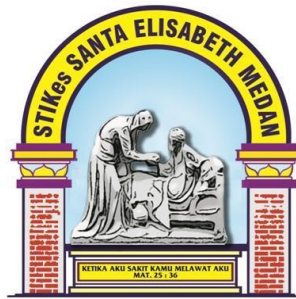


**ASUHAN KEPERAWATAN GADAR KRITIS
GANGGUAN SISTEM KARDIOVASKULER DENGAN
MASALAH STEMI DI RUANGAN CVCU RSUP HAJI
ADAM MALIK MEDAN TAHUN 2024**

KARYA ILMIAH AKHIR



Oleh:
Anita Sijabat
NIM. 052024051

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH
MEDAN 2025**



**ASUHAN KEPERAWATAN GADAR KRITIS GANGGUAN
SISTEM KARDIOVASKULER DENGAN MASALAH STEMI
DI RUANGAN CVCU RSUP HAJI ADAM MALIK MEDAN
TAHUN 2024**

KARYA ILMIAH AKHIR

Disusun sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Profesi Ners

Program Studi Profesi Ners

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan



OLEH:

NAMA : ANITA SIJABAT

NIM : 052024051

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH

MEDAN

PROGRAM STUDI PROFESI NERS

TAHUN 2025

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yesus Kristus karena rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyusun dan menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini dengan judul **“Asuhan Keperawatan Gadar Kritis Dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler Dengan Masalah STEMI Di Ruang CVCU RSUP Haji Adam Malik Medan Tahun 2025”**. Karya Ilmiah ini disusun sebagai satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan Profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Santa Elisabeth Medan.

Pada penyusunan karya ilmiah ini tidak semata-mata hasil kerja keras penulis sendiri, melainkan berkat bimbingan dan dorongan dari pihak-pihak yang telah membantu. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis secara khusus mengucapkan terimakasih yang tak terhingga kepada :

1. Mestiana Br.Karo, M.Kep DNSc selaku Ketua STIKes Santa Elisabeth Medan yang telah mengizinkan, membimbing dan menyediakan fasilitas untuk mengikuti pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan. Sekaligus selaku pembimbing akademik penulis yang juga banyak membimbing, memotivasi dan memberi arahan selama proses perkuliahan penulis.
2. Dr. Zainal Safri, SpPD- KKV, SpJP (K), selaku direktur RSUP Haji Adam Malik Medan beserta jajarannya, juga kepada seluruh perawat, pegawai, dan staff yang telah mengizinkan penulis untuk melakukan pengambilan data pasien di RSUD Haji Adam Malik medan.
3. Lindawati F. Tampubolon, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Ketua Program Studi Ners dan pembimbing karya ilmiah penulis, yang telah memberikan waktu



dan kesempatan bagi penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan Pendidikan Profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan. Dan telah banyak, membimbing, memberikan ilmu yang bermanfaat, memberi motivasi, semangat serta mengarahkan penulis dengan penuh kesabaran dalam menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.

4. Sri Martini, S.Kep.NS., M.Kep selaku dosen penguji II saya yang telah menguji dan membimbing saya dengan sangat baik dan sabar dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.
5. Vina Yolanda Sari Sigalingging, S.Kep.NS., M.Kep selaku dosen penguji II saya yang telah menguji dan membimbing saya dengan sangat baik dan sabar dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.
6. Teristimewa kepada orang tua saya. Cinta pertama dan panutan saya, Alm Ayahanda Bennus Sijabat dan Ibu Takkum Sitompul, yang selalu mencurahkan cinta kasih, menjadi pembangun semangat, pondasi motivasi dan yang tak hentinya memanjatkan doa untuk penulis untuk menyelesaikan pendidikan. Kepada abang penulis Petrus Sijabat yang selalu memberi semangat dan membantu pembiayaan sepanjang perkuliahan penulis. Kepada abang Darmot Sijabat, adik Desi Sijabat, Febri Sijabat dan Juliana Sijabat yang juga selalu memberikan semangat dan motivasi kepada penulis untuk menyelesaikan pendidikan ini.
7. Seluruh teman-teman program Studi Ners tahap profesi Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan angkatan XIV yang senantiasa



membantu dan memberikan masukan serta motivasi kepada penulis dalam penyusunan skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa penulisan karya ilmiah ini masih belum sempurna, baik isi maupun teknik penulisan. Oleh karena itu dengan segala kerendahan hati penulis menerima kritik dan saran yang bersifat membangun untuk kesempurnaan karya ilmiah ini. Semoga Tuhan Yang Maha Esa senantiasa mencurahkan berkat dan rahmat-Nya kepada semua pihak yang telah membantu penulis.

Medan, 25 Maret 2025

Penulis

(Anita Sijabat)



DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	iii
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Identifikasi Masalah	2
1.3. Tujuan Penulisan.....	2
1.3.1 Tujuan Umum.....	Error! Bookmark not defined.
1.3.2 Tujuan Khusus.....	3
1.4. Manfaat Penulisan.....	3
1.4.1 Manfaat Teoritis	3
1.4.2 Manfaat Praktis.....	3
BAB 2. TINJAUAN TEORITIS	6
2.1. Konsep Dasar Medik	6
2.1.1. Defenisi	6
2.1.2. Etiologi	10
2.1.3. Patofisiologi.....	11
2.1.4. Tanda Dan Gejala	15
2.1.5. Pemeriksaan Diagnostik	15
2.1.6. Therapi Dan Pengelolaan Medik	17
2.1.7. Komplikasi	18
2.2. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan.....	20
2.2.1. Pengkajian	20
2.2.2. Diagnosa Keperawatan	22
2.2.3. Perencanaan Keperawatan	23
BAB 3. PENGAMATAN KASUS	29
3.1. Pengkajian Dan Intervensi Keperawatan	29
3.2. Riwayat Kesehatan	30
3.3. Pengkajian Fisik.....	30
3.4. Data Penunjang.....	32



3.5. Terapi Yang Diberikan	33
3.6. Pengkajian Masalah Psikososio Budaya Dan Spiritual	35
3.7 Analisa Data	35
3.8 Prioritas Masalah	37
3.9 Daftar Masalah	37
3.10 Rencana Asuhan Keperawatan	38
3.11 Tindakan Keperawatan	41
3.12 Evaluasi Keperawatan	48
BAB 4. PEMBAHASAN	58
4.1. Pengkajian	58
4.2. Diagnosa Keperawatan	59
4.3. Perencanaan Keperawatan	59
4.4. Implementasi Keperawatan	59
4.5. Evaluasi	61
BAB 5. PENUTUP	62
5.1. Kesimpulan	62
5.2. Saran	63
DAFTAR PUSTAKA	63



DAFTAR LAMPIRAN

1. Hasil EKG pasien
2. Hasil laboratorium pasien
3. Hasil photo thorax



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Penyakit jantung koroner merupakan salah satu penyakit tidak menular (PTM) yang memiliki kecendrungan meningkat setiap tahunnya dan berdampak tidak hanya negara maju, tetapi juga negara berkembang. Masalah kesehatan yang sering dijumpai dalam bidang kardiovaskuler, salah satunya sindrom koroner akut (SKA) yang memiliki angka perawatan dirumah sakit dan angka kematian cukup tinggi. Sindrom koroner akut merupakan bagian dari spektrum penyakit jantung koroner yang memiliki ciri berkurangnya aliran darah ke otot jantung (miokardium) secara mendadak dikarenakan oleh gangguan di pembuluh darah koroner (Permenkes, 2019)

World health organization (WHO) memaparkan bahwa penyakit kardiovaskuler atau cardiovascular diseases (CVD) adalah penyebab utama kematian secara global. Pada tahun 2020 diperkirakan 17,9 juta meninggal dunia akibat CVD (WHO, 2022). Global burden of disease dan institute for health metrics and evaluation (IHME) menjelaskan bahwa pada tahun 2014 sampai 2019 penyakit jantung menjadi penyebab kematian tertinggi di Indonesia. Hasil data riset kesehatan dasar (RISKESDAS) pada tahun 2013 sampai 2020 menunjukkan adanya trend peningkatan penyakit jantung yakni 0,5% pada 2013 menjadi 1,5% pada 2018. Berdasarkan data BPJS kesehatan pada 2021 pembayaran kesehatan- kesehatan terbesar berada pada penyakit jantung sebesar Rp 717 Triliun (Kemenkes RI, 2022).

Sindrom koroner akut (ISKA) mempunyai salah satu spektrum klinis dan yang paling berat yaitu ST Elevasi Miokard Infark (STEMI). Pada pasien stemi, terjadi penurunan aliran darah koroner secara mendadak akibat oklusi trombus pada plak aterosklerotik yang sudah ada sebelumnya. STEMI mempunyai gejala khas yang berkaitan dengan hasil pemeriksaan elektrokardiogram (EKG) yaitu terdapatnya elevasi sigmen ST yang persisten (Widianingsih & Sahrudi, 2022)

Berdasarkan penelitian (Muhibbah, Wahid, 2019) ada beberapa faktor yang atau mempengaruhi terjadinya sindrom koroner akut yaitu riwayat hipertensi, kebiasaan merokok, penyakit diabetes melitus. Mengetahui karakteristik dan penderita sindrom koroner akut yang sudah dijelaskan diatas maka dibutuhkan peran tenaga kesehatan secara kolaboratif khususnya peran perawat dalam menjalankan intervensi pencegahan agar angka kejadian penyakit ini sendiri dapat ditoleran.

1.2. Identifikasi Masalah

Masalah yang diidentifikasi berdasarkan latar belakang di atas adalah bagaimana asuhan keperawatan gadar kritis gangguan sistem kardiovaskuler dengan STEMI di ruangan CVCU RSUP Haji Adam Malik Medan tahun 2025?

1.3. Tujuan Penyusunan

1.3.1 Tujuan Umum

Karya ilmiah ini bertujuan untuk menggambarkan asuhan keperawatan gadar kritis gangguan sistem kardiovaskuler dengan STEMI di ruangan CVCU RSUP Haji Adam Malik Medan tahun 2025.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari karya ilmiah ini adalah untuk :

1. Menggambarkan pengkajian pasien dengan STEMI yang di rawat di rumah sakit.
2. Menggambarkan diagnosis pasien dengan STEMI yang di rawat di rumah sakit.
3. Menggambarkan intervensi pasien dengan STEMI yang di rawat di rumah sakit.
4. Menggambarkan implemantasi pasien dengan STEMI yang di rawat di rumah sakit.
5. Menggambarkan hasil evaluasi pasien dengan STEMI yang di rawat di rumah sakit.

1.4 Manfaat Penulisan

1.4.1 Manfaat Teoritis

Karya Tulis Ilmiah yang disusun oleh penulis merupakan salah satu sumber bacaan dan pengembangan ilmu tentang asuhan keperawatan gadar kritis gangguan sistem kardiovaskuler dengan STEMI di ruangan CVCU RSUP Haji Adam Malik Medan tahun 2025.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Institusi Pendidikan

Mampu digunakan sebagai bahan pembelajaran serta menjadi tolak ukur mahasiswa dalam mengimplementasikan keperawatan pada pasien dengan masalah kardiovaskuler terutama dengan masalah STEMI.

2. Bagi Pendidikan Keperawatan

Mampu meningkatkan knowledge, kapasitas, insight serta efisiensi dalam penerapan asuhan keperawatan kegawatdaruratan jantung dengan STEMI.

3. Bagi Lahan Praktik

Diharapkan dapat meningkatkan pelayanan yang komprehensif sehingga mutu pelayanan yang optimal dalam pengaplikasian asuhan keperawatan tetap berjalan dengan optimal

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

2.1 Konsep Penyakit Jantung Koroner

2.1.1 Anatomi Fisiologi Jantung

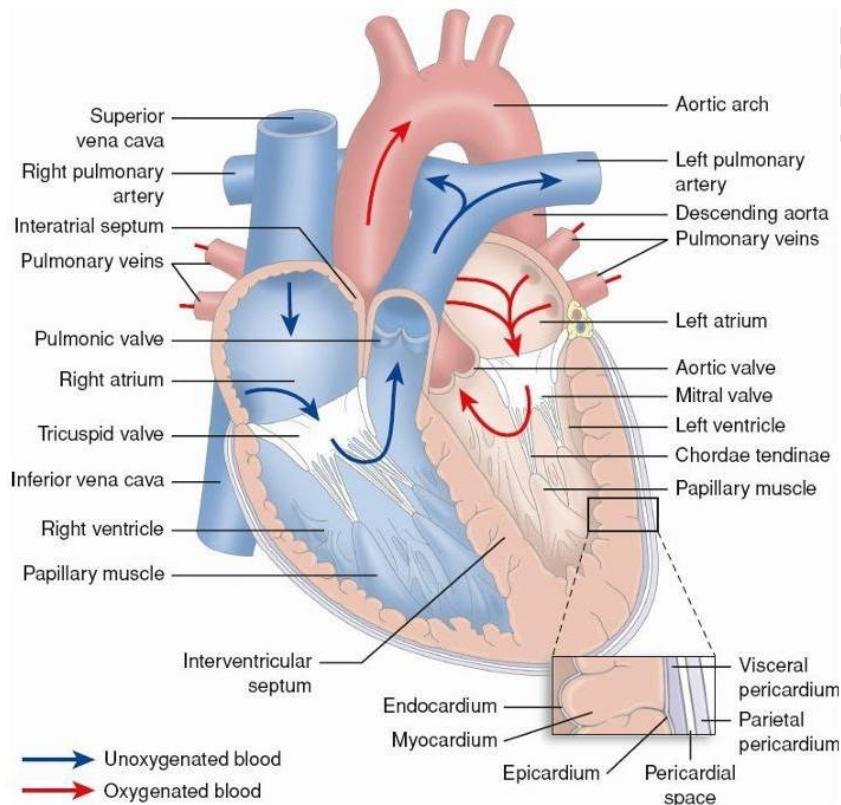


Figure 25-1 • Structure of the heart.

Jantung adalah organ berongga dan berotot yang terletak di bagian tengah toraks, yang menempati ruang antara paru-paru (mediastinum) dan bersandar pada diafragma. Beratnya sekitar 300 g (10,6 ons); berat dan ukuran jantung dipengaruhi oleh usia, jenis kelamin, berat badan, tingkat latihan fisik dan kondisi tubuh, serta penyakit jantung. Jantung memompa darah ke jaringan, memasok oksigen dan nutrisi lainnya.

Jantung tersusun atas tiga lapisan (lihat Gambar 25-1). Lapisan dalam, atau endokardium, terdiri atas jaringan endotel dan melapisi bagian dalam jantung dan katup. Lapisan tengah, atau miokardium, tersusun atas serat otot dan bertanggung jawab atas aksi pemompaan. Lapisan luar jantung disebut epikardium. Jantung terbungkus dalam kantung tipis berserat yang disebut perikardium, yang terdiri atas dua lapisan. Perikardium viseral melekat pada epikardium. Perikardium parietal membungkus perikardium viseral, jaringan berserat kuat yang melekat pada pembuluh darah besar, diafragma, tulang dada, dan tulang belakang serta menyokong jantung di mediastinum. Ruang antara kedua lapisan ini (ruang perikardium) biasanya terisi sekitar 20 mL cairan, yang melumasi permukaan jantung dan mengurangi gesekan selama sistol (Brunner & Suddarth's, 2018)

2.1.2 Definisi Penyakit Jantung Koroner

Penyakit kardiovaskuler adalah penyakit yang disebabkan oleh gangguan jantung dan pembuluh darah, tetapi penyakit kardiovaskuler yang paling terkenal diantaranya adalah penyakit jantung koroner (Kemenkes RI, 2014). Penyakit Jantung Koroner (PJK) merupakan kelainan pada satu atau lebih pembuluh darah arteri koroner dimana terdapat penebalan dalam dinding pembuluh darah disertai adanya plak yang mengganggu aliran darah ke otot jantung yang akibatnya dapat mengganggu fungsi jantung (AHA, 2015).

Penyakit Jantung Koroner (PJK) atau dikenal juga sebagai Ischemic Heart Disease merupakan penyakit yang disebabkan penyumbatan salah satu atau beberapa pembuluh darah yang menyuplai aliran darah ke jantung. Pada umumnya manifestasi kerusakan dan dampak akut sekaligus fatal dari PJK disebabkan gangguan pada fungsi jantung (WHO, 2012).

2.1.3 Klasifikasi Penyakit Jantung Koroner

Klasifikasi PJK menurut AHA (2018) adalah :

1. Angina Pectoris Stabil (APS) APS merupakan nyeri dada yang timbul saat melakukan aktifitas, dan rasa sakitnya tidak lebih dari 15 menit dan hilang dengan istirahat atau pemberian Nitrogliserin. Nyeri ini bisa terjadi pada orang normal, namun pada kasus jantung APS diawali dengan adanya stenosis atherosklerosis dari pembuluh darah koroner yang akan mengurangi suplai darah ke jantung. Gambaran EKG pada pasien ini tidak khas dapat normal atau terjadi ST depresi yang mengindikasikan adanya iskemik.
2. Acute non ST elevasi myocardial Infarction (Acute NSTEMI) NSTEMI adalah nyeri dada tipikal angina. NSTEMI terjadi dikarenakan trombosis akut koroner akibat parsial trombus dimana menyebabkan oklusi pembuluh darah inkomplit. Oklusi pada koroner masih memungkinkan darah untuk mentransportasi oksigen dan nutrisi ke miokard namun dalam jumlah yang minimal yang memungkinkan kematian sel-sel jantung. Gambaran EKG pada NSTEMI adalah depresi segmen ST atau inversi

gelombang T atau keduanya. Peningkatan dari enzim jantung CK, CK-MB dan Troponin T.

3. Acute ST elevasi myocardial Infarction (Acute STEMI) STEMI adalah kematian jaringan otot jantung yang ditandai adanya sakit dada khas (lebih lama, lebih berat, dan menjalar lebih luas), lama sakitnya lebih dari 30 menit tidak hilang dengan istirahat atau pemberian anti angina namun nyeri akan membaik dengan pemberian analgesik seperti Morfin atau Pethidin. STEMI disebabkan oleh trombus arteri koroner yang menutupi pembuluh darah secara komplit atau total sehingga suplai darah terhenti, keadaan ini menyebabkan kematian otot jantung. Gambaran EKG pada STEMI adalah hiper akut T, elevasi segmen ST, gelombang 12 Q dan inversi gelombang T. peningkatan enzim jantung CK, CKMB dan Troponin T (AHA, 2018).

2.1.4 Cara Mendiagnosa Penyakit Jantung Koroner

penyakit jantung koroner	Nyeri	EKG	Enzim
Angina pectoris tidak stabil	Nyeri dada lebih dari 20 menit.	Depresi segemen ST, T inverted	Tidak meningkat
STEMI	Nyeri dada lebih dari 20 menit	Depresi segemen ST, T inverted	Meningkat minimal 2 kali nilai batas atas normal
N-STEMI miocard	Nyeri dada lebih dari 20 menit	Elevasi segment ST, Hiperakut T	Meningkat minimal 2 kali nilai batas atas normal

2.1.5 Definisi STEMI

Penyakit stemi adalah kematian otot jantung yang ditandai dengan adanya sakit pada dada khas (lebih lama, lebih berat dan menjadi lebih luas), lama sakitnya lebih dari 20 menit tidak hilang dengan istirahat atau pemberian anti angina namun nyeri akan membaik dengan pemberian analgesik seperti morfin atau petidine (AHA,2018).

2.1.6 Etiologi STEMI

Infark Miokard Akut atau STEMI terjadi jika suplai oksigen yang tidak sesuai dengan kebutuhan tidak tertangani dengan baik sehingga menyebabkan kematian sel – sel jaringan tersebut. Beberapa hal yang menimbulkan gangguan oksigenasi tersebut diantaranya :

Menurunnya suplai oksigen disebabkan oleh tiga faktor, antara lain :

1. Faktor pembuluh darah, hal ini berkaitan dengan kepatenan pembuluh darah sebagai jalan darah mencapai sel-sel jantung. Beberapa hal yang dapat mengganggu kepatenan pembuluh darah diantaranya : ateroklorosit, spasme, dan artritis. Spasme pembuluh darah dapat juga terjadi pada orang yang mengonsumsi obat – obatan tertentu, emosional atau nyeri, terpapar suhu dingin yang ekstrim dan merokok.
2. Faktor sirkulasi, kondisi yang menyebabkan gangguan pada sirkulasi diantaranya kejadian penurunan cardiac output yang diikuti oleh penurunan sirkulasi menyebabkan beberapa bagian tubuh tidak tersuplai darah yang adekuat, termasuk dalam hal ini otot jantung.
3. Faktor darah, darah merupakan pengangkut oksigen menuju seluruh bagian tubuh. Jika daya angkut darah berkurang, maka sebagai apapun

jalan (pembuluh darah) dan pemompaan jantung maka hal tersebut tidak cukup membantu.

4. Meningkatnya kebutuhan oksigen pada tubuh, pada seseorang yang mengidap penyakit jantung, mekanisme kompensasi akan memperberat kondisi nya karena kebutuhan oksigen yang semakin meningkat, sedangkan suplay oksigen berkurang.

2.1.7 Patofisiologi STEMI

Faktor resiko seperti merokok, obesitas, hipertensi, konsumsi alcohol dan penyakit diabetes sering dijumpai terjadinya Infark Miokard Akut (IMA). Hal diatas dapat memicu terjadinya lipoprotein ditandai dengan pembuluh darah bagian dalam yang bisa menimbulkan cedera endotel pembuluh darah coroner. Apabila terjadi cedera mengakibatkan akumulasi lipid (lemak) yang akan membangun plak fibrosa. Penumpukan plak akan mengakibatkan lesi komplikata yang dapat menimbulkan tekanan pada pembuluh darah. Infark miokard umumnya menyerang ventrikel kiri. Infark digambarkan lebih lanjut sesuai letaknya pada dinding ventrikel. Misalnya infark miokard anterior ventrikel kiri. Infark miokardium jelas akan mengganggu fungsi ventrikel karena otot jantung yang kehilangan daya kontraksi. Proses infark dapat berlangsung hingga 6 jam. Ada tiga zona kerusakan jaringan:

1. Zona pertama terdiri dari area pusat sel miokardium nekrotik (mati).
2. Zona kedua sel yang terluka, yang dapat hidup jika pasokan darah ke area tersebut dipulihkan, mengelilingi zona pertama.

3. Zona ketiga adalah area iskemik yang kemungkinan besar akan bertahan (Barbara K. Timby and Nancy E. Smith, 2010)

2.1.8 Manifestasi Klinis

Keluhan khas yang dialami pasien infark miokard akut adalah nyeri dada seperti restrotremal seperti diremas- remas, ditekan, ditusuk, panas atau ditindih barang berat. Nyeri dapat menjalar ke lengan (umumnya kiri), bahu, leher, rahang, bahkan ke punggung di sertai gejala tambahan berupa sesak nafas, mual, muntah, nyeri epigastrium, keringat dingin, dan cemas (Berliani, 2019).

Nyeri dada dapat menyebabkan ketidaknyamanan pada pasien, sehingga menurunkan kualitas hidup pasien. Nyeri hebat yang dirasakan disebabkan menyebabkan rasa tidak nyaman dan juga mengalami adanya fungsi tubuh yang menurun, hal ini berdampak pada gejala fisik dan psikoemosional pasien. Gejala fisik seperti kelelahan dan nyeri dirasakan oleh pasien infark miokard akut yang dapat menyebabkan stress (Idris X Prawati, 2022).

2.1.9 Pemeriksaan Diagnostik

1. Pemeriksaan EKG

Pemeriksaan ini guna melihat hasil rekamman jantung apakah ada kesan elevasi segmen ST, LVH (Left Ventricular Hyperthrophy) dan hasil abnormal lainnya.

2. Rontgen Thorax

Pemeriksaan kondisi bagian dalam dada dengan mengamati apakah ada cardiomegaly (pembesaran jantung)atau edema paru yang menjadi masalah dalam kerja jantung.

3. Laboratorium

Dilakukan pemeriksaan darah lengkap, kimia darah dan pemeriksaan enzim jantung troponin (I/I), ck (creatinine kinase), CK MB, LDH yang mengalami peningkatan (Harding & Kwong, 2019)

2.1.10 Komplikasi

a. Disritmia dan aritmia

Komplikasi yang sering dari infark miokard akut adalah gangguan irama jantung. Beberapa ritme abnormal dapat berakibat fatal dalam beberapa menit.

b. Gagal jantung kongesif dan syok kardiogenik

Syok kardiogenik yang memiliki tingkat kematian tinggi terjadi ketika 40% ventrikel kiri kehilangan kemampuan untuk memompa secara efektif. Kondisi ini dapat terjadi secara tiba-tiba atau dapat berkembang dalam hitungan jam atau hari. Semakin cepat syok terdeteksi semakin cepat juga pengobatan dapat dilakukan. Komplikasi ini dapat diobati dengan obat-obatan, alat bantu ventrikel dan pompa balon intra-aorta.

c. Ruptur ventrikel terjadi ketika area nekrotik lunak dari infark miokard transmural atau septum interventrikular pecah.

d. Aneurisma Ventrikel, merupakan komplikasi lambat dari infark miokard akut yang meliputi penipisan, dan hipokinesis dari dinding ventrikel kiri setelah infark transmural (Barbara K. Timby and Nancy E. Smith, 2010).

2.1.11 Penatalaksanaan Medis

1. O (oksigen)

Indikasi pemberian terapi oksigen pada kasus sindroma koreoner akut dapat diberikan pada kondisi pasien dengan nyeri dada menetap atau berulang atau hemodinamik tidak stabil, pasien dengan saturasi oksigen kurang dari 90%. Dalam kasus pasien sudah mendapat terapi oksigen 2 liter/menit (nasal kanul) dan saturasi oksigen 85%.

2. M (Morphin)

Morpin merupakan analgesik (anti nyeri) jenis opioid yang bekerja menghambat sinyal rasa nyeri di jalur saraf menuju otak dan menurunkan kebutuhan oksigen miokardium. Obat ini harus digunakan dengan sangat hati-hati karena dapat menimbulkan efek samping berbahaya pada pernafasan dan penggunaan obat ini harus dari intruksi dokter.

3. A (Aspirin)

Cardio aspirin adalah obat yang digunakan sebagai anti platelet atau pengencer darah untuk mencegah terjadinya proses agregasi platelet (keping darah atau trombosit) pada pasien yang mengalami infark miokard atau penyumbatan pada otot jantung. Biasanya pemberian obat ini harus sesuai dengan resep dokter.

4. N (Nitrogliserin)

Pemberian obat golongan nitrat dapat mengurangi nyeri dada pada kasus angina pektoris. Obat ini berfungsi untuk melebarkan pembuluh darah (vasodilatasi) dan meningkatkan aliran darah. Obat ini tidak boleh diberikan pada pasien dengan hemodinamik tidak stabil (Harding & Kwong, 2019)

5. Pentalaksanaan lainnya seperti :

- 1) Berikan oksigen, meskipun kadar oksigen normal. Persediaan oksigen yang melimpah untuk jaringan, dapat menurunkan beban kerja jantung.
- 2) Pasang monitor EKG segera, karena aritmia yang mematikan dapat terjadi dalam jam –jam pertama pasca serangan.
- 3) Pasien dalam kondisi bedrest untuk menurunkan kerja jantung sehingga mencegah kerusakan otot jantung lebih awal atau lanjut.
- 4) Pemasangan IV line untuk memudahkan pemberian obat – obatan dan nutrisi yang diperlukan
- 5) Pasien yang dicurigai atau dinyatakan mengalami infark harusnya mendapatkan aspirin untuk mencegah pembekuan darah. Jika pasien alergi dapat diganti dengan clopidogrel.
- 6) Morphin merupakan anti nyeri paling paten, tetapi tidak boleh pada pasien dengan riwayat gangguan pernapasan, sebagai gantinya digunakan petidin.
- 7) Angioplasti, tindakan non-bedah yang dilakukan untuk membuka arteri koroner yang tersumbat oleh bekuan darah.
- 8) CABG (Coronary Arteri Bypass Graf), tindakan pembedahan dimana arteri atau vena diambil dari bagian tubuh lain kemudian disambungkan untuk membentuk jalan pintas melewati arteri koroner yang tersumbat. Sehingga menyediakan jalan baru untuk sel-sel baru otot jantung.
- 9) IABP

Intra-Aortic Balloon Pump (IABP) merupakan suatu metode pemberian sirkulasi mekanik sementara guna menyeimbangkan

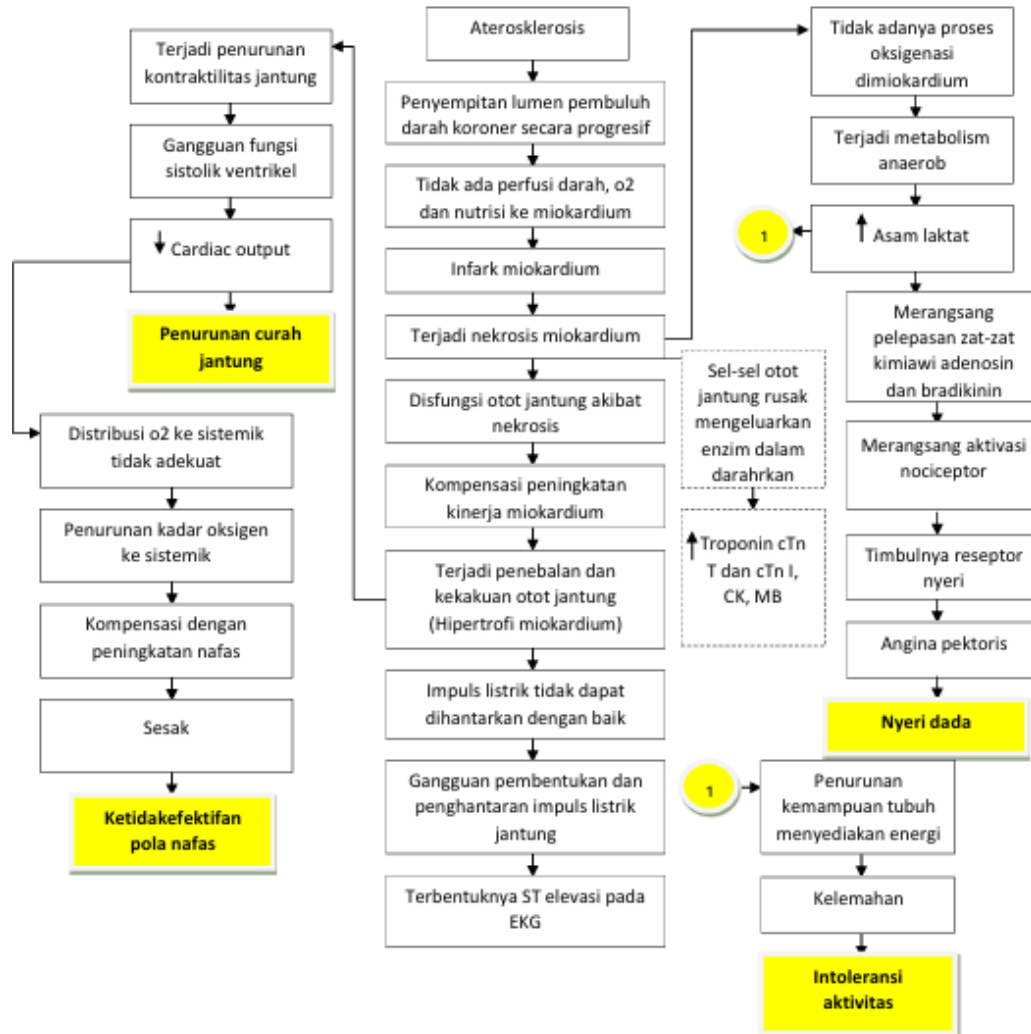
penyediaan dan kebutuhan oksigen ke otot jantung dengan menerapkan konsep systolic unloading (menurunkan kebutuhan miokard) dan diastolic augmentation (meningkatkan suplai miokard).

Secara keseluruhan, dampak deflasi balon adalah menurunkan afterload, volume akhir diastolik, dan konsumsi oksigen miokard, serta meningkatkan stroke volume, sedangkan inflasi balon berdampak pada peningkatan aliran darah ke koroner dan suplai oksigen, memperbaiki tekanan akhir diastolik yang mempengaruhi penurunan preload, meningkatkan cardiac output, urine output dan pulsasi nadi serta suhu tubuh, serta menurunkan denyut jantung.

Adanya peningkatan aliran darah ke koroner dan penurunan afterload akan memperbaiki ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen miokard. Setelah pemasangan, dilakukan pemantauan setiap jam untuk mengantisipasi, mengidentifikasi serta mengelola kemunduran kondisi, dan mengidentifikasi komplikasi IABP (Anisa, 2024).

2.1.12 Pathway

WOC TEORI



2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan sebuah komponen utama untuk mengumpulkan informasi, data, validasi data, pengorganisasian data, dan pendokumentasian data serta pengumpulan data, antara lain sebagai berikut :

- a) Identitas pasien, berupa nama, jenis kelamin, alamat dan data pasien lainnya.
- b) keluhan utama, biasanya pasien mengeluh nyeri di dada dan sesak napas.
- c) Riwayat penyakit sekarang, kaji nyeri PQRST. Biasanya pasien pria dan wanita keluhanannya berbeda. Pada pria biasanya mengalami nyeri dada dan dapat menjalar ke bahu, lengan, gigi, rahang, atau tenggorokan. Wanita lebih sering mengalami gejala yang lebih samar daripada pria, seperti kelelahan yang sulit untuk dijelaskan, nyeri perut dan sesak napas yang sering menyebabkan kesalahan diagnosis pada wanita di unit gawat darurat. Biasanya nyeri digambarkan seperti diremukkan atau diremas.
- d) Riwayat penyakit dahulu, pasien dengan infark miokard kemungkinan pernah mengalami hipertensi dan diabetes mellitus.
- e) Riwayat penyakit keluarga, kaji apakah ada penyakit genetik atau turunan keluarga dan apakah penyakit tersebut diderita oleh pasien dan apakah berhubungan dengan penyakit infark miokard.
- f) pemeriksaan fisik :
 1. Tanda vital, demam dapat menyertai respons peradangan ketika sel miokardium rusak setelah infark miokard atau infeksi seperti demam

theumatic dan endokarditis bakterialis. Kaji denyut nadi pasien seperti laju, irama dan kualitasnya. Irama denyut nadi adalah pola denyutan dan denyut nadi. Nadi normal dirasakan secara teratur dengan panjang nadi yang sama. Kualitas denyut nadi mengacu pada denyut nadi yang teraba. Volume digambarkan sebagai lemah penuh, atau lemah yang berarti teraba kuat. Tentukan adanya defisit denyut nadi dengan menghitung denyut nadi di apeks dan nadi radial selama satu menit, jika ada perbedaan maka berarti terjadi defisit denyut nadi.

2. Tingkat pernafasan, hitunglah laju pernapasan selama 60 detik. Amati karakteristik pernapasan dengan memperhatikan apakah pasien mengalami sesak (dispnea), dalam atau dangkal, berisik atau tenang. Penggunaan otot aksesori (otot leher atau perut) selama pernapasan merupakan indikasi bahwa pasien mengalami kesulitan bernapas.
3. Tekanan darah, gangguan jantung sering dikaitkan dengan perubahan tekanan darah. Kaji apakah pasien mengeluh pusing atau pandangan kabur saat mengubah posisi, seperti bangkit dari posisi duduk atau berbaring, gejala ini dapat mengindikasikan hipotensi postural (ortostatik).
4. Irama jantung, aktivitas listrik yang menghasilkan irama jantung dapat diamati terus-menerus dengan pemantauan EKG pada mesin monitor EKG.
5. Suara jantung, bunyi jantung yang normal adalah bunyi jantung pertama ("lub") disebut S yaitu penutupan katup mitral dan tricuspid. S, terdengar

paling keras di apeks jantung dan terjadi hampir bersamaan dengan denyut nadi yang teraba. Bunyi jantung kedua adalah ("dub"), disebut S₂ yaitu penutupan katup aorta dan pulmonal. S₂ terdengar paling keras dengan stetoskop di area aorta, yang berada di ruang interkostal kedua di sebelah kanan sternum. Bunyi jantung abnormal yaitu bunyi yang mengikuti S₁ dan S₂ disebut bunyi jantung S₃ atau gallop ventrikel. Iramanya seperti "ken-tuc-ky" atau "lub-dub-dee". Bunyi tambahan tepat sebelum S₁ adalah bunyi jantung S₄ atau gallop atrium, iramanya "lub-lub-dub". Bunyi S₃ sering dikaitkan dengan penyakit jantung dengan hipertensi.

6. Kulit, pasien dengan gangguan jantung menunjukkan perubahan warna kulit (sianosis/pucat).
7. Edema perifer, kaji adanya edema pada kaki dan pergelangan kaki, jari-jari dan tangan (Barbara K. Timby and Nancy E. Smith, 2010).

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan sindrom koroner akut
- 2) Penurunan curah jantung berhubungan dengan penurunan *afterload*
- 3) Potensial pertukaran udara tidak efektif berhubungan dengan kelebihan cairan.
- 4) Intoleran aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen
- 5) Ansietas berhubungan dengan ketidaknyamanan.

6) Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

(Barbara K. Timby and Nancy E. Smith, 2010).

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Tgl/ Jam	No. Dp	Tujuan dan Sasaran	Intervensi
	1. Nyeri Akut	<p><u>NOC</u></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, maka tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluhan nyeri menurun • Meringis menurun • Sikap protektif menurun • Gelisah menurun • Kesulitan tidur menurun • Frekuensi nadi membaik 	<p><u>NIC</u></p> <p><u>Manajemen nyeri</u></p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri • Identifikasi skala nyeri • Identifikasi respon nyeri non verbal • Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri • Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup • Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan • Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)

	2. Intoleran Aktivitas	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, maka toleransi aktivitas meningkat, dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluhan menurun • Frekuensi membaik <p>Lelah nadi</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) • Fasilitasi istirahat dan tidur • Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri. <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri • Jelaskan strategi meredakan nyeri • Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri • Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri. <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu <p><u>Manajemen Energi</u></p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan • Monitor kelelahan fisik dan emosional • Monitor pola dan jam tidur • Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas.
--	------------------------	--	--

			<p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none">• Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan)• Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif• Berikan aktivitas distraksi yang menyenangkan• Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan. <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none">• Anjurkan tirah baring• Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap• Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang• Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan. <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none">• Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
--	--	--	---

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pelaksanaan dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap implementasi dimulai setelah rencana intervensi disusun dan ditujukan pada nursing orders untuk membantu pasien mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu rencana intervensi yang

spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan pasien. Tujuan dari implementasi adalah membantu pasien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi koping (Nursalam, 2016).

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan keberhasilan dari diagnosis keperawatan, rencana intervensi, dan implementasinya. Tahap evaluasi memungkinkan perawat untuk memonitor kealpaan yang terjadi selama tahap pengkajian, analisis, perencanaan, dan implementasi evaluasi. Pasien setelah dilakukan tindakan diharapkan mengetahui karakteristik penyakit diabetes mellitus, faktor penyebab dan diet diabetes melitus.

Penyebab dan faktor yang mempengaruhi, tanda dan gejala, cara untuk meminimalkan penyakit, potensi komplikasi penyakit diabetes mellitus. Perawat harus mendampingi dan juga memberikan pemantauan sehingga tercapai terapi yang diharapkan (Nursalam, 2016).

BAB 3**ASUHAN KEPERAWATAN****ASUHAN KEPERAWATAN
PADA TN. Z DENGAN STEMI DI CVCU**

Nama Mahasiswa : Anita Sijabat (052024051)

PENGKAJIAN

Tanggal Pengkajian : 12/11/2024 jam 17:15 WIB

1. IDENTIFIKASI PASIEN

Nama Initial : Tn. Z
Tempat/Tgl Lahir (umur) : Padang Sidempuan/01 November 1967
Jenis Kelamin : Laki-Laki
Status Perkawinan : Kawin
Jumlah Anak : 2
Agama/Suku : Kristen/Batak Toba
Pendidikan terakhir : SMA
Pekerjaan : Desain Ruangan
Alamat : Jl. Bawang I no.58 Perumnas
Diagnosa Medis : STEMI anteroseptal
Nomor Medical Record : 00942567
Tanggal Masuk Rumah Sakit : 11-11-2024

Keluarga terdekat yang dapat segera dihubungi (orang tua, wali, suami, istri dll)

Nama : Ny. R (Istri)
Pendidikan Terakhir : SMA
Pekerjaan : IRT
Alamat : Jl. Bawang

II. RIWAYAT KESEHATAN

- a. Keluhan Utama : Nyeri dada menjalar kepongung dan ke rahang.
- b. Riwayat Kesehatan Sekarang : Pasien mengatakan nyeri di dada menjalar kepongung dan ke rahang, nyeri dirasakan seperti rasa terbakar, nyeri tidak berkurang dengan istirahat, skala nyeri yang didapatkan 8, nyeri dada dirasakan hilang timbul dan berlangsung lama kurang lebih 15 menit.
- c. Riwayat Kesehatan Dahulu : Hipertensi sejak tahun 2020, tetapi tidak minum obat secara teratur
- d. Riwayat Kesehatan Keluarga : Ayah pasien mengidap penyakit hipertensi

e. Riwayat Alergi : keluarga pasien mengatakan tidak ada alergi obat maupun makanan

III. PENGKAJIAN FISIK

1. Keadaan Umum

Sakit/nyeri : berat ☐ sedang ☒ ringan ☐

Status gizi : gemuk ☐ normal ☒ kurus ☐

IMT => 23,14 (TB : 180, BB: 75)

Sikap : tenang ☐ gelisah ☒ menahan nyeri ☐

Personal Hygiene : bersih ☐ kotor ☒ lain-lain ☐

***Selama pasien sakit di rumah pasien jarang mandi dan membersihkan diri**

2. Data Sistemik

a. Sistem persepsi Sensori

Pendengaran : normal ☒ kerusakan ka/ki ☐ tuli ☐
ka/ki

Alat bantu dengar ☐ tinitus ☐

Pengelihatan : normal ☒ kaca mata ☐ lensa kontak ☐
kerusakan ka/ki ☐ kebutaan ka/ki ☐ katarak ka/ki ☐

Pengecap, penghidu : normal ☒ gangguan indera pengecap ☐
gangguan indera penghidu ☐

Peraba : normal ☒ gangguan indera peraba ☐

Lain-lain

a. Sistem Pernapasan

Frekuensi : 22x/mnt, kualitas : normal ☐ dangkal ☐ cepat ☐

Batuk : ya/tidak Suara Nafas : Bersih ☒ Ronchi ☐

Wheezing

Sumbatan jalan nafas : sputum ☐ lendir ☐ darah ☐
ludah ☐ lain-lain

b. Sistem Kardiovaskuler

Tekanan darah : 130/90/mmHg (terpasang syringe pump

menggunakan obat dobutamine 5cc/jam & Norephineprine 3cc/jam)

Denyut nadi : 121x/menit, Irama : teratur ☐ tidak teratur ☒

Kekuatan : kuat ☐ lemah ☐ Akral : hangat ☐ dingin ☐

Pengisian kapiler : < 3 detik ☐ >3 detik ☐

Edema : tidak ada ☐ ada dilain-lain

Hasil auskultasi terdengar bunyi jantung II lup-dup, tidak terdengar bunyi jantung tambahan.

Hasil inspeksi dada terlihat berdebar-debar, bentuk dada simteris, tidak ada pembengkakan di tungkai.

c. Sistem Saraf Pusat

Kesadaran : CM ☒ Apatis ☐ Somnolen ☐ ☐

Soporos

Coma ☐

GCS = 15 E=4 M=6 V=5

Bicara : normal ☒ tak jelas ☐ kacau ☐ afasia ☐

Pupil : isokor ☒ anisokor ☐

Orientasi waktu : baik ☒ buruk ☐

Orientasi tempat : baik ☒ buruk ☐

Orientasi orang : baik ☒ buruk ☐

d. Sistem Gastrointestinal

Nafsu makan : normal ☐ meningkat ☐ menurun ☒

mual ☒ muntah ☐

setiap makan pasien menghabiskan 3-4 sendok makan dan diet

yang di konsumsi pasien diet jantung III

Mulut dan tenggorokan : normal ☒ lesi ☐

Kemampuan Mengunyah : normal ☒ kurang ☐ kesulitan ☐

Kemampuan Menelan : normal ☒ nyeri telan ☐

Perut : normal ☐ hiperperistaltik ☐ tidak ada ☐

bising usus

Kembung ☐ nyeri tekan kuadran..... /bagian

Colon dan rectum : BAB : normal ☒ konstipasi.....hari

Diare x/....jam ☐ Inkontinensia ☐

Melena ☐ Hematemesis ☐

e. Sistem Muskuloskeletal

Rentang gerak : Penuh ☐ Terbatas ☒

Keseimbangan dan cara jalan : Tegap ☐ Tidak tegap ☐

Tidak dapat di kaji karena pasien mengalami serangan jantung, pasien bedrest total dan terpasang alat IABP di femoralis kanan dan CVC di femoralis kiri, sehingga pasien imobilisasi.

Kemampuan memenuhi aktifitas sehari-hari : Mandiri ☐
Dibantu sebagian ☐ Dibantu sepenuhnya ☒ Menggunakan
alat bantu
berupa

f. Sistem Integumen

Warna kulit : normal ☒ pucat ☐ sianosis ☐
Ikterik ☐ Lain-lain
Turgor : baik ☒ buruk ☐
Luka : Tidak ada ☒ Ada pada ☐
Memar : Tidak ada ☒ Ada pada ☐
Kemerahan : Tidak ada ☐ Ada pada ☐

g. Sistem Reproduksi

Infertil: Ada ☐ Tidak ada ☒
Masalah Reproduksi : Ada ☐ Tidak ada ☒
Skrotum : Edema ☐ Ulkus ☐ Nyeri tekan ☐
Testis : Edema ☐ Massa ☐

Tidak ditemukan ada pembengkakan / odem

Prostat : Massa ☐ Nyeri tekan ☐

Tidak ditemukan ada prostat, pasien tidak mengeluh nyeri saat berkemih dan tidak mengalami kesulitan saat berkemih

Payudara : Kontur ☐ Simetris ☒ Inflamasi ☐
Jaringan parut ☐ Lain-lain

h. Sistem perkemihan

Vesica Urinaria : BAK 800cc/8 jam (Tidak ada retensi)

BAK 2.400cc x/hari Disuria Noktur ☐ Retensi ☐
Hematuria ☐ Nyeri tak terkontrol ☐

IV. DATA PENUNJANG

(Hasil pemeriksaan-pemeriksaan laboratorium, radiologi, EKG, EEG dll)

1). Hasil EKG : **ST-Elevasi pada V1, V2, V3 dan V4.**

2). Hasil photo thorax : **jantung dan paru dalam batas normal**

3). Hasil Lab: Hg: 10,4, Eritrosit : 3,50, Leukosit : 12,100, ureum: 63, kreatinin :3,04, PH: 7,497, **Pco2: 16,0, Po2: 148,1**, Hco3 : 12,5

V. TERAPI YANG DIBERIKAN

OBAT/TINDAKAN	GOLONGAN	WAKTU PEMBERIAN	TUJUAN/MANFAAT
➤ Terapi oksigen nasal 5L/i	Obat keras	24 Jam	Untuk mempertahankan keutuhan jalan nafas
➤ Terapi cairan infus Nacl 0,9% 500ml		10 tpm	Untuk memenuhi kebutuhan cairan pasien
➤ Dobutamin 50mg/dl	Inotropik		Membantu meningkatkan kontraksi otot jantung untuk meningkatkan jumlah darah yang dipompa oleh jantung mengatasi tensi. Mengatasi re tensi cairan dalam tubuh
➤ Furosemide 10mg/mlx2ml	Diuretik		Untuk mengatasi denyut jantung lambat meredakan nyeri
➤ Sulfus Atropine	Antikolinergik		Untuk meredakan nyeri
➤ Codein	Opioid		Untuk membantu mengedalikan pendarahan untuk serangan jantung
➤ Tranexamed	Anti-fibrinolitik		Pengendalian gagal jantung kongesif
➤ Katropil	ACE Inhibitor		Untuk mengatasi gagal jantung
➤ Spironolakton	Diuretik		Untuk mencegah penyumbatan pembuluh darah

➤ Klopido g rel	Antiplatelet		
➤ Asam Asetilsalisat	NSAID		Pereda nyeri dan mencegah serangan jantung
➤ IABP			Alat untuk mengedalikan aliran darah didalam jantung
➤ Lovenox	Antikoagulan		Mencegah dan mengatasi penggumpalan darah divena (trombosis vena) yang digunakan untuk mengobati jenis angina tertentu.

VI. PENGKAJIAN MASALAH PSIKOSOSIO BUDAYA DAN SPIRITUAL

PSIKOOOGIS

Perasaan pasien setelah mengalami masalah ini adalah Cemas
 Cara mengatasi perasaan tersebut Berdoa dan Pengobatan
 Rencana pasien setelah masalahnya terselesaikan Pola hidup sehat
 Jika rencana ini tidak dapat dilaksanakan Pasien merasa cemas dan takut
 Pengetahuan pasien tentang masalah/penyakit yang ada Kurang

SOSIAL

Aktifitas atau peran pasien masyarakat adalah
 Kebiasaan lingkungan yang tidak disukai adalah
 Cara mengatasinya
 Pandangan pasien tentang aktifitas sosial di lingkungannya Baik

BUDAYA

Budaya yang diikuti pasien adalah budaya Batak Toba yang aktifitasnya adalah
 Keberatannya dalam mengikuti budaya tersebut adalah Tidak ada
 Cara mengatasi beratan tersebut adalah tidak ada

SPIRITUAL

Aktifitas ibadah yang bisa lakukan sehari-hari adalah Berdoa
 Kegiatan keagamaan yang biasa dilakukan adalah Ibadah
 Aktifitas ibadah yang sekarang tidak dapat dilaksanakan adalah Mengikuti doa lingkungan
 Perasaan pasien akibat tidak dapat melaksanakan hal tersebut Sedih
 Upaya pasien mengatasi perasaan tersebut Berdoa



Apa keyakinan tentang peristiwa/masalah kesehatan yang sekarang sedang dialami Pasti akan sembuh dan pulih kembali.

VII. ANALISA DATA

Tanggal/ Jam	Data Fokus	Masalah Keperawatan	Penyebab	TT
12/11/24	<p>DS : Pasien mengatakan nyeri didada menjalar ke punggung dan ke rahang, nyeri dirasakan seperti rasa terbakar, nyeri tidak berkurang dengan istirahat, skala nyeri yang didapatkan 8, nyeri dada dirasakan.</p> <p>DO : Wajah pasien tampak meringis kesakitan, pasien tampak sering memegang area dada, jantung berdebar-debar terlihat dari iktus kordis yang kuat di area sela iga kelima, akral teraba dingin, hasil EKG didapatkan ST-Elevasi pada V1,V2,V3 dan V4. Hasil observasi TTV, TD: 130/90 mmHg dengan dobutamin 5cc/jam. HR: 121x/menit RR: 22x/ menit T: 36,4°C Spo2 : 99% dengan nasal kanul 5L/ menit</p>	Nyeri Akut	Iskemik Miokard	Anita
12/11/24	<p>DS: Pasien mengatakan badan lemah, mengeluh sesak saat melakukan aktivitas ringan seperti makan dan mengeluh kakinya kebas karena alat yang terpasang di pahanya. kaki kebas</p> <p>DO: ditemukan dispnea</p>	Intoleran Aktivitas	Ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen	Anita

	<p>d'effort setiap makan dan saat memandikan pasien karena perubahan posisi ringan, hasil EKG menunjukkan adanya ST-elevasi pada V1,V2,V3 dan V4. Pasien terpasang alat IABP pada femoralis kanan sehingga mengakibatkan imobilisasi pada pasien. Terdapat peningkatan HR pasien saat pasien melakukan aktivitas ringan 121x/menit meningkat menjadi 121-135x/menit.</p>			
12/11/24	<p>DS : pasien mengatakan sulit tidur dikarenakan rasa nyeri dada dan rasa kebas di kaki yang dialami oleh pasien.</p> <p>DO : pasien tampak lemah dan kurang semangat, tampak meringis dan gelisah, mata pasien terlihat sedikit kemerahan.</p>	Gangguan pola tidur	Ketidaknyamanan fisik (nyeri)	Anita
12/11/24	<p>DS : pasien mengeluh kenapa harus dirawat di ruangan dan memakai alat di kaki pasien.</p> <p>DS : pasien tampak gelisah, dan tidak nyaman dengan alat kesehatan yang dipakai, tampak sering mencabut nasal yang terpasang dan sulit tidur.</p>	Ansietas	Kurang terpapar informasi	Anita

12/11/24	DS : keluarga pasien mengatakan selama pasien sakit di rumah pasien jarang melakukan perawatan diri seperti mandi dan menggosok gigi dikarenakan nyeri yang dialami. DO : rambut pasien tampak berminyak, kulit tampak kering dan lidah tampak kotor berwarna kecoklatan.	Defisit perawatan diri	Kelemahan	Anita
12/11/24	DS : pasien mengeluh mengapa ia harus dirawat di ruangan intensive dan mengapa pasien harus menggunakan alat bantu kesehatan yang banyak terpasang di tubuhnya. DO : pasien tampak gelisah, pasien tampak sering ingin mencabuti alat bantu kesehatan seperti nasal yang terpasang	Kurang pengetahuan	Kurang terpapar informasi	Anita
12/11/24	DS : pasien mengeluh sesak dan nyeri bertambah saat makan, nafsu makannya menurun dan ada rasa mual DO : pasien tampak lemah, dan hanya menghabiskan 3-4 sendok makan saja makanannya.	Resiko defisit nutrisi	Faktor psikologis	Anita

VIII. PRIORITAS MASALAH

1. Nyeri akut berhubungan dengan Iskemik miokard
2. Intoleran aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan

3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan ketidaknyamanan fisik (nyeri)
4. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi
5. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi
6. Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan faktro psikologis
7. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan

IX. Daftar Masalah

No	Tanggal/ Jam	Diagnosa Keperawatan	Tanggal Teratasi	TT
1.	12/11/24	Nyeri akut berhubungan dengan iskemik miokard ditandai dengan Pasien mengatakan nyeri didada menjalar ke punggung dan ke rahang, nyeri dirasakan seperti rasa terbakar, nyeri tidak berkurang dengan istirahat, skala nyeri yang didapatkan 8, nyeri yang dirasakan kurang lebih 20 menit. Wajah pasien tampak meringis kesakitan, pasien tampak sering memegang area dada, jantung berdebar-debar terlihat dari iktus kordis yang kuat di area sela iga kelima, akral teraba dingin, hasil EKG didapatkan ST-Elevasi pada V1,V2,V3 dan V4. Hasil observasi TTV, TD: 130/90 mmHg dengan dobutamin 3cc/jam, HR: 121x/ menit, RR: 22x/ menit, T: 36,4°C, Spo2 : 99% dengan nasal kanul 5L/ menit	Belum teratasi	Anita
2.	12/11/24	Intoleran aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen ditandai dengan Pasien mengatakan badan lemah, mengeluh sesak saat melakukan aktivitas ringan seperti makan dan mengeluh kakinya kebas karena alat yang terpasang di pahanya. kaki kebas ditemukan dispnea d'effort setiap makan dan saat memandikan pasien karena perubahan posisi ringan, hasil EKG menunjukkan adanya ST-elevasi pada V1,V2,V3 dan V4. Pasien terpasang alat IABP pada femoralis kanan sehingga mengakibatkan imobilisasi pada pasien. Terdapat peningkatan HR pasien saat pasien melakukan aktivitas ringan 121x/ menit meningkat menjadi 121-135	Belum teratasi	Anita

3.	12/11/24	x/ menit. Gangguan pola tidur berhubungan dengan ketidaknyamanan fisik (nyeri) ditandai dengan pasien mengatakan sulit tidur dikarenakan rasa nyeri dada dan rasa kebas di kaki yang dialami oleh pasien. pasien tampak lemah dan kurang semangat, tampak meringis dan gelisah, mata pasien terlihat sedikit kemerahan.	Teratasi (15/11/24)	Anita
4.	12/11/24	Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan pasien mengeluh mengapa ia harus dirawat di ruangan intensive dan mengapa pasien harus menggunakan alat bantu kesehatan yang banyak terpasang di tubuhnya. pasien tampak gelisah, pasien tampak sering ingin mencabut alat bantu kesehatan seperti nasal yang terpasang.	Teratasi (14/11/24)	Anita
5.	12/11/24	Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi berhubungan dengan pasien mengeluh kenapa harus dirawat di ruangan dan memakai alat di kaki pasien. pasien tampak gelisah, dan tidak nyaman dengan alat kesehatan yang dipakai, tampak sering mencabut nasal yang terpasang dan sulit tidur.	Belum teratasi	Anita
6.	12/11/24	Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis ditandai dengan pasien mengeluh sesak dan nyeri bertambah saat makan, nafsu makannya menurun dan ada rasa mual. pasien tampak lemah, dan hanya menghabiskan 3-4 sendok makan saja makanannya.	Teratasi (14/11/24)	Anita
7.	12/11/24	Desfisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan keluarga pasien mengatakan selama pasien sakit di rumah pasien jarang melakukan perawatan diri seperti mandi dan menggosok gigi dikarenakan nyeri yang dialami. rambut pasien tampak berminyak, kulit tampak kering dan lidah tampak kotor berwarna kecoklatan.	Belum teratasi	Anita

X. Rencana Asuhan Keperawatan

Tgl/ Jam	No. Dp	Tujuan dan Sasaran	Intervensi	TT
12/1 1/24	1. Nyeri Akut	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, maka intensitas nyeri menurun, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Frekuensi nadi membaik 	<p>Manajemen nyeri</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 2. Fasilitasi istirahat dan tidur 3. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu 	
	2. Intoleran aktivitas	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, maka toleransi aktivitas meningkat, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan Lelah 	<p>Manajemen Energi</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 	

		<p>menurun</p> <p>2. Frekuensi nadi membaik</p>	<p>3. Monitor pola dan jam tidur</p> <p>4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas.</p> <p>Terapeutik :</p> <p>1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan)</p> <p>Edukasi :</p> <p>1. Anjurkan tirah baring</p> <p>2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</p> <p>3. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang</p> <p>4. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</p> <p>Dukungan Tidur</p> <p>Observasi :</p> <p>1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur</p> <p>2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis)</p> <p>3. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi</p> <p>Teraupetik :</p> <p>1. Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras dan tempat tidur)</p> <p>2. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur</p> <p>3. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis: pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur)</p>	
	3. Gangguan pola tidur	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, maka pola tidur membaik, dengan kriteria hasil :</p> <p>1. Keluhan sulit tidur berkurang</p> <p>2. Keluhan istirahat tidak cukup menurun</p> <p>3. Keluhan tidak puas tidur menurun</p>		

	<p>4. Ansietas</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam maka diharapkan ansietas menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perilaku gelisah menurun 2. Pola tidur membaik 	<p>4. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan /atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga.</p> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 2. Anjurkan oenggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM <p>Reduksi Ansietas</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non-verbal) <p>Teraupetik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ciptakan suasana teraupetik untuk menumbuhkan rasa kepercayaan 2. Dengarkan dengan penuh perhatian 3. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 4. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis 2. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 3. Latih Teknik relaksasi 	
	<p>5. defisit pengetahuan</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam maka diharapkan defisit pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat 2. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun 3. Perilaku sesuai dengan 	<p>Edukasi Kesehatan</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi. <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Informasikan terkait penyakit pasien dan dampak dari terapi dan alat bantu yang digunakan pasien. 2. Jelaskan faktor resiko yang dapat memepengaruhi kesehatan 3. Ajarkan perilaku hidup bersih dan 	

		pengetahuan meningkat.	sehat.	
6. resiko defisit nutrisi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam maka diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil : 1. Nafsu makan membaik 2. Porsi makan yang dihabiskan meningkat		<p><u>Manajemen Nutrisi</u></p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien 2. Monitor asupan makanan 3. Identifikasi status nutrisi <p>Teraupetik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis: pereda nyeri, antiemetik), jika perlu 2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu 	
7. defisit perawatan diri	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam maka diharapkan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan mandi meningkat 2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat 3. Kemampuan makan meningkat 4. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat		<p><u>Dukungan Perawatan Diri</u></p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tingkat kemandirian pasien 2. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian dan makan <p>Teraupetik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan yang teraupetik 2. Siapkan keperluan pribadi (mis: sikat gigi, sabun mandi dll) 3. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 4. Fasilitasi untuk menerima ketergantungan 5. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 6. Jadwalkan rutinitas perawatan diri. 	

XI. Tindakan Keperawatan

Tgl/ Jam	No. Dp	Implementasi	Respon	TT
12/11/24 17:00	1,2	- Menerima pasien dari cathlab dan membantu memindahkan pasien, pasien terpasang IVFD Nacl 0.9% : 10tpm, terpasang syringe pump dengan dobutamin 5cc/jam dan Norephinephrine 3cc/jam, terpasang CVC femoralis, foley catheter dan IABP di femoralis kanan.		
17:15	1,3,5	- Melakukan pengkajian nyeri yang komprehensif meliputi: frekuensi, lokasi, karakteristik, durasi, kualitas, dan pencetusnya.	Pasien mengatakan nyeri di dada menjalar ke punggung dan ke rahang, nyeri dirasakan seperti terhimpit beban berat, nyeri tidak berkurang dengan istirahat, skala nyeri yang didapatkan 8, nyeri yang dirasakan kurang lebih 20 menit.	
	4,5,3	- Memberikan edukasi kepada pasien tentang fungsi dan efek samping alat bantu kesehatan yang digunakan	Pasien masih merasa kurang puas dan belum menerima keadaan.	

17:25	1,2	- Melakukan pemantauan hemodinamik melalui EKG monitoring. TTV, TD : 130/90mmHg, Hr: 121x/menit, RR : 22x/ menit, SPO2 : 99% dengan binasal 5L/ menit, T: 36,5°C		
18:10	2,6,7	- Membantu Tn.Z makan diet jantung 3 rendah kalori 1800Kkal. - Membantu Tn.z minum obat oral captopril 25mg, Clopidogrel 75mg, asetilsalisilat 80mg, coralan 5mg.	Pasien mengeluh sesak dan nyeri saat makan.	
19:00	1	- Melakukan pemantauan observasi hemodinamik di alat IABP, tekanan sistolik : 75, diastolik : 45, MAP : 54, augmentasi : 112		
19:10	1	- Observasi pulsasi ekstremitas mendengar bunyi denyut nadi dengan dopler IABP di arteri dorsalpedis,		

19:30	2	<p>poplitea pedis, femoralis kanan : ka/ki : +/+, terdengar kuat.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observasi atau monitoring urin tn.z 700cc dengan warna kuning jernih. 		
19:45	1,3,5	<ul style="list-style-type: none"> - Melakukan evaluasi nyeri pada Tn.z dimana Tn.z masi mengeluh nyeri, paien tampak meringis dengan skala nyeri 8, dan pasien tampak gelisah. 		
	1,2	<ul style="list-style-type: none"> - Menganjurkan pasien untuk istirahat yang adekuat untuk mengontrol nyeri. 		

Tgl/ Jam	No. Dp	Implementasi	Respon	TT
13/11/24 20:10	1,3,5	<ul style="list-style-type: none"> - Melakukan pengkajian nyeri yang komprehensif meliputi: frekuensi, lokasi, karakteristik, durasi, kualitas, dan pencetusnya. 	pasien mengatakan masih merasakan nyeri didada, nyeri dirasakan seperti rasa terbakar, nyeri	
20:15	1,2,3,5,	<ul style="list-style-type: none"> - Menganjurkan pasien untuk manajemen nyeri (teknik nafas dalam) untuk mengontrol nyeri. 	, skala nyeri yang didapatkan 6, nyeri yang dirasakan kurang lebih 10	
21:00	1	<ul style="list-style-type: none"> - Melakukan pemantauan hemodinamik melalui EKG monitoring. TTV, TD : 100/70mmHg, HR: 108x/menit, RR : 20x/menit, 	menit. Pasien mengatakan kaki sebelah kanan tidak dapat digerakkan	

21:20	1,2,6	<p>SPO2 : 99% dengan binasal 5L/menit, T: 36,8°C</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitoring cairan infus Nacl 0,9% 500cc : 30 ggt/menit. 	karena kaku/kebas efek pemasangan alat IABP.	
22:00	1,2,6	<ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi dengan medis dalam pemberian terapi terapi injeksi furosemid 5mg dan ceftriaxone 1gr dan omeprazol 40mg dan membantu tn.z untuk minum obat oral spironolakton 25mg. 		
22:50	1	<ul style="list-style-type: none"> - Monitoring air oksigen dan memberikan terapi oksigen nasal kanul 5 L/menit 		
23:00	1	<ul style="list-style-type: none"> - Melakukan observasi hemodinamik di IABP, tekanan sistolik : 110, diastolik : 60, MAP : 76, augmentasi : 120, frekuensi 1:1 		
23:10	1	<ul style="list-style-type: none"> - Observasi pulsasi esktremitas mendengar bunyi denyut nadi dengan dopler IABP di arteri dorsalpedis, poplitea pedis, femoralis kanan : ka/ki : +/-, terdengar kuat. 	Pasien merasa nyeri di dada dan kebas di kaki sehingga sulit tidur.	
23:50	2,3,4,5	<ul style="list-style-type: none"> - Mengkaji istirahat dan tidur pasien. - Memberikan edukasi kepada pasien tentang fungsi dan efek samping alat bantu kesehatan yang digunakan - Mengatur cahaya ruangan sebelum tidur dengan mematikan beberapa lampu 		

		dan mengurangi suhu ruangan.		
02:35	1	<ul style="list-style-type: none"> - Memberikan obat tidur alprazolam - Kolaborasi dengan medis dalam pemberian terapi dobutamin dan memberikannya melalui syringe pump 5cc/jam. 		
06:00	2,7	<ul style="list-style-type: none"> - Melakukan oral hygiene dan memandikan pasien serta mengganti linen pasien 	Pasien mengatakan sesak saat miring ke kanan dan ke kiri.	
06:45	2,6,7	<ul style="list-style-type: none"> - Membantu tn. Z minum obat sucralfate 15ml. 		
07:00	2,6,7	<ul style="list-style-type: none"> - Membantu Tn.Z makan diet jantung 3 rendah kalori 1800Kkal. 	Pasien masih mengeluh sesak saat beraktivitas untuk makan	
07:30	1,2,6,7	<ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi dengan medis dalam pemberian terapi obat oral captopril 25mg 1, Clopidogrel 75mg, asetilsalisilat 80mg, coralan 5mg. 		
07:45	2,7	<ul style="list-style-type: none"> - Monitoring urin Tn. Z, 750cc warna kuning keruh. 		
	1,3,5	<ul style="list-style-type: none"> - Melakukan evaluasi nyeri pada Tn.z dimana 	Tn.z masih mengeluh nyeri, pasien tampak meringis dengan skala nyeri 6, dan pasien tampak sedikit gelisah.	
	1,2	<ul style="list-style-type: none"> - Menganjurkan pasien untuk istirahat yang adekuat untuk mengontrol nyeri. 		

--	--	--	--	--

Tgl/ Jam	No. Dp	Implementasi	Respon	TT
14/11/24 20:10	1,3,5	- Melakukan pengkajian nyeri yang komprehensif meliputi: frekuensi, lokasi, karakteristik, durasi, kualitas, dan pencetusnya.	pasien mengatakan masih merasakan nyeri didada, nyeri dirasakan seperti terhimpit beban berat, skala nyeri yang didapatkan 5, nyeri yang dirasakan kurang lebih 10 menit. Pasien mengatakan kaki sebelah kanan tidak dapat digerakkan karena kaku/kebas efek pemasangan alat IABP.	
20:15	1,3,5	- Menganjurkan pasien untuk manajemen nyeri (teknik nafas dalam) untuk mengontrol nyeri.		
21:00	1	- Melakukan pemantauan hemodinamik melalui EKG monitoring. TTV, TD : 110/75mmHg, HR: 98x/menit, RR : 20x/menit, SPO2 : 99% dengan binasal 4L/I, T: 36,5°C		
21:10	1,6			
22:00	1,2,6	- Monitoring cairan infus Nacl 0,9% 500cc : 30 ggt/menit		

23:00	1	<ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi dengan medis memberikan terapi injeksi furosemid 5mg, ceftriaxone 1gr dan omeprazol 40mg. dan membantu tn.z untuk minum obat oral spironolakton 25mg. 		
23:10	1	<ul style="list-style-type: none"> - Melakukan observasi hemodinamik di IABP, tekanan sistolik : 80, diastolik : 46, MAP : 55, augmentasi : 120, frekuensi 1:1 		
23:40	2,3,5	<ul style="list-style-type: none"> - Observasi pulsasi esktremitas mendengar bunyi denyut nadi dengan dopler IABP di arteri dorsalpedis, poplitea pedis, femoralis kanan : ka/ki : +/+, terdengar kuat. - Mengkaji kualitas tidur dan istirahat pasien. - Mengkaji kembali pengetahuan pasien dan penerimaan kondisi pasien - Mengatur cahaya ruangan sebelum tidur dengan mematikan beberapa lampu dan mengurangi suhu ruangan. - Memberikan obat tidur alprazolam. 	<p>Pasien merasa nyeri di dada dan kebas di kaki sehingga sulit tidur.</p> <p>Pasien mengatakan sudah menerima akan terapi dan pengobatannya demi kesembuhan.</p>	
02:20	1,2,5	<ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian terapi obat dobutamin dan memberikannya melalui 		

04:15	1,5	syringe pump 3cc/jam.		
05:00	1	<ul style="list-style-type: none"> - Monitoring air oksigen dan memberikan terapi oksigen nasal kanul 4 L/menit - Melakukan pemantauan hemodinamik melalui EKG monitoring TTV, TD : 100/70mmHg, HR: 108x/menit, RR : 20x/menit, SPO2 : 99% dengan binasal 4Lmenit, T: 36,7. 	Pasien mengatakan sesak dan nyeri sudah berkurang saat miring ke kiri an ke kanan.	
06:00	2,7	<ul style="list-style-type: none"> - Melakukan oral hygiene, memandikan pasien dan mengganti linen pasien. 		
06:45	2,6,7	<ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian terapi obat sucralfate 15ml. 		
07:00	2,6,7	<ul style="list-style-type: none"> - Membantu Tn.Z makan bubur diet jantung 3 rendah kalori 1800Kkal. 		
07:25	1,2,5,6,7	<ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian terapi obat oral : captopril 25mg 1, Clopidogrel 75mg, asetilsalisilat 80mg, coralan 5mg. 		
07:45	2,7	<ul style="list-style-type: none"> - Monitoring urin Tn. Z, 750cc warna kuning keruh. 		
	1,3,5	<ul style="list-style-type: none"> - Melakukan evaluasi nyeri pada Tn.z dimana Tn.z masih mengeluh nyeri, pasien tampak meringis dengan skala nyeri 4, dan pasien tampak lebih tenang dan kooperatif. 		
	1,2,3,5	<ul style="list-style-type: none"> - Mengajukan pasien untuk 		

		istirahat yang adekuat untuk mengontrol nyeri.		
--	--	--	--	--

Tgl/ Jam	No. Dp	Implementasi	Respon	TT
16/11/2024 08:00	1,5	- Melakukan pengkajian nyeri yang komprehensif meliputi: frekuensi, lokasi, karakteristik, durasi, kualitas, dan pencetusnya.	pasien mengatakan nyeri dada sudah berkurang dan sudah dapat tidur, nyeri dirasakan seperti rasa terbakar, skala nyeri yang didapatkan 3, nyeri yang dirasakan hilang timbul. Pasien mengatakan kaki sebelah kanan tidak dapat digerakkan karena kaku/kebas efek pemasangan alat IABP.	
08:10	1,5	- Menganjurkan pasien untuk manajemen nyeri (teknik nafas dalam) untuk mengontrol nyeri.		
09:00	1	- Melakukan observasi hemodinamik di IABP, tekanan sistolik : 80, diastolik : 46, MAP : 55, augmentasi : 120, frekuensi 1:1		
09:10	1	- Observasi pulsasi ekstremitas mendengar bunyi denyut nadi dengan dopler IABP di arteri dorsolpedis, poplitea pedis, femoralis kanan : ka/ki : +/-, terdengar kuat.		

09:40	1	- Monitoring cairan infus Nacl 0,9% 500cc : 20 ggt/menit		
11:00	1	- Melakukan pemantauan hemodinamik melalui EKG monitoring. TTV, TD : 120/75mmHg, HR: 82x/menit, RR : 20x/menit, SPO2 : 99% dengan binasal 4L/menit, T: 36,7°C		
11:45	2,7	- Kolaborasi pemberian terapi obat sucralfate 15ml.		
12:10	2,7	- Membantu Tn.Z makan bubur diet jantung 3 rendah kalori 1800Kkal.		
12:35	1,2,7	- Kolaborasi pemberian terapi obat oral : captopril 25mg 1, Clopidogrel 75mg, asetilsalisilat 80mg, coralan 5mg.		
12:55	1	- Monitoring air oksigen dan memberikan terapi oksigen nasal kanul 3 L/menit		
13:00	1	- Melakukan pemantauan hemodinamik melalui EKG monitoring TTV, TD : 100/70mmHg, HR: 108x/menit, RR : 20x/menit, SPO2 : 99% dengan binasal 3L/menit, T: 36,7°C		
13:20	1,2,7	- Membantu dokter melakukan pelepasan alat IABP pada Tn.Z. dan menyiapkan pasien untuk pindah ke ruangan RIC 3.		



--	--	--	--	--

XII. Evaluasi Keperawatan

Tgl/ Jam	No. Dp	EVAUASI (SOAP)	TT
12/11/24 19:45	1.	<p>Nyeri Akut</p> <p>S : pasien mengatakan nyeri dada, menjalar ke punggung dan ke rahang.</p> <p>O : kesadaran : CM dengan GCS : 15, akral teraba dingin, nafas spontan, wajah tampak meringis dengan skala nyeri 8. Pasien tampak gelisah.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terpasang O2 binasal 5l/menit • Terpasang IVFD Nacl 0.9% : 10tpm • Terpasang Cvc femoralis • Terpasang yringe pump dobutamine 25cc • Terpasang foley catheter • Terpasang alat IABP dan EKG monitoring • IABP mode semi (triger : ECG, frekuensi 1:1, augmentasi : maksimal) di femoralis kanan. • Hasil observasi TTV, TD: 130/90, HR: 121x/menit, RR: 22x/menit, T: 36,5°C, Spo2: 99% dengan nasal 5L/menit. <p>A : nyeri dada belum berkurang</p> <p>P :intervensi dilanjutkan manajemen nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intensitas nyeri diharapkan sedang (3) • Pantau hemodinamic, intake dan output cairan • Kolaborasi dalam pemberian terapi analgesik. 	
	2.	<p>Intoleran aktivitas</p> <p>S : pasien mengatakan aktivitasnya terganggu saat sakit dan mengeluh nyeri di dada dan kaki sebelah kanan tidak dapat digerakkan karena kaku/kebas efek pemasangan alat IABP.</p> <p>O : kesadaran : CM dengan GCS : 15, akral teraba dingin, nafas spontan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terpasang O2 binasal 5l/menit • Terpasang IVFD Nacl 0.9% : 10tpm • Terpasang Cvc femoralis • Terpasang yringe pump dobutamine 25cc • Terpasang foley catheter 	

		<ul style="list-style-type: none"> • Terpasang alat IABP dan EKG monitoring • IABP mode semi (triger : ECG, frekuensi 1:1, augmentasi : maksimal) • TD : 130/90, HR : 121x/menit, RR: 22x/menit, T : 36,5°C, Spo2 : 99% dengan nasal 5L/menit. <p>A : aktivitas sepenuhnya masih dilakukan di tempat tidur.</p> <p>P : manajemen energi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pantau hemodynamic, intake dan output cairan • Bantu pasien melakukan ADL • Kolaborasi dalam pemberian terapi. • Dispnea saat dan setelah beraktivitas sedang (3). 	
3.		<p>Gangguan Pola Tidur</p> <p>S : pasien mengatakan kesulitan untuk tidur dikarenakan rasa nyeri di dada dan kaki.</p> <p>O : kesadaran : CM dengan GCS : 15, akral teraba dingin, nafas spontan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terpasang O2 binasal 5l/menit • Terpasang IVFD Nacl 0.9% : 10tpm • Terpasang Cvc femoralis • Terpasang yringe pump dobutamine 25cc • Terpasang foley catheter • Terpasang alat IABP dan EKG monitoring • IABP mode semi (triger : ECG, frekuensi 1:1, augmentasi : maksimal) • TD : 130/90, HR : 121x/menit, RR: 22x/menit, T : 36,5°C, Spo2 : 99% dengan nasal 5L/menit. <p>A : gangguan pola tidur pasien belum teratasi.</p> <p>P : intervensi dukungan tidur dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi pola kativitas dan tidur • Bantu pasien melakukan ADL • Kolaborasi dalam pemberian terapi. 	
4.		<p>Defisit Pengetahuan</p>	

		<p>S : pasien mengeluh mengapa pasien harus di rawat di ruangan dan mengapa harus menggunakan alat bantu kesehatan yang banyak</p> <p>O : kesadaran : CM dengan GCS : 15, akral teraba hangat, nafas spontan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terpasang O2 binasal 5l/menit • Pasien tampak mencabut alat baantu kesehatan seperti nasal, pasien terpasang restrain. • Terpasang IVFD Nacl 0.9% : 10tpm • Terpasang Cvc femoralis • Terpasang yringe pump dobutamine 25cc • Terpasang foley catheter • TD : 130/90, HR : 121x/menit, RR: 22x/menit, T : 36,5°C, Spo2 : 99% dengan nasal 5L/menit. <p>A : pasien sudah diedukasi, namun masih merasa belum dapat menerima kondisi pasien.</p> <p>P : intervensi edukasi kesehatan dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan fungsi dan efek samping penggunaan alat bantu kesehatan 	
5.	Ansietas	<p>S : pasien mengeluh kenapa harus dirawat di ruangan dan takut karna banyak alat yang terpasang pada pasien.</p> <p>O : kesadaran : CM dengan GCS : 15, pasien tampak gelisah.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terpasang O2 binasal 5l/menit • Terpasang IVFD Nacl 0.9% : 10tpm • Terpasang Cvc femoralis • Terpasang yringe pump dobutamine 25cc • Terpasang foley catheter • Terpasang alat IABP dan EKG monitoring • TD : 130/90, HR : 121x/menit, RR: 22x/menit, T : 36,5°C, Spo2 : 99% dengan nasal 5L/menit. <p>A : ansietas belum teratasi</p> <p>P : intervensi reduksi ansietass dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor tanda-tanda ansietas • Ciptakan suasana teraupetik untuk menumbuhkan kepercayaan 	

	6.	<ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan prosedur, termasuk sensai yang mungkin dialami • Informasikan secara aktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis. • Latih teknik relaksasi. <p>Resiko Defisit Nutrisi S : pasien mengeluh nafsu makan menurun dikarenakan nyeri dan sesak yang dirasakan saat makan. Pasien juga mengeluh mual. O : kesadaran : CM dengan GCS : 15, akral teraba hangat, nafas spontan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terpasang O2 binasal 5l/menit • Terpasang IVFD Nacl 0.9% : 10tpm • Terpasang Cvc femoralis • Terpasang yringe pump dobutamine 25cc • Terpasang foley catheter • Terpasang alat IABP dan EKG monitoring • IABP mode semi (triger : ECG, frekuensi 1:1, augmentasi : maksimal) • TD : 130/90, HR : 121x/menit, RR: 22x/menit, T : 36,5°C, Spo2 : 99% dengan nasal 5L/menit. <p>A : masalah resiko defisit nutrisi belum teratasi.</p> <p>P : intervensi status nutrisi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor asupan makanan • Identifikasi status nutrisi • Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien 	
	7.	<p>Defisit Perawatan Diri S : keluarga pasien mengatakan pasien selama sakit di rumah jarang melakukan perawatan diri seperti mandi dan gosok gigi dikarenakan rasa nyeri dan sesak d'effort yang dialami pasien. O : kesadaran : CM dengan GCS : 15, akral teraba hangat, nafas spontan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terpasang O2 binasal 5l/menit • Terpasang IVFD Nacl 0.9% : 10tpm • Terpasang Cvc femoralis • Terpasang yringe pump dobutamine 25cc • Terpasang foley catheter 	

		<ul style="list-style-type: none">• Terpasang alat IABP dan EKG monitoring• IABP mode semi (triger : ECG, frekuensi 1:1, augmentasi : maksimal)• TD : 130/90, HR : 121x/menit, RR: 22x/menit, T : 36,5°C, Spo2 : 99% dengan nasal 5L/menit. <p>A : masalah defisit perawatan diri belum teratasi.</p> <p>P : intervensi status nutrisi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none">• Monitor tingkat kemandirian pasien• Siapkan keperluan pribadi• Fasilitasi untuk menerima ketergantungan• Fasilitasi kemandirian, bantu pasien untuk melakukan perawatan diri.	
--	--	---	--

Tgl/ Jam	No. Dp	EVAUASI (SOAP)	TT
13/11/24 07:45	1.	<p>Nyeri Akut</p> <p>S : pasien mengatakan masih merasakan nyeri didada, nyeri dirasakan seperti terhimpit beban berat.</p> <p>O : kesadaran : CM dengan GCS : 15, akral teraba hangat, nafas spontan, wajah tampak meringis dengan skala nyeri 6. Pasien tampak sedikit gelisah.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terpasang O2 binasal 5l/menit • Terpasang IVFD Nacl 0.9% : 10tpm • Terpasang Cvc femoralis • Terpasang Syringe pump dobutamine 5cc/jam • Terpasang Foley catheter • IABP mode semi (triger: ECG, frekuensi 1:1, augmentasi : maksimal) di femoralis kanan. • Hasil observasi TTV, TD: 100/70mmHg, HR : 108x/menit, RR: 20x/menit, T: 36,8°C, Spo2: 99% dengan nasal 5L/menit. <p>A : nyeri dada masih dirasakan pasien, tetapi skalanya sudah berkurang</p> <p>P : intervensi dilanjutkan manajemen nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intensitas nyeri diharapkan cukup menurun (4) • Pantau hemodinamic, intake dan output cairan • Kolaborasi dalam pemberian terapi analgesik. 	
	2.	<p>Intoleran aktivitas</p> <p>S : pasien mengatakan aktivitasnya terganggu saat sakit dan mengeluh nyeri di dada dan kaki sebelah kanan tidak dapat digerakkan karena kaku/kebas efek pemasangan alat IABP.</p> <p>O : kesadaran : CM dengan GCS : 15, akral teraba hangat, nafas spontan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terpasang O2 binasal 5l/menit • Terpasang IVFD Nacl 0.9% : 10tpm • Terpasang Cvc femoralis • Terpasang Syringe pump dobutamine 5cc/jam • Terpasang Foley catheter 	

		<ul style="list-style-type: none"> • IABP mode semi (triger: ECG, frekuensi 1:1, augmentasi : maksimal) di femoralis kanan. • Hasil observasi TTV, TD: 100/70mmHg, HR : 108x/menit, RR: 20x/menit, T: 36,8°C, Spo2: 99% dengan nasal 5L/menit. <p>A : intoleran aktivitas belum teratasi</p> <p>P : manajemen energi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manajemen nyeri • Pantau hemodinamic, intake dan output cairan • Bantu pasien melakukan ADL • Kolaborasi dalam pemberian terapi. • Dispnea saat dan setelah beraktivitas cukup menurun (4). 	
3.		<p>Gangguan Pola Tidur</p> <p>S : pasien mengatakan masih kesulitan untuk tidur dikarenakan rasa nyeri di dada dan kaki.</p> <p>O : kesadaran : CM dengan GCS : 15, akral teraba dingin, nafas spontan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terpasang O2 binasal 5l/menit • Terpasang IVFD Nacl 0.9% : 10tpm • Terpasang Cvc femoralis • Terpasang Syringe pump dobutamine 5cc/jam • Terpasang Foley catheter • IABP mode semi (triger: ECG, frekuensi 1:1, augmentasi : maksimal) di femoralis kanan. • Hasil observasi TTV, TD: 100/70mmHg, HR : 108x/menit, RR: 20x/menit, T: 36,8°C, Spo2: 99% dengan nasal 5L/menit. <p>A : gangguan pola tidur pasien belum teratasi.</p> <p>P : intervensi dukungan tidur dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi pola kativitas dan tidur • Bantu pasien melakukan ADL • Kolaborasi dalam pemberian terapi. 	
4.		<p>Defisit Pengetahuan</p> <p>S : pasien mengatakan sudah paham dengan kondisinya dan sudah</p>	

		<p>menerima penggunaan alat bantu kesehatan, restrain sudah di lepaskan.</p> <p>O : kesadaran : CM dengan GCS : 15, akral teraba hangat, nafas spontan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terpasang O₂ binasal 5l/menit • Terpasang IVFD Nacl 0.9% : 10tpm • Terpasang Cvc femoralis • Terpasang Syringe pump dobutamine 5cc/jam • Terpasang Foley catheter • IABP mode semi (triger: ECG, frekuensi 1:1, augmentasi : maksimal) di femoralis kanan. • Hasil observasi TTV, TD: 100/70mmHg, HR : 108x/menit, RR: 20x/menit, T: 36,8°C, Spo2: 99% dengan nasal 5L/menit. <p>A : masalah teratasi.</p>	
5.	Ansietas	<p>S : pasien mengeluh masih ada rasa takut dengan banyaknya alat yang terpasang pada pasien.</p> <p>O : kesadaran : CM dengan GCS : 15, pasien tampak gelisah.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terpasang O₂ binasal 5l/menit • Terpasang IVFD Nacl 0.9% : 10tpm • Terpasang Cvc femoralis • Terpasang Syringe pump dobutamine 5cc/jam • Terpasang Foley catheter • IABP mode semi (triger: ECG, frekuensi 1:1, augmentasi : maksimal) di femoralis kanan. • Hasil observasi TTV, TD: 100/70mmHg, HR : 108x/menit, RR: 20x/menit, T: 36,8°C, Spo2: 99% dengan nasal 5L/menit. <p>A : ansietas belum teratasi</p> <p>P : intervensi reduksi ansietas dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor tanda-tanda ansietas • Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 	

		<ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan prosedur, termasuk sensai yang mungkin dialami • Informasikan secara aktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis. • Latih teknik relaksasi. 	
6.	<p>Resiko Defisit Nutrisi</p> <p>S : pasien masih mengeluh adanya mual saat makan namun rasa nyeri yang dirasakan saat makan sudah mulai berkurang.</p> <p>O : kesadaran : CM dengan GCS : 15, akral teraba hangat, nafas spontan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terpasang O2 binasal 5l/menit • Terpasang IVFD Nacl 0.9% : 10tpm • Terpasang Cvc femoralis • Terpasang Syringe pump dobutamine 5cc/jam • Terpasang Foley catheter • IABP mode semi (triger: ECG, frekuensi 1:1, augmentasi : maksimal) di femoralis kanan. • Hasil observasi TTV, TD: 100/70mmHg, HR : 108x/menit, RR: 20x/menit, T: 36,8°C, Spo2: 99% dengan nasal 5L/menit. <p>A : masalah pasien belum teratasi namun rasa nyeri pasien saat makan sudah mulai berkurang.</p> <p>P : intervensi status nutrisi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor asupan makanan • Identifikasi status nutrisi • Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien 		
7.	<p>Defisit Perawatan Diri</p> <p>S : pasien mengatakan sesak saat dibantu perawat untuk oral hgiene dan mandi serta berpakaian.</p> <p>O : kesadaran : CM dengan GCS : 15, akral teraba hangat, nafas spontan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terpasang O2 binasal 5l/menit • Terpasang IVFD Nacl 0.9% : 10tpm • Terpasang Cvc femoralis • Terpasang Syringe pump dobutamine 5cc/jam • Terpasang Foley catheter 		

		<ul style="list-style-type: none"> IABP mode semi (trigger: ECG, frekuensi 1:1, augmentasi : maksimal) di femoralis kanan. Hasil observasi TTV, TD: 100/70mmHg, HR : 108x/menit, RR: 20x/menit, T: 36,8°C, Spo2: 99% dengan nasal 5L/menit. <p>A : masalah defisit perawatan diri belum teratasi.</p> <p>P : intervensi status nutrisi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> Monitor tingkat kemandirian pasien Siapkan keperluan pribadi Fasilitasi untuk menerima ketergantungan Fasilitasi kemandirian, bantu pasien untuk melakukan perawatan diri. 	
Tgl/ Jam	No. Dp	EVAUASI (SOAP)	TT
14/11/24 07:45	1	<p>Nyeri Akut</p> <p>S : pasien mengatakan masih merasakan nyeri didada, nyeri dirasakan seperti terhimpit beban berat.</p> <p>O : kesadaran : CM dengan GCS : 15, akral teraba hangat, nafas spontan, wajah tampak meringis dengan skala nyeri 5. Pasien tampak lebih tenang dan kooperatif.</p> <ul style="list-style-type: none"> Terpasang O2 binasal 4L/menit Terpasang IVFD Nacl 0.9% : 10tpm Terpasang Cvc femoralis Terpasang Syringe pump dobutamine 3cc/jam Terpasang Foley catheter IABP mode semi (trigger : ECG, frekuensi 1:1, augmentasi : maksimal) di femoralis kanan. Hasil observasi TTV, TD : 110/75mmHg, HR: 98x/menit, RR : 20x/menit, SPO2 : 99% dengan binasal 5L/menit, T: 36,5°C. <p>A : nyeri dada masih dirasakan oleh pasien, dengan skala yang berkurang dari hari kedua.</p> <p>P :intervensi dilanjutkan manajemen nyeri</p>	

	2	<ul style="list-style-type: none"> • Intensitas nyeri diharapkan menurun (5) • Pantau hemodinamic, intake dan output cairan • Kolaborasi dalam pemberian terapi analgesik. <p>Intoleran aktivitas</p> <p>S : pasien mengatakan aktivitasnya terganggu saat sakit dan mengeluh nyeri di dada dan kaki sebelah kanan tidak dapat digerakkan karena kaku/kebas efek pemasangan alat IABP.</p> <p>O : kesadaran : CM dengan GCS : 15, akral teraba hangat, nafas spontan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terpasang O2 binasal 4L/menit • Terpasang IVFD Nacl 0.9% : 10tpm • Terpasang Cvc femoralis • Terpasang Syringe pump dobutamine 3cc/jam • Terpasang Foley catheter • IABP mode semi (triger : ECG, frekuensi 1:1, augmentasi : maksimal) di femoralis kanan. • Hasil observasi TTV, TD : 110/75mmHg, HR: 98x/menit, RR : 20x/menit, SPO2 : 99% dengan binasal 5L/menit, T: 36,5°C. <p>A : pasien masih <i>bed rest</i> dan pergerakan masih terbatas</p> <p>P : manajemen energi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manajemen nyeri • Pantau hemodinamic, intake dan output cairan • Bantu pasien melakukan ADL • Kolaborasi dalam pemberian terapi. • Dispnea saat dan setelah beraktivitas menurun (5). 	
	3.	<p>Gangguan Pola Tidur</p> <p>S : pasien mengatakan masih kesulitan untuk tidur dikarenakan rasa nyeri di dada dan kaki.</p> <p>O : kesadaran : CM dengan GCS : 15, akral teraba dingin, nafas spontan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terpasang O2 binasal 4L/menit • Terpasang IVFD Nacl 0.9% : 10tpm • Terpasang Cvc femoralis 	

		<ul style="list-style-type: none"> • Terpasang Syringe pump dobutamine 3cc/jam • Terpasang Foley catheter • IABP mode semi (triger : ECG, frekuensi 1:1, augmentasi : maksimal) di femoralis kanan. • Hasil observasi TTV, TD : 110/75mmHg, HR: 98x/menit, RR : 20x/menit, SPO2 : 99% dengan binasal 5L/menit, T: 36,5°C. <p>A : gangguan pola tidur pasien belum teratasi.</p> <p>P : intervensi dukungan tidur dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi pola kativitas dan tidur • Bantu pasien melakukan ADL • Kolaborasi dalam pemberian terapi. 	
4.	Ansietas	<p>S : pasien masih mengeluh ada rasa takut dengan alat yang terpasang namun sudah mulai terbiasa dengan alat kesehatan tersebut.</p> <p>O : kesadaran : CM dengan GCS : 15.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terpasang O2 binasal 4L/menit • Terpasang IVFD Nacl 0.9% : 10tpm • Terpasang Cvc femoralis • Terpasang Syringe pump dobutamine 3cc/jam • Terpasang Foley catheter • IABP mode semi (triger : ECG, frekuensi 1:1, augmentasi : maksimal) di femoralis kanan. • Hasil observasi TTV, TD : 110/75mmHg, HR: 98x/menit, RR : 20x/menit, SPO2 : 99% dengan binasal 5L/menit, T: 36,5°C. <p>A : pasien masih merasa ansietas namun sudah dapat ditolerir oleh pasien.</p> <p>P : intervensi reduksi ansietas dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor tanda-tanda ansietas • Ciptakan suasana teraupetik untuk menumbuhkan kepercayaan • Latih teknik relaksasi. 	

5.	<p>Resiko Defisit Nutrisi</p> <p>S : pasien masih mengeluh adanya mual saat makan namun rasa nyeri yang dirasakan saat makan sudah mulai berkurang.</p> <p>O : kesadaran : CM dengan GCS : 15, akral teraba hangat, nafas spontan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terpasang O2 binasal 4L/menit • Terpasang IVFD Nacl 0.9% : 10tpm • Terpasang Cvc femoralis • Terpasang Syringe pump dobutamine 3cc/jam • Terpasang Foley catheter • IABP mode semi (triger : ECG, frekuensi 1:1, augmentasi : maksimal) di femoralis kanan. • Hasil observasi TTV, TD : 110/75mmHg, HR: 98x/menit, RR : 20x/menit, SPO2 : 99% dengan binasal 5L/menit, T: 36,5°C. <p>A : masalah pasien belum teratasi namun rasa nyeri pasien saat makan sudah mulai berkurang.</p> <p>P : intervensi status nutrisi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor asupan makanan • Identifikasi status nutrisi • Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien 	
6.	<p>Defisit Perawatan Diri</p> <p>S : pasien mengatakan sesaknya dan nyeri sudah sangat berkurang saat dibantu perawat untuk oral hgiene dan mandi serta berpakaian.</p> <p>O : kesadaran : CM dengan GCS : 15, akral teraba hangat, nafas spontan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terpasang O2 binasal 4L/menit • Terpasang IVFD Nacl 0.9% : 10tpm • Terpasang Cvc femoralis • Terpasang Syringe pump dobutamine 3cc/jam • Terpasang Foley catheter • IABP mode semi (triger : ECG, frekuensi 1:1, augmentasi : maksimal) di femoralis kanan. • Hasil observasi TTV, TD : 110/75mmHg, HR: 98x/menit, RR : 20x/menit, SPO2 : 99% dengan binasal 5L/menit, T: 36,5°C. 	



		<p>A : masalah defisit perawatan diri belum teratasi.</p> <p>P : intervensi status nutrisi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none">• Monitor tingkat kemandirian pasien• Siapkan keperluan pribadi• Fasilitasi untuk menerima ketergantungan• Fasilitasi kemandirian, bantu pasien untuk melakukan perawatan diri.	
--	--	---	--

Tgl/ Jam	No. Dp	EVAUASI (SOAP)	TT
16/11/24 13:45	1	<p>Nyeri Akut</p> <p>S : pasien mengatakan nyeri dada sudah berkurang dan sudah dapat tidur.</p> <p>O : kesadaran : CM dengan GCS : 15, akral teraba hangat, nafas spontan, wajah tampak meringis dengan skala nyeri 3. Pasien tampak lebih tenang dan kooperatif.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terpasang O2 binasal 3L/menit • Terpasang IVFD Nacl 0.9% : 20tpm • Terpasang Cvc femoralis • Terpasang Foley catheter • IABP mode semi (triger : ECG, frekuensi 1:1, augmentasi : maksimal) di femoralis kanan. • Hasil observasi TTV, TD : 120/75mmHg, HR: 82x/menit, RR : 20x/menit, SPO2 : 99% dengan binasal 3L/menit, T: 36,7°C. <p>A : nyeri dada masih dirasakan dalam skala ringan dan dapat ditoleransi oleh pasien.</p> <p>P : observasi dan manajemen nyeri tetap dilanjutkan</p>	
	2	<p>Intoleran aktivitas</p> <p>S : pasien mengatakan lega setelah alat IABPnya dilepas, dan sudah bisa menggerakkan kakinya, tetapi masih terasa sakit.</p> <p>O : kesadaran : CM dengan GCS : 15, akral teraba hangat, nafas spontan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terpasang O2 binasal 3L/menit • Terpasang IVFD Nacl 0.9% : 20tpm • Terpasang Cvc femoralis • Terpasang Foley catheter • IABP mode semi (triger : ECG, frekuensi 1:1, augmentasi : maksimal) di femoralis kanan. • Hasil observasi TTV, TD : 120/75mmHg, HR: 82x/menit, RR : 20x/menit, SPO2 : 99% dengan binasal 3L/menit, T: 36,7°C. 	

		<p>A : Keterbatasan pasien dalam melakukan pergerakan/aktifitas sudah berkurang tetapi pasien masih bed rest.</p> <p>P : manajemen energi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manajemen nyeri • Pantau vital sign, intake dan output cairan • Bantu pasien melakukan ADL • Kolaborasi dalam pemberian terapi. • Dispnea saat dan setelah beraktivitas menurun (5). 	
3.		<p>Gangguan Pola Tidur</p> <p>S : pasien mengatakan sudah dapat tidur di malam hari tanpa bantuan obat tidur dan di siang hari sudah dapat istirahat.</p> <p>O : kesadaran : CM dengan GCS : 15, akral teraba hangat, nafas spontan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terpasang O2 binasal 3L/menit • Terpasang IVFD Nacl 0.9% : 20tpm • Terpasang Cvc femoralis • Terpasang Foley catheter • IABP mode semi (triger : ECG, frekuensi 1:1, augmentasi : maksimal) di femoralis kanan. • Hasil observasi TTV, TD : 120/75mmHg, HR: 82x/menit, RR : 20x/menit, SPO2 : 99% dengan binasal 3L/menit, T: 36,7°C. <p>A : gangguan pola tidur teratasi.</p>	
4.		<p>Ansietas</p> <p>S : pasien mengatakan rasa takutnya sudah berkurang dengan terlepasnya alat IABP di paha kananya, namun masih tetap merasa takut dengan pengobatannya dan kondisi kesehatannya selanjutnya.</p> <p>O : kesadaran : CM dengan GCS : 15.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terpasang O2 binasal 3L/menit • Terpasang IVFD Nacl 0.9% : 20tpm • Terpasang Cvc femoralis • Terpasang Foley catheter • IABP mode semi (triger : ECG, frekuensi 1:1, 	

		<p>augmentasi : maksimal) di femoralis kanan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasil observasi TTV, TD : 120/75mmHg, HR: 82x/menit, RR : 20x/menit, SPO2 : 99% dengan binasal 3L/menit, T: 36,7°C. <p>A : rasa ansietas psien sudah berkurang dengan pelepasan alat bantu pasien, namun masih tetap memiliki rasa takut akan kesehatnnya.</p> <p>P : intervensi reduksi ansietas dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor tanda-tanda ansietas • Ciptakan suasana teraupetik untuk menumbuhkan kepercayaan • Latih teknik relaksasi. 	
5.		<p>Resiko Defisit Nutrisi</p> <p>S : nafsu makan pasien sudah membaik dan porsi makannya sudh mencukupi, rasa mual sudah tidak ada.</p> <p>O : kesadaran : CM dengan GCS : 15, akral teraba hangat, nafas spontan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terpasang O2 binasal 4L/menit • Terpasang IVFD Nacl 0.9% : 10tpm • Pasien sudah mengahbiskan porsi makan. • Hasil observasi TTV, TD : 110/75mmHg, HR: 98x/menit, RR : 20x/menit, SPO2 : 99% dengan binasal 5L/menit, T: 36,5°C. <p>A : masalah teratasi</p>	
6.		<p>Defisit Perawatan Diri</p> <p>S : pasien mengatakan sesaknya dan nyeri sudah sangat berkurang saat dibantu perawat untuk oral hgiene dan mandi serta berpakaian.</p> <p>O : kesadaran : CM dengan GCS : 15, akral teraba hangat, nafas spontan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terpasang O2 binasal 4L/menit • Terpasang IVFD Nacl 0.9% : 10tpm • Terpasang Cvc femoralis • Terpasang Syringe pump dobutamine 3cc/jam • Terpasang Foley catheter • IABP mode semi (triger : ECG, frekuensi 1:1, augmentasi : maksimal) di femoralis kanan. 	

		<ul style="list-style-type: none">• Hasil observasi TTV, TD : 110/75mmHg, HR: 98x/menit, RR : 20x/menit, SPO2 : 99% dengan binasal 5L/menit, T: 36,5°C. <p>A : masalah defisit perawatan diri belum teratasi.</p> <p>P : intervensi status nutrisi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none">• Monitor tingkat kemandirian pasien• Siapkan keperluan pribadi• Fasilitasi untuk menerima ketergantungan• Fasilitasi kemandirian, bantu pasien untuk melakukan perawatan diri.	
--	--	---	--

BAB IV**PEMBAHASAN**

Selama penulis melakukan asuhan keperawatan pada pasien STEMI pada Tn.Z, terdapat beberapa hal yang perlu dibahas dan diperhatikan dalam penerapan kasus keperawatan tersebut. Penulis telah berusaha mencoba menerapkan dan mengaplikasikan proses Asuhan Keperawatan pada pasien dengan STEMI sesuai dengan teori-teori yang ada. Pembahasan berikut ini akan diuraikan mengenai pelaksanaan asuhan keperawatan sebagai berikut:

4.1 Pengkajian Keperawatan

Pada saat dilakukan pengkajian, menurut teori dalam (Barbara K. Timby and Nancy E. Smith, 2010), keluhan utama yang sering terjadi pada pasien dengan stemi yaitu, pasien biasanya mengeluh nyeri dada dan sesak napas. Biasanya nyeri dada yang dialami dapat menjalar ke bahu, lengan, gigi, rahang, atau tenggorokan. Biasanya nyeri digambarkan seperti diremukkan atau diremas. Pada tinjauan kasus didapatkan data bahwa pasien mengeluh nyeri di dada menjalar sampai ke punggung dan ke rahang, pasien juga mengeluh sesak napas. Nyeri dirasakan semakin berat saat beraktivitas seperti makan dan berjalan. Nyeri dirasakan seperti tertimpa beban berat.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian, diagnosa keperawatan yang muncul tidak jauh berbeda dengan yang ada pada tinjauan teoritis, namun tidak semua diagnosa ditemukan pada kasus. Penulis merumuskan diagnosa sesuai dengan keluhan dan kondisi pasien berdasarkan dengan pengkajian yang sudah dilakukan. Sesuai

dengan teoritis keperawatan, diagnosa yang muncul pada pasien dengan Diagnosa STEMI adalah :

1. Nyeri akut berhubungan dengan sindrom koroner akut
2. Penurunan curah jantung berhubungan dengan penurunan *afterload*
3. Potensial pertukaran udara tidak efektif berhubungan dengan kelebihan cairan.
4. Intoleran aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen
5. Ansietas berhubungan dengan ketidaknyamanan.

Sedangkan yang ditemukan pada kasus Tn.Z adalah sebagai berikut :

1. Nyeri akut berhubungan dengan infark miokard.
2. Intoleran aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai oksigen dan kebutuhan tubuh.
3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan ketidaknyamanan fisik (nyeri).
4. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi
5. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi
6. Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis
7. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan

4.3 Intervensi Keperawatan

Pada intervensi keperawatan, tidak terdapat kesenjangan antara Teori dan kasus. Rencana keperawatan atau intervensi disusun berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Penulis melakukan rencana tindakan keperawatan 3x24 jam. Penulis membuat Rencana keperawatan kepada Tn.Z

Dengan STEMI berdasarkan Diagnosa keperawatan yang sudah dirumuskan dan diprioritaskan, kemudian menyusun kriteria hasil dan rencana keperawatan pada pasien. Intervensi Keperawatan yang dibuat sesuai dengan masalah yang ditemukan disesuaikan dengan kebutuhan pasien.

Rencana keperawatan sesuai dengan diagnosa keperawatan pada Tn. Z adalah sebagai berikut :

- a) Nyeri Akut : perencanaan keperawatan yang digunakan adalah Manajemen Nyeri.
- b) Intoleran aktivitas : perencanaan keperawatan yang digunakan adalah manajemen energi.
- c) Gangguan pola tidur : perencanaan keperawatan yang digunakan adalah dukungan tidur
- d) Kurang pengetahuan : perencanaan keperawatan yang digunakan adalah edukasi kesehatan
- e) Ansietas : perencanaan keperawatan yang digunakan adalah reduksi ansietas
- f) Resiko defisit nutrisi : perencanaan keperawatan yang digunakan adalah manajemen status nutrisi
- g) Defisit perawatan diri : perencanaan keperawatan yang digunakan adalah dukungan perawatan diri.

4.4. Implementasi Keperawatan

Tujuan dari pelaksanaan atau implementasi keperawatan adalah untuk membantu pasien dalam mencapai tujuan yang ditetapkan yang mencakup

peningkatan kesehatan. Dalam pelaksanaan keperawatan dalam kasus ini, penulis melakukan tindakan sesuai dengan rencana atau intervensi yang telah penulis susun. Dalam pemberian implementasi selama 4x8jam, dari kedua diagnosa masalah pasien belum teratasi sepenuhnya namun kondisi pasien sudah jauh membaik.

Diagnosa yang pertama nyeri akut berhubungan dengan infark miokard dengan implementasi manajemen nyeri yang dilakukan selama 4 hari. Penulis mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, dan intensitas nyeri, melakukan indentifikasi skala nyeri secara berkala, mengkaji faktor penyebab nyeri dan situasi yang memperberat dan memperingan nyeri, memberikan terapi non farmakologis untuk mengurangi intensitas nyeri, memfasilitasi istirahat dan tidur dan kolaborasi pemberian analgetik.

Diagnosa yang ke-dua yaitu intoleran aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai oksigen dan kebutuhan tubuh dengan implementasi manajemen energi yang dilakukan selama 4 hari. Penulis memonitor lokasi dan ketidaknyaman selama melakukan aktivitas, memonitor pola istirahat dan jam tidur, mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, mengedukasi pasien untuk tirah baring dan memanggil perawat jika tanda dan gejala tidak berkurang atau jika membutuhkan sesuatu dan berkolaborasi dengan gizi untuk tentang cara meningkatkan asupan makanan.

Diagnosa yang ke-tiga yaitu gangguan pola tidur berhubungan dengan ketidaknyamanan fisik (nyeri) dengan implementasi dukungan tidur yang dilakukan selama 3 hari. Penulis mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur pasien,

mengidentifikasi obat tidur yang dikonsumsi, memodifikasi lingkungan dan mengedukais pasien tentang pentingnya tidur cukup selama sakit.

Diagnosa yang ke-empat yaitu kurang pengetahuan implementasi yang dilakukan penulis yaitu mengedukasi pasien tentang kondisi penyakitnya, fungsi dan efek samping penggunaan alat bantu kesehatan yang digunakan oleh pasien.

Diagnosa yang ke-lima ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi dengan implementasi reduksi ansietas yang dilakukan selama 4 hari. Penulis memonitor tanda-tanda ansietas, menciptakan suasana yang terapeutik, mendengarkan pasien dengan penuh perhatian dan menginformasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis pasien.

Diagnosa yang ke-enam yaitu resiko defisit nutrisi, implementasi yang dilakukan oleh penulis yaitu manajemen status nutrisi pasien, mengidentifikasi kebutuhan kalori dan jenis makanan, memonitor asupan makanan dan mengidentifikasi status nutrisi.

Diagnosa yang ke-tujuh yaitu defisit perawatan diri, implementasi yang dilakukan oleh penulis yaitu memberikan dukungan perawatan diri, dikarenakan kondisi pasien yang harus *bed rest* total sehingga perawat membantu semua kebutuhan aktivitas dan perawatan diri pasien.

4.5 Evaluasi Keperawatan

Hasil evaluasi dari kedua diagnosa yang telah dirumuskan dalam studi kasus dan asuhan keperawatan yang telah diberikan kepada pasien kurang lebih pasien sudah mencapai perkembangan yang baik dan optimal. Untuk mencapai

hasil yang maksimal dari asuhan keperawatan yang telah diberikan penulis, penulis sangat memerlukan kerjasama dengan pasien, perawat, dokter dan tim kesehatan lainnya.

Berdasarkan evaluasi yang telah dilakukan penulis selama 4 hari berturut-turut yang dimulai pada tanggal 12-16 November 2024 maka didapatkan hasil sebagai berikut :

1. Diagnosa pertama nyeri akut, berdasarkan evaluasi yang dilakukan penulis pada hari pertama, kedua dan ketiga didapatkan hasil : pasien masih merasakan nyeri tetapi sudah menurun secara perlahan, Data yang ditemukan pada hari ke-empat yaitu skala nyeri pasien 3, pasien tampak lebih tenang dan kooperatif, pasien mengatakan nyerinya sudah berkurang namun nyeri di kaki masih dirasakan karena efek pemasangan alat IABP. Sehingga hasil evaluasi ini memenuhi hasil kriteria yang telah disusun.
2. Diagnosa yang ke-dua intoleran aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai oksigen dan kebutuhan tubuh, berdasarkan evaluasi yang dilakukan penulis pada hari pertama, kedua dan ketiga didapatkan bahwa masalah intoleran aktivitas belum teratasi dikarenakan kondisi pasien yang terpasang alat IABP, sehingga segala kebutuhan pasien masih dibantu penuh oleh perawat. Data yang ditemukan pada hari ke-empat alat IABP pasien Tn.Z sudah dilepas. Sehingga pasien sudah dapat menggerakkan kakinya sedikit meskipun tidak dapat ditekuk bebas.

Sehingga hasil ini memenuhi hasil kriteria yang telah disusun meskipun belum sepenuhnya masalah dapat teratasi.

3. Diagnosa ke-tiga gangguan pola tidur berhubungan dengan ketidaknyamanan fisik (nyeri), berdasarkan evaluasi yang dilakukan penulis pada hari pertama, kedua dan ketiga didapatkan hasil : pasien masih mengeluh kesulitan untuk tidur dan istirahat dikarenakan rasa nyeri yang dialami. Data yang ditemukan pada hari ke-empat yaitu gangguan pola tidur pasien sudah teratasi pasien sudah mampu tidur tanpa bantuan obat tidur dikarenakan rasa nyeri yang dialami pasien sudah berkurang. Sehingga hasil evaluasi ini memenuhi hasil kriteria yang telah disusun.
4. Diagnosa yang ke-empat yaitu kurang pengetahuan sejalan dengan implementasi pada kelima yaitu ansietas, masalah kurang pengetahuan pasien teratasi pada hari kedua yaitu pasien sudah dapat menerima kondisi sakitnya dan sudah mau menerima penggunaan lata bantu kesehatan.
5. Diagnosa yang ke-lima ansietas berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi, berdasarkan evaluasi yang dilakukan penulis pada hari pertama, kedua dan ketiga didapatkan bahwa masalah belum teratasi dikarenakan kondisi pasien yang terpasang dengan banyak alat bantu kesehatan seperti IABP. Data yang ditemukan pada hari ke-empat alat IABP pasien Tn.Z sudah dilepas. Sehingga rasa takut dan cemas pasien sudah

berkurang. Sehingga hasil ini memenuhi hasil kriteria yang telah disusun meskipun belum sepenuhnya masalah dapat teratasi.

6. Diagnosa yang ke-enam yaitu resiko defisit nutrisi, implementasi yang dilakukan pada hari pertama masalah pasien belum teratasi, pada hari kedua dan ketiga belum sepenuhnya teratasi namun rasa nyeri dan sesak pasien saat makan sudah jauh berkurang. Pada implementasi hari ke-empat pasien sudah mampu menghabiskan porsi makanannya, sehingga masalah ini teratasi.
7. Diagnosa yang ke-tujuh yaitu defisit perawatan diri, implementasi selama 4 hari yang sudah dilakukan oleh perawat, masalah belum teratasi, namun rasa nyeri dan sesak yang dialami pasien saat dibantu perawatan diri sudah berkurang, namun dikarenakan pemasangan alat IABP sehingga mengharuskan pasien selalu dalam posisi semi fowler dan harus bed rest total sehingga perawatan diri dibantu sepenuhnya oleh perawat.

BAB V

PENUTUP

1.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil pembahasan asuhan keperawatan pada pasien STEMI, dapat disimpulkan beberapa hal, sebagai berikut :

1. Berdasarkan hasil pengkajian pada pasien didapatkan pasien mengalami nyeri dada menjalar ke punggung dan ke rahang dengan skala nyeri 8, pasien juga mengeluh sesak napas. Sudah dilakukan perekaman jantung atau EKG dengan hasil ST-Elevasi pada V1, V2, V3, V4 dan V6.
2. Diagnosa yang paling prioritas adalah nyeri akut berhubungan infark miokard yang ditandai dengan pasien mengeluh nyeri di dada dan menjalar ke punggung dan rahang, hasil ST-Elevasi pada V1, V2, V3, V4 dan V6, pasien terlihat meringis, tampak sering memegang bagian dada dan terpasang alat IABP.
3. Rencana keperawatan yang disusun untuk mengatasi masalah nyeri akut yaitu manajemen nyeri, mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, dan intensitas nyeri. Melakukan indentifikasi skala nyeri secara berkala. Memberikan terapi non farmakologis untuk mengurangi intensitas nyeri. Memfasilitasi istirahat dan tidur dan kolaborasi pemberian analgetik. Untuk mengatasi masalah intoleran aktivitas yaitu manajemen energi dengan membantu aktivitas sehari-hari pasien sepenuhnya.
4. Implementasi keperawatan yang dilakukan selama 4x8 jam sesuai dengan intervensi utama yaitu manajemen nyeri dan manajemen energi yang terdiri dari tindakan observasi, teraupetik, edukasi dan kolaboratif.

Tindakan utama yang dilakukan adalah observasi dan pantau hemodinamic pada alat IABP.

5. Evaluasi yang dilakukan setiap pertukaran shift untuk melihat perkembangan keadaan pasien sesuai masalah yang ditemukan, tetapi pada saat ini pasien melakukan evaluasi 1x8 jam atau 1 shift dalam 1 hari untuk menilai perkembangan keadaan pasien.

1.2 Saran

1. Bagi perawat

Diharapkan agar perawat mampu menerapkan hasil asuhan keperawatan pada pasien STEMI di RSUP Haji Adam Malik Medan. Diharapkan dalam melakukan pengkajian tetap memperhatikan kerjasama dan hubungan yang baik dengan pasien atau keluarga pasien dan dapat mengaplikasikan semua rencana dalam melaksanakan tindakan keperawatan kemudian dapat memperoleh evaluasi sesuai dengan yang diharapkan sebelumnya.

2. Bagi pasien dan keluarga pasien.

Diharapkan keterlibatan dan kerjasama antara keluarga pasien, pasien, dengan perawat dalam proses perawatan sehingga didapatkan proses keperawatan yang berkesinambungan, cepat dan tepat untuk mengatasi masalah keperawatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Affandi, E., Koesoemah, S., & Tiksnadi, B. B. (2021). Laporan Kasus : Sidik Perfusi Miokard SPECT / CT Pada Pasien Dekstrokardia Dengan Dugaan Penyakit Jantung Koroner. *J Indon Med Assoc*, 71. 93–99.
- America Heart Association. Asian & Pasific Islanders and Cardiovascular Diseases. [sumber Online]. 2015. [Diakses Tanggal 25 Oktober 2017]. Tersedia dari URL: <http://www.heart.org>
- Anisa, R. (2024). *Pemantauan Intra-Aortic Balloon Pump (Iabp) Pada Pasien Non-St- Elevation Myocardial Infarction (Nstemi) Pre Dan Post Coronary Artery Bypass Graft (Cabg) Di Ruang Perawatan Cardiovascular Care Unit (Cvcu) Dan Intensive Care Unit (Icu) Pusat Jantung Terpad.*
- Barbara K. Timby and Nancy E. Smith. (2010). *Medical Surgical Nursing* (10th ed.).
- Berliani, I. (2019). Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Infark Miokard Akut (STEMI Anterior) Di Ruang Melati RSUD Bangil. (46-100) Sidoarjo. Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo. [http://eprints.kertacendekia.ac.id/id/eprint/50/1/KTIintan berliani.pdf](http://eprints.kertacendekia.ac.id/id/eprint/50/1/KTIintan%20berliani.pdf)
- Brunner & Suddarth's. (2018). *Medical-Surgical Nursing* (14th edition). Wolters Kluwer Health.
- Fatimah, & Nuryaningsih. 2020. Buku Ajar Keperawatan Sistem Kardiovaskuler. Semarang. Poltekkes Kemenkes Semarang.
- Febtrina, R., & Malfasari, E. (2020). Analisa Nilai Tanda-Tanda Vital Pasien Gagal Jantung. *Health Care : Jurnal Kesehatan*, 7(2), 62– 68.
- Harding, M. M., & Kwong, J. (2019). *Lewis ' s Medical-Surgical Nursing Assessment and Management of Clinical Problems*.
- Hariyono. 2020. Buku Ajar Asuhan Keperawatan Sistem Kardiovaskuler Untuk Profesi Ners. Jombang. ICME PRESS.
- Irmalita. 2020. Pedoman Tatalaksana Sindrom Koroner Akut. Centra Communication.
- Kurnia, A. (2021). STEMI Inferior dengan Infark Ventrikel Kanan dan Posterior. *Cermin Dunia Kedokteran*, 48(11), 349–352.
- Kemenkes RI. (2022). Penyakit Jantung Penyebab Utama Kematian, Kemenkes Perkuat Layanan Primer. *Penyakit-Jantung Penyebab-Utama-Kematian-Kemenkes-Perkuat-Layanan-Primer.Html*.

<https://www.kemkes.go.id/article/view/22092900001/>

Muhibbah, Wahid, A. & I. (2019). Karakteristik Pasien Sindrom Koroner Akut Pada Pasien Rawat Inap Ruang Tulip Di Rsud Ulin Banjarmasin. *Indonesian Journal for Health Sciences*, 3(1).
<https://doi.org/10.24269/ijhs.v3i1.1567>

Permenkes. (2019). *Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Sindroma Koroner Akut*.

Rachmawati, M., & Nafiah, rizka h. (2021). Asuhan Keperawatan Pasien St Elevasi Miokard Infark (Stemi) Dalam Pemenuhan Kebutuhan Istirahat Dan Tidur. *Repositori Universitas Kusuma Husada Surakarta*, 53(9), 1689–1699.

Riskesdas. (2018). *Riset Kesehatan Dasar: Riskesdas 2018*. Jakarta: Badan dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

Sariningsih, Tita. asuhan keperawatan nyeri akut pada Tn. S dengan infark miokard akut di ruang sakura RSUD dr. Seohadi Prijonegoro Sragen 2021. [Studi Kasus]. Tersedia dalam URL www.digilib.stikeskusumahusada.ac.id

WHO. (2022). *Cardiovascular diseases (CVDs)*.
[https://www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))

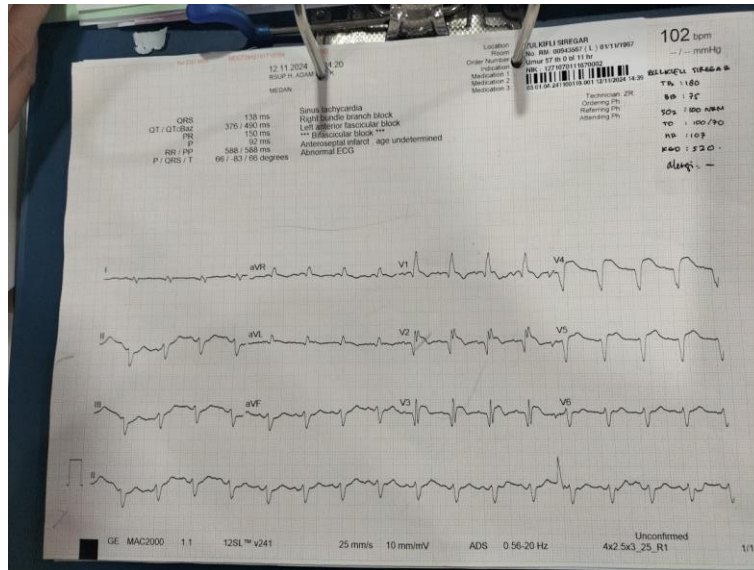
Widianingsih & Sahrudi. (2022). Efektivitas Tindakan Primary Percutaneous Coronary Intervention Pada Pasien Stemi Onset Kurang Dari 6 Jam. *Malahayati Nursing*, 4(3), 733–745.
<https://doi.org/10.33024/mnj.v4i3.6086>

Yahya, F. (2020). *Mencegah dan Mengatasi Penyakit Jantung Koroner Secara Tepat dan Cepat*. Bandung : Qanita

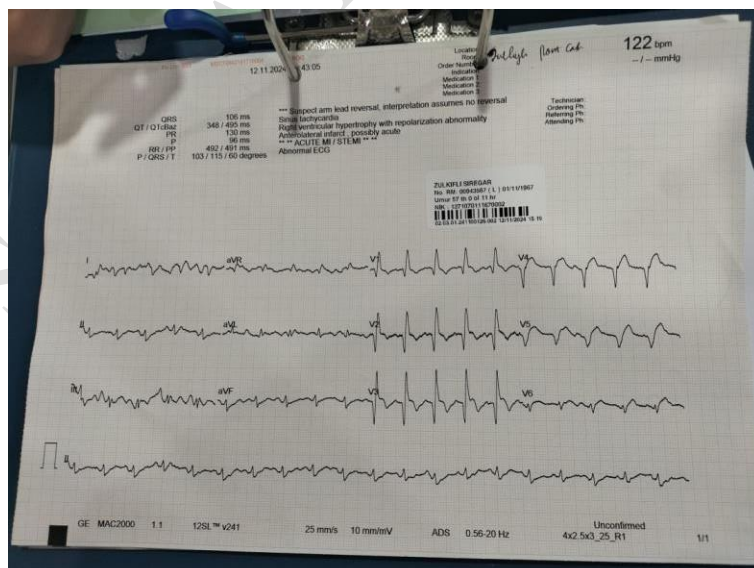
LAMPIRAN

HASIL PEMERIKSAAN PENUNJANG

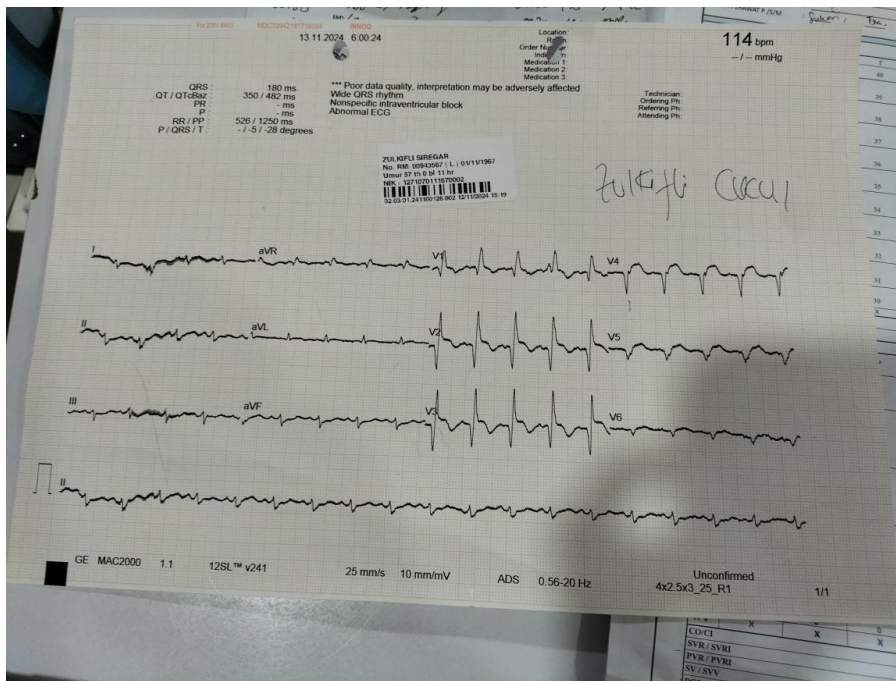
1. EKG 12-11-24 (IGD)



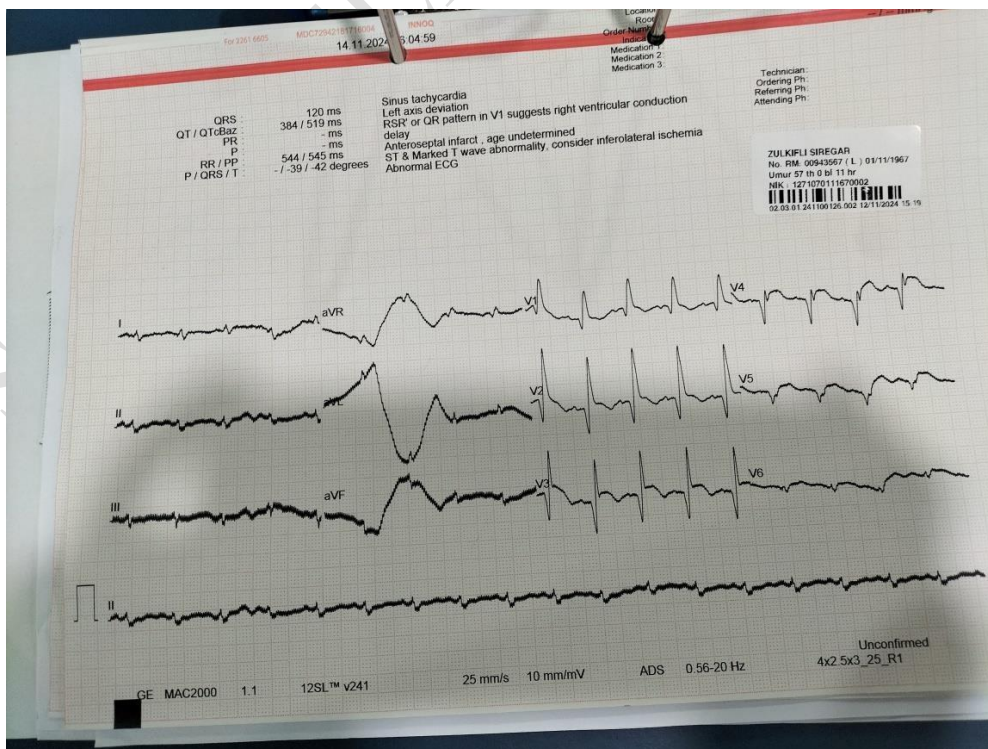
2. EKG 12-11-24 (CVCU)



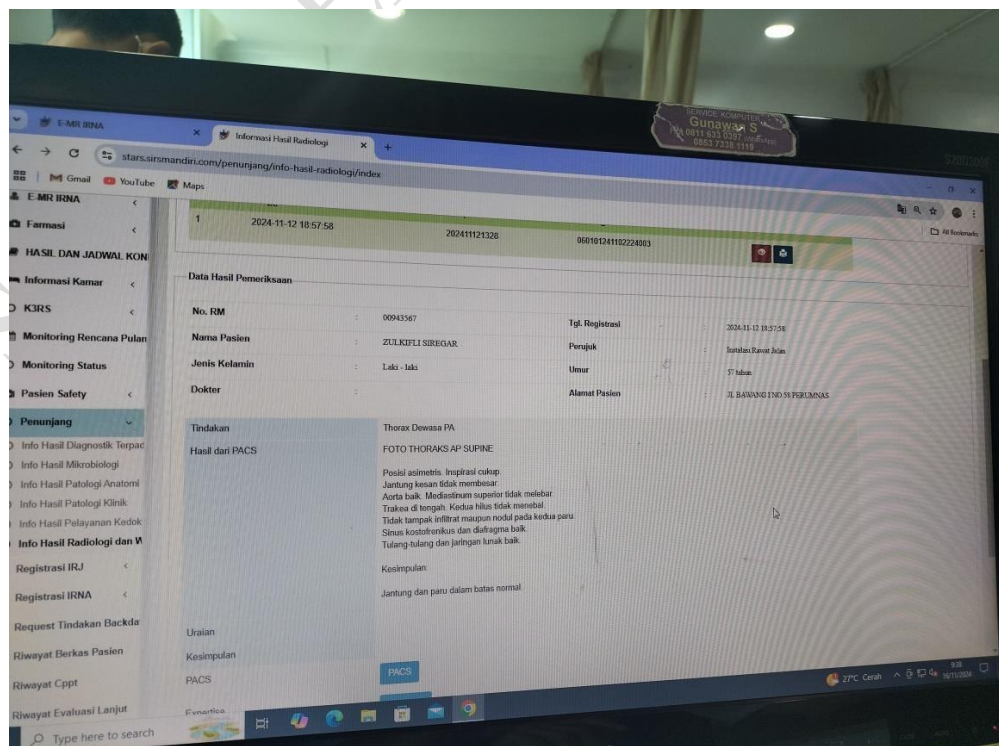
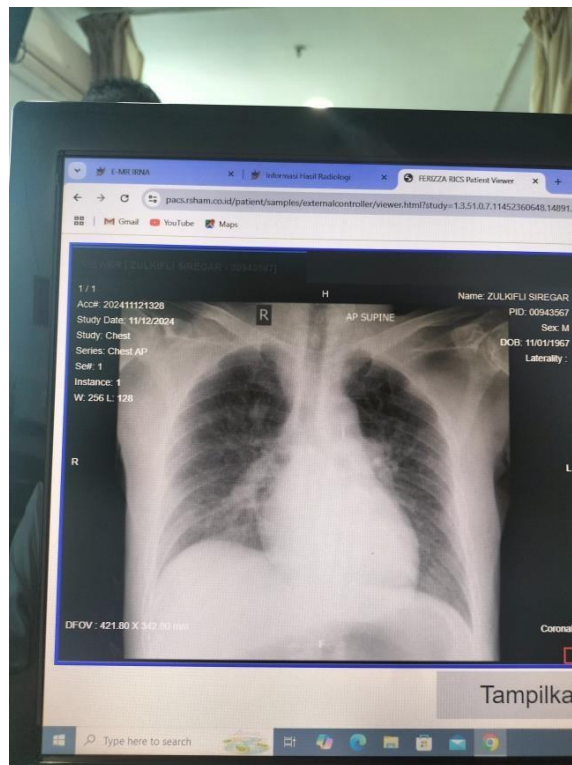
2. EKG 13-11-24



3. EKG 14-11-24



HASIL PHOTO THORAXS



Hasil Laboratorium

Data Hasil Pemeriksaan

No. RM	0994360	Tgl. Registrasi	2024.01.01 05:30:04
Nama Pasien	ZULKRIYATI SIBERDAJ	Pemerik	Indah Rizka Sari
Jenis Kelamin	Laki-laki	Umur	31 tahun
Dokter	dr. Rizka Lumban, M.Si (Cia Padi, S.Pd)	Alamat Pasien	A. BAKHTI (NO. 2) PUSKASIS
No. Rong	180302411101004	Sampel	01

No.	Jenis Pemeriksaan	Satuan	Hasil	Referensi
1	FAAL HEMOSTASIS			
2	APTT			
3	Prothrombin	detik	11.8	11-14.7
4	Kontrol	detik	11.8	
5	HEMATOLOGI			
6	Derah Lengkap			
7	Hemoglobin (HGB)	g/dL	15.0	13.8-16.0
8	Eritrosit (RBC)	juta / μ L	450	4.0-5.5
9	Leukosit (WBC)	/mm ³	10.0	4.0-11.0
10	Hematokrit (HCT)	%	45.0	38-48
11	Transferrin (Tf)	%	275.000	100.000-300.000

11	Transferrin (Tf)	%	275.000	100.000-300.000
12	MCV	fL	81	81-100
13	MCH	pg	26.7	27.3-31.8
14	MCHC	g/dL	32.5	31.8-34.8
15	RDW	%	13.5	11.6-14.6
16	MPV	fL	11.3	8.0-12.0
17	PCT	%	0.316	0.08-0.300
18	PDW	%	11.2	10.0-15.0
19	Platelet Count	/mm ³	17.0	150-400
20	Neutrophil	%	55.0	50.0-70.0
21	Lymphocyte	%	35.0	20.0-40.0
22	Monocyte	%	10.0	2.0-10.0
23	Eosinophil	%	0.0	0.0-5.0
24	Basophil	%	0.0	0.0-1.0
25	Neutrophil Absolute	/mm ³	1.83	1.5-7.0
26	Lymphocyte Absolute	/mm ³	1.35	1.0-4.0
27	Monocyte Absolute	/mm ³	0.13	0.0-1.0
28	Eosinophil Absolute	/mm ³	0.0	0.0-0.5
29	Basophil Absolute	/mm ³	0.0	0.0-0.1
30	MPV	fL	11.3	8.0-12.0

41	pH		7.38	7.35-7.45
42	pCO ₂	mmHg	40.0	35-45
43	pO ₂	mmHg	100.0	80-100
44	Bicarbonate (HCO ₃)	mmol/L	24.0	22-28
45	Total CO ₂	mmol/L	24.0	22-28
46	Kalium (K)	mmol/L	3.8	3.5-5.0
47	Natrium (Na)	mmol/L	138	135-145
48	Kalsium (Ca)	mg/dL	9.0	8.5-10.0
49	Kalsium (P)	mg/dL	9.0	8.5-10.0
50	Kalsium (C)	mg/dL	9.0	8.5-10.0
51	Magnesium (Mg)	mg/dL	1.8	1.5-2.0
52	Asam Laktat (Lactate)	mg/dL	0.1	0.0-1.0

