjauan pustaka, hal itu karena disesuaikan dengan keadaan pasien yang sebenarnya. Dalam melaksanakan pelaksanaan ini pada faktor penunjang maupun faktor penghambat yang penulis alami. Hal-hal yang menunjang dalam asuhan keperawatan yaitu antara lain adanya kerjasama yang baik dari perawat maupun dokter ruangan dan

tim kesehatan lainnya, tersedianya sarana dan prasarana di ruangan yang menunjang dalam pelaksanaan asuhan keperawatan dan penerimaan adanya penulis.

Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas dilakukan tindakan keperawatan memonitor pola napas, memposisikan semi fowler, memberikan oksigen nasal kanul 4 lpm, menganjurkan asupan cairan 1000 ml/hari. Pada masalah keperawatan penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung dilakukan tindakan keperawatan mengidentifikasi tanda gejala primer penurunan curah jantung, memonitor tekanan darah, memonitor intake dan output cairan, memonitor saturasi oksigen, memonitor aritmia dengan melakukan pemasangan EKG, memonitor nilai laboratorium jantung, menganjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi, melakukan kolaborasi pemberian antiaritmia (ISDN pump 1 mg/jam, Concor 2,5 mg 1 x 1). Pada masalah keperawatan gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranialis dilakukan tindakan keperawatan memonitor tingkat kemampuan menelan, monitor status pernapasan, melakukan pemasangan NGT, memeriksa residu gaster sebelum memberi asupan oral, memeriksa kepatenan selang nasogastrik sebelum memberi asupan oral, memposisikan pasien semi fowler, memberikan makanan dengan ukuran kecil atau lunak, memberikan diet sonde 1900 kalori, memberikan obat oral dalam bentuk cair.

Pada pelaksanaan tindakan keperawatan tidak ditemukan hambatan dikarenakan pasien dan keluarga kooperatif dengan perawat, sehingga rencana tindakan dapat dilakukan.

4.5 Evaluasi

Pada waktu dilaksanakan evaluasi pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, kebutuhan pasien sudah terpenuhi selama 3x24 jam karena tindakan yang tepat dan telah berhasil dilaksanakan dan masalah teratasi pada tanggal 30 April 2021. Pada diagnosa kedua penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung, penulis memberikan waktu 3x24 jam, hingga hari ketiga implementasi didapati pemeriksaan EKG pasien masih menunjukkan aritmia dan kedua kaki kanan kiri sudah tidak ada edema. Pada diagnosa ketiga gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranialis, penulis memberikan waktu 3x24 jam, hingga hari ketiga implementasi didapati pasien masih dalam kondisi kesulitan menelan.

Pada akhir evaluasi tidak semua tujuan dapat dicapai karena keadaan pasien yang belum membaik. Sehingga perawat menyarankan agar pasien tetap melakukan pemeriksaan rawat jalan dengan pemberian terapi dan tindakan pemasangan NGT tetap dilanjutkan. Pasien KRS pada tanggal 30 April 2021.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada pasien dengan kasus NSTEMI di ruang ICCU RSU Haji Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pasien dengan NSTEMI.

5.1 Simpulan

Dari hasil uraian yang telah menguraikan tentang asuhan keperawatan pada pasien NSTEMI, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Pada saat dilakukan pengkajian didapatkan pasien mengeluh sesak, mengalami kesulitan menelan, pusing, badan terasa lemas, nafsu makan menurun. Keluhan ini sudah dirasakan pasien sejak 1 minggu di ruang A6 sebelum dipindahkan ke ruang ICCU, namun karena kondisi pasien yang sangat membutuhkan perawatan intensif akhirnya dokter memutuskan untuk memindahkan pasien ke ruang ICCU.
2. Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien dengan diagnosa medis NSTEMI adalah pola napas tidak efektif, penurunan curah jantung, dan gangguan menelan.
3. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan tujuan pola napas membaik, hasilnya RR pasien 20 x/menit, pasien sudah tidak mengeluh sesak. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung, setelah dilakukan

intervensi dengan tujuan curah jantung meningkat, hasilnya kedua kaki pasien sudah tidak edema dan lelah berkurang. Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranialis, setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan tujuan status menelan membaik, hasilnya membran mukosa pasien tampak lebih baik namun masih didapati kesulitan menelan.

4. Pelaksanaan diagnosa keperawatan pola napas tidak efektif yaitu, memonitor pola napas, dan memposisikan pasien semi fowler. Pada diagnosa penurunan curah jantung dilakukan tindakan pemasangan EKG, memonitor elektrolit dari hasil cek laboratorium, memonitor saturasi oksigen, memonitor balance cairan. Pada diagnosa gangguan menelan dilakukan tindakan pemasangan NGT, dan pemberian diet sonde 1900 kalori melalui selang NGT.
5. Pada akhir evaluasi tidak semua tujuan dapat dicapai karena kondisi pasien belum membaik, sehingga pasien disarankan oleh perawat untuk tetap menerima pemberian terapi rawat jalan dan tindakan pemasangan NGT pada saat KRS. Hasil evaluasi pada Tn. K belum sesuai dengan harapan, masalah teratasi sebagian dan pasien KRS pada tanggal 30 April 2021.

5.2 Saran

Bertolak dari kesimpulan di atas penulis memberikan saran sebagai berikut:

1. Untuk mencapai hasil keperawatan yang diharapkan, diperlukan hubungan yang baik dan keterlibatan pasien, keluarga dan tim kesehatan lainnya.
2. Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, keterampilan yang cukup serta dapat bekerjasama dengan tim kesehatan lainnya dengan memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan NSTEMI.

3. Dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang profesional alangkah baiknya diadakan suatu seminar atau suatu pertemuan yang membahas tentang masalah kesehatan yang ada pada pasien.
4. Pendidikan dan pengetahuan perawat secara berkelanjutan perlu ditingkatkan baik secara formal dan informal khususnya pengetahuan dalam bidang pengetahuan.
5. Kembangkan dan tingkatkan pemahaman perawat terhadap konsep manusia secara komprehensif sehingga mampu menerapkan asuhan keperawatan dengan baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Agusti, N. (2019). *Asuhan Keperawatan pada Ny. A dengan Non-ST Segmen Elevation Myocard Infarction (N-STEMI) Melalui Aroma Terapi Lavender untuk Mengurangi Skala Nyeri Dada*. 8(5). [http://repo.stikesperintis.ac.id/1255/1/36 NOVIA GUSTI.pdf](http://repo.stikesperintis.ac.id/1255/1/36%20NOVIA%20GUSTI.pdf)
- American Heart Association. (2015). *Coronary Artery Diseases*. <https://www.heart.org/HEARTORG/Conditionon/More/m>
- Arfian, F., Suryono, S., & Riyanti, R. (2018). Hubungan Kadar SGOT dengan Kadar Leukosit pada Pasien NSTEMI di ICCU RSD dr. Soebandi Jember (Correlation between SGOT Level and Leukocytes in NSTEMI Patients at ICCU dr. Soebandi Hospital, Jember). *Pustaka Kesehatan*, 6(1), 113. <https://doi.org/10.19184/pk.v6i1.6797>
- Aspiani, Y. R. (2014). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Kardiovaskular Aplikasi NIC & NOC*. EGC.
- Ayuthia Putri Sedyawan. (2018). *Dokter: Stroke dan Serangan Jantung Punya Faktor Risiko yang Mirip*. <https://health.detik.com/berita-detikhealth/d-4081635/dokter-stroke-dan-serangan-jantung-punya-faktor-risiko-yang-mirip>
- Darlina, D. (2011). Manajemen pasien ST Elevasi Miokard Infark. *Idea Nursing, Vol 1 No 1*.
- Elfi, E. F. (2015). Sindrom Koroner Akut dengan Komplikasi Udem Paru Akut dan Henti Jantung. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 4(2), 613–617. <https://doi.org/10.25077/jka.v4i2.309>
- Fikriana, R. (2018). *Sistem Kardiovaskuler* (Cetakan Pe). [https://books.google.co.id/books?hl=id&lr=&id=Rm9nDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR6&dq=anatomi+fisiologi+sistem+kardiovaskuler&ots=woUsLzytKE&sig=X_CiqINGKvAC7g82cE2SM8t-fs4&redir_esc=y#v=onepage&q=anatomi fisiologi sistem kardiovaskuler&f=true](https://books.google.co.id/books?hl=id&lr=&id=Rm9nDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR6&dq=anatomi+fisiologi+sistem+kardiovaskuler&ots=woUsLzytKE&sig=X_CiqINGKvAC7g82cE2SM8t-fs4&redir_esc=y#v=onepage&q=anatomi%20fisiologi%20sistem%20kardiovaskuler&f=true)
- Hendriarto. (2014). *Bab 1 Pendahuluan*. *etd.Repository.ugm.ac.id*.
- Hidayati, K. R. (2015). *Penatalaksanaan Diet Pada Pasien Diabetes Mellitus Dengan Hipertensi Dan Nstemi Di Bangsal Multdzam No B.9 Rs. Pku*

- Muhammadiyah Surakarta*. 1–50.
- Indri, A. (2019). *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Penyakit Jantung Koroner Berulang Di Rsup Dr. M. Djamil Padang*. 2012, 1–13.
- Joyce, M. B. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah*. Salemba Medika.
- Kemendes RI. (2014). Situasi kesehatan jantung. *Pusat Data Dan Informasi Kementerian Kesehatan RI*, 3. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Kristen, J. O. (2010). *Acute Coronary Syndrom Even Nurses Outside The ED Should Recognize Its Signs And Symptoms*.
- Morton. (2012). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-Noc*.
- Muttaqin, A. (2011). *Asuhan Keperawatan dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler* (P. E. Nurachmach (ed.)). Salemba Medika.
- Muttaqin, A. (2012). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem kardiovaskular dan Hematologi*. Salemba Medika.
- PERKI. (2020). Indonesian Heart Association. *Perki*, 62, 5684220.
- Perry & Potter. (2011). *Fundamental Keperawatan*. ESG.
- Perry dan potter. (2010). *Bab 1 Pendahuluan*. repository.unissula.ac.id.
- Rohmawati. (2011). *Asuhan Keperawatan*. elib.stikesmuhgombang.ac.id.
- Santoso Karo. (2016). *Angin Duduk, Gangguan Jantung yang Sering Diabaikan*.
- Shoemaker. (2011). *Konsep Asuhan Keperawatan Sindrom Koroner Akut*.
- Smeltzer and Bare. (2017). *Keperawatan Medikal Bedah (12th ed) (Devi Yulianti & Amelia Kimin, Penerjemah)*. EGC.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (Edisi 1)*. DPP PPNI.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (Edisi 1)*. DPP PPNI.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia (Edisi 1)*. DPP PPNI.
- Trismayola, F. (2017). *Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan*. *Jurnal Keperawatan*.
- Ulinnuha, D. Y. (2017). *Perbedaan rerata profil lipid pada pasien stemi dan non*

stemi di rsud kota yogyakarta tahun 2016.

LAMPIRAN

Lampiran 1 SOP Pemasangan EKG (Elektrokardiogram)

A. Definisi

Elektrokardiogram adalah ilmu yang mempelajari perubahan-perubahan potensial atau perubahan voltase yang terdapat dalam jantung. Elektrokardiogram adalah grafik yang merekam perubahan potensial listrik jantung yang dihubungkan dengan waktu.

B. Tujuan EKG

1. Mengetahui kelainan-kelainan irama jantung
2. Mengetahui kelainan-kelainan miokardium
3. Mengetahui adanya pengaruh atau efek obat-obat jantung
4. Mengetahui adanya gangguan elektrolit
5. Mengetahui adanya gangguan perikarditis

C. Persiapan Alat

1. Mesin EKG yang dilengkapi 3 kabel:

- Satu kabel untuk listrik (power)
- Satu kabel untuk ground
- Satu kabel untuk pasien

2. Plat Electrode

Plat electrode yaitu plat electrode ekstremitas dengan ban pengikat khusus dan electrode dada dengan balon penghisap.

3. Jelly Electrode
4. Kertas EKG

5. Kertas tissue
6. Sarung tangan
7. Bengkok
8. Kertas alkohol

D. Prosedur Kerja

No.	Aspek yang Dinilai
1.	<p>Tahap Pra Interaksi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi kebutuhan/indikasi pasien b. Cuci tangan c. Siapkan alat
2.	<p>Tahap Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Mengucapkan salam pada pasien b. Menjelaskan jenis pemeriksaan dan tujuan pemeriksaan pada pasien c. Menjelaskan langkah dan prosedur pemeriksaan pada pasien d. Menanyakan kesediaan pasien
3.	<p>Tahap Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Periksa kelengkapan alat b. Cuci tangan c. Pakai handscoon d. Posisikan pasien pada posisi berbaring tenang di bed, tangan dan kaki pasien tidak saling bersentuhan dengan anggota tubuh lain atau benda-benda yang terbuat dari logam selain electrode e. Pastikan tidak ada alat elektronik dan logam lain yang bersentuhan dengan pasien f. Bersihkan dada dan kedua tangan dan kaki pasien dengan kapas alkohol g. Berikan sedikit jeli pada setiap tempat pemasangan elektroda di tubuh pasien h. Pasang elektroda ekstremitas atas pada pergelangan tangan searah dengan telapak tangan. Merah : dipasang pada tangan kanan Kuning: dipasang pada tangan kiri i. Elektrode ekstremitas bawah dipasang pada pergelangan kaki sebelah dalam Hijau : dipasang pada kaki kiri Hitam: dipasang pada kaki kanan j. Pasang elektrode dada (perikordial) V1: dipasang pada interkostal (IC) ke 4 pinggir kanan sternum V2: dipasang pada interkostal (IC) ke 4 pinggir kiri sternum V3: dipasang di tengah antara V2 dan V4 V4: dipasang pada interkostal (IC) ke 5 pinggir kiri sternum V5: dipasang sejajar V4 garis aksilaris kiri V6: sejajar V4 garis mid aksilaris kiri k. Hasil pemasangan tersebut terjadilah 2 sadapan (lead)

	<ul style="list-style-type: none"> - Sadapan bipolar (sadapan standar) dan ditandai dengan angka romawi I, II, III - Sadapan unipolar ekstremitas (augmented extremity lead) yang ditandai dengan simbol aVR, aVL, aVF <ol style="list-style-type: none"> l. Cara merekam EKG <ol style="list-style-type: none"> a. Hidupkan mesin EKG dan tunggu sebentar untuk pemanasan b. Periksa kembali standarisasi EKG antara lain <ul style="list-style-type: none"> - Kalibrasi 1 mv (10 mm) - Kecepatan 25 mm/detik c. Setelah itu lakukan kalibrasi dengan menekan tombol run/start dan setelah kertas bergerak, tombol kalibrasi ditekan 2 – 3 kali berturut-turut dan periksa apakah 10 mm. m. Dengan memindahkan lead selector kemudian dibuat pencatatan EKG secara berturut-turut yaitu sadapan (lead), I, II, III, aVR, aVL, aVF, V1, V2, V3, V4, V5, V6. Setelah pencatatan, tutup kembali dengan kalibrasi seperti semula sebanyak 2 – 3 kali, setelah itu matikan mesin EKG n. Apabila hasil print EKG sudah dapat dibaca dengan jelas lepaskan seluruh elektrode. o. Bersihkan tubuh pasien dan rapikan kembali posisi pasien p. Beritahukan pada pasien bahwa perekaman telah selesai q. Catat dipinggir kiri atas kertas EKG <ol style="list-style-type: none"> 1. Nama pasien 2. Umur 3. Tanggal/jam 4. Dokter yang merawat dan yang membuat perekaman pada kiri bawah r. Perhatian <ol style="list-style-type: none"> 1. Sebelum bekerja periksa dahulu tegangan alat EKG 2. Alat selalu dalam posisi stop apabila tidak digunakan 3. Perekaman setiap sadapan (lead) dilakukan masing-masing 2 – 4 kompleks 4. Kalibrasi dapat dipakai gambar terlalu besar, atau 2 mv bila gambar terlalu kecil 5. Hindari gangguan listrik dan gangguan mekanik seperti jam tangan, tremor, bergerak, batuk dan lain-lain 6. Dalam perekaman EKG, perawat harus menghadap pasien s.
4.	<p>Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Informasikan hasil perekaman pada pasien b. Dokumentasikan hasilnya c. Beri reinforcement terhadap sikap kooperatif d. Beritahukan/diskusikan rencana tindak lanjut pada pasien e. Ucapkan salam penutup terhadap pasien f. Akhiri kegiatan, membereskan alat-alat g. Cuci tangan

Lampiran 2 SOP Pemasangan Infus

A. Pengertian

Memasang infus adalah pemasangan infus untuk memberikan cairan atau obat melalui parenteral (intravena).

B. Tujuan

1. Memperbaiki atau mencegah gangguan cairan dan elektrolit pada klien yang sakit akut.
2. Mencegah ketidakseimbangan cairan dan elektrolit.
3. Memberikan akses intravena pada pemberian terapi intermitten atau emergensi

C. Peralatan

1. Cairan infus sesuai program
2. Jarum / kateter intravena / abbocath (ukuran bervariasi)
3. Set infus (selang mikrodrip untuk bayi dan anak dengan tetesan 60 tetes/ml, dewasa selang makrodrip dengan tetesan 15 tetes/ml atau 20 tetes/ml).
4. Selang ekstension
5. Alkohol atau povidone-iodine swabs atau sticks
6. Handscoon disposibel
7. Tourniquet
8. Spalk untuk tangan
9. Kasa dan povidone-iodine salep atau cairan
10. Plester/hipavik
11. Perlak dan pengalas
12. Bengkok
13. Tiang infus

D. Langkah-Langkah

a) Tahap pra interaksi:

- 1) Identifikasi kebutuhan/indikasi pasien
- 2) Cuci tangan
- 3) Siapkan alat

b) Tahap orientasi:

- 1) Beri salam, panggil klien dengan namanya
- 2) Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan
- 3) Beri kesempatan pada klien untuk bertanya

c) Tahap kerja:

- 1) Anjurkan pasien memakai baju yang mudah untuk masuk dan keluarinya lengan.
- 2) Buka set steril dengan teknik aseptik.
- 3) Cek cairan dengan menggunakan prinsip 6 benar dalam pemberian obat.
- 4) Buka set infus, letakkan klem 2-4 cm di bawah tabung drip dalam keadaan off/terkunci.
- 5) Buka tutup botol, lakukan desinfeksi tutup botol cairan, dan tusukkan set infus ke botol/kantong cairan dengan benar.
- 6) Gantungkan botol cairan infus pada tiang infus, isi tabung drip $\frac{1}{3}$ – $\frac{1}{2}$ penuh.
- 7) Buka penutup jarum dan buka klem untuk mengalirkan cairan sampai ke ujung jarum hingga tidak ada udara dalam selang, klem kembali, dan tutup kembali jarum.
- 8) Pilih jarum intravena/abbocath.

- 9) Atur posisi pasien dan pilih vena.
 - 10) Pasang perlak dan pengalas.
 - 11) Bebaskan daerah yang akan diinsersi, letakkan tourniquet 10-15 cm proksimal tempat insersi.
 - 12) Pakai handscoon
 - 13) Bersihkan kulit dengan kapas alkohol (melingkar dari dalam ke luar)
 - 14) Pertahankan vena pada posisi stabil
 - 15) Pegang IV kateter (abbocath) dengan sudut 20-30°, tusuk vena dengan lubang jarum menghadap ke atas, dan pastikan IV kateter masuk intravena dengan tanda darah masuk ke abbocath, kemudian tarik mandrin $\pm 0,5$ cm.
 - 16) Masukkan IV kateter secara perlahan, tarik mandrin, dan sambungkan IV kateter dengan selang infus.
 - 17) Lepas tourniquet, kemudian alirkan cairan infus.
 - 18) Lakukan fiksasi IV kateter, kemudian beri desinfektan daerah tusukan dan tutup dengan kasa.
 - 19) Atur tetesan sesuai program
 - 20) Lepaskan sarung tangan
- d) Tahap terminasi:
- 1) Evaluasi hasil/respon klien
 - 2) Dokumentasikan hasilnya
 - 3) Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya
 - 4) Akhiri kegiatan, membereskan alat-alat
 - 5) Cuci tangan