



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN.J DENGAN
ST ELEVATION MYOCARDIAL INFRACTION
DI RUANG KARDIOLOGI KAMAR 608
RSUD KOJA JAKARTA UTARA**

SYAEFUDIN DWI FADILLAH

2110013

**PRODI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN RS HUSADA
JAKARTA, 2024**



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN.J DENGAN
ST ELEVATION MYOCARDIAL INFRACTION
DI RUANG KARDIOLOGI KAMAR 608
RSUD KOJA JAKARTA UTARA**

Laporan Tugas Akhir

**Diajukan sebagai persyaratan dalam menyelesaikan
Pendidikan Diploma Tiga Keperawatan**

SYAEFUDIN DWI FADILLAH

2110013

**PRODI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN RS HUSADA
JAKARTA, 2024**

HALAMAN PERNYATAAN ORSINALITAS

**Laporan Tugas Akhir ini adalah hasil karya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar**

Nama : Syaefudin Dwi Fadillah

NIM : 2110013

Tanda Tangan : 

Tanggal : 26 Juni 2024

LEMBAR PERSETUJUAN

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN.J DENGAN
ST ELEVATION MYOCARDIAL INFRACTION
DI RUANG KARDIOLOGI KAMAR 608
RSUD KOJA JAKARTA UTARA**

Jakarta, 26 Juni 2024

Pembimbing



Ns. Yarwin Yari, M.Biomed, M.Kep

LEMBAR PENGESAHAN

Asuhan Keperawatan pada Pasien Tn. J dengan ST Elevation Myocardial Infarction di Ruang Kardiologi Kamar 608 RSUD Koja Jakarta Utara

Dewan Penguji
Pembimbing,



(Ns. Yarwin Yari, M.Kep.,M.Biomed)

Ketua Penguji



(Ns. Rizqa Wahdini, M.Kep)

Anggota Penguji



(Ns. Neni Dian Nilawati, S.Kep)

Menyetujui

Program Studi Diploma Tiga Kesehatan



(Ns. Nia Rosdiani, M.Kep., Sp.Kep.MB)

Ketua

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada ALLAH, SWT Tuhan Yang Maha Esa, karna atas berkat dan Rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan laporan Tugas Akhir ini. Penulisan Tugas Akhir ini dilakukan dalam rangka memenuhi persyaratan untuk menyelesaikan pendidikan Diploma Tiga Keperawatan di STIKes RS Husada. Saya menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan laporan Tugas Akhir ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan Tugas Akhir ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan terimakasih kepada :

1. Ibu Ellyinia, S.E.,M.M selaku Ketua STIKes RS Husada
2. Ibu Ns. Nia Rosliany,M.Kep.Sp.Kep.MB selaku Ketua Prodi Diploma Tiga
3. Bapak Ns. Yarwin yari, M. Kep., M. Biomed, selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikirannya untuk mengarahkan saya dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Ibu Ns. Rizqa Wahdini, M. Kep, selaku dosen penguji yang banyak memberikan masukan sehingga memberikan motivasi kepada saya dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Ibu Ns. Neni S. Kep, selaku penguji yang banyak memberikan masukan dan motivasi kepada saya sehingga membuat saya termotivasi dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Pihak Rumah Sakit Koja Jakarta Utara yang telah banyak membantu dalam usaha memperoleh data yang saya perlukan.
7. Dr. Ida Bagus Nyoman Banjar, MKM selaku Direktur Umum RSUD Koja Jakarta Utara
8. Ibu Siti Rochmah selaku Ibu saya yang telah memberikan dukungan material dan moral dan selalu mendukung saya dalam hal apapun

9. Ubaydillah Akhtar Ramadan selaku adik saya yang telah memberikan dukungan serta doa sehingga memotivasi saya dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini
10. Ratih Noviandi selaku pacar saya yang telah memberikan dukungan serta doa sehingga membuat saya termotivasi dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
11. Sahabat dan teman-teman saya yang telah banyak membantu dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
12. Tn. J dan keluarga atas bantuan dan kerjasamanya selama penulis memberikan asuhan keperawatan
13. Untuk penulis, terimakasih telah berjuang untuk tiga tahun ini, terimakasih telah bisa bertahan sampai detik ini dan terimakasih untuk segala apapun yang dilakukan.

Akhir kata, saya berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu dalam penulisan karya tulis ilmiah ini, semoga karya tulis ilmiah ini membawa manfaat dikemudian hari.

Jakarta, 26 Juni 2024



Syaefudin Dwi Fadillah

DAFTAR ISI

HALAMAN PERNYATAAN ORSINALITAS	ii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vii
LAMPIRAN	ix
BAB I: PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan	6
C. Ruang Lingkup	7
D. Metode Penulisan	7
E. Sistematik Penulisan	8
BAB II TINJAUAN TEORI.....	9
A. Definisi.....	9
B. Patofisiologi.....	10
1. Etiologi.....	10
2. Faktor Resiko.....	13
3. Manifestasi Klinis.....	17
4. Klasifikasi.....	19
5. Komplikasi	20
C. Penatalaksanaan.....	21
D. Pengkajian Keperawatan.....	23
E. Diagnosa Keperawatan	29
F. Perencanaan Keperawatan	29
G. Pelaksanaan Keperawatan.....	42
H. Evaluasi Keperawatan.....	43
BAB III TINJAUAN KASUS	45
A. Pengkajian.....	45
1. Identitas pasien	45
2. Resume	46
3. Riwayat kesehatan	47
4. Pengkajian fisik	52
5. Data tambahan	55
6. Data penunjang	55

7. Penatalaksanaan	56
8. Data fokus.....	56
9. Analisa Data	57
10. Diagnosa Keperawatan	63
B. Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi	64
BAB IV PEMBAHASAN.....	78
A. Pengkajian.....	78
B. Diagnosa Keperawatan	81
C. Perencanaan Keperawatan	82
D. Pelaksanaan Keperawatan.....	84
E. Evaluasi.....	86
BAB V PENUTUP	90
A. Kesimpulan.....	90
B. Saran.....	93
DAFTAR PUSTAKA.....	94

LAMPIRAN

Lampiran 1 : Pathway	95
Lampiran 2 : Analisa Obat	96
Lampiran 3 : Foto Thorax dan EKG.....	97

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Jantung memegang peranan penting dalam sistem aliran darah yang akan mengalirkan darah sebagai oksigen dan nutrisi ke seluruh tubuh, sehingga jika anda mengalami gangguan jantung maka akan sangat berbahaya mengingat banyak kasus kematian yang disebabkan oleh penyakit jantung. Salah satu penyakit jantung yang memiliki angka kematian tertinggi di negara maju dan berkembang adalah ST Elevation Miokard Infark. (Prihatiningsih & Sudyasih, 2019)

Jantung adalah organ otot kosong yang terletak di titik fokus dada. Di sisi kiri dan kanan jantung terdapat vena (bilik) bagian atas yang menampung darah dan bilik (ventrikel) yang mengalirkan darah. Untuk memastikan darah mengalir hanya dalam satu arah, ventrikel memiliki katup di celah dan saluran keluarnya, dan fungsi utama jantung adalah mengalirkan oksigen ke tubuh dan menghilangkan metabolit (karbon dioksida). Jantung kemudian mengumpulkan darah yang kaya oksigen dari paru-paru dan mengalirkannya ke jaringan di seluruh tubuh. (Astuti, 2017).

ST Elevation Miokard Infark (STEMI) inferior adalah sejenis kondisi koroner yang intens. Tipe ini terjadi ketika pembuluh darah koroner yang mensuplai bagian jantung yang normal terhambat total, sehingga mengganggu perfusi miokard. Sekitar 40% kasus nekrosis lokal miokard yang intens merupakan STEMI biasa-biasa saja. STEMI yang pengaruh utamanya di bawah rata-rata pada umumnya memiliki prognosis dan hasil yang cukup baik. Namun efeknya akan berbeda jika STEMI juga melibatkan ventrikel kanan dan belakang. (Kurnia, 2021). Elevasi segemen St infark miokard akut atau (STEMI) Penting untuk penyakit koroner parah yang terjadi karena penyumbatan total saluran koroner oleh trombus yang dibentuk atau dihasilkan sebagai reaksi tubuh terhadap pecahnya plak aterosklerotik. (Siregar et al., 2020)

Menurut *American Heart Association* (AHA), 2023 Penyakit jantung koroner masih menjadi sumber utama kematian di Amerika, mewakili 928,741 kematian pada tahun 2020. Dimana penyakit jantung koroner (PJK) menjadi penyebab utama dari 41.25 kematian akibat penyakit jantung koroner di Amerika, diikuti oleh stroke 17.3%, hipertensi 12,9% , gangguan kardiovaskular 9,2% dan penyakit vena 2,6%. Pada tahun 2018 dan 2019, biaya kesehatan langsung dan tidak wajar akibat penyakit jantung adalah 407,3 miliar dolar, 251,4 miliar biaya klinis, dan 155,9 miliar biaya kematian. (Tsao et al., 2023).

World Health Organization, 2021 menyatakan bahwa terdapat 17,9 juta kematian akibat penyakit kardiovaskular pada tahun 2019, yang merupakan 32% dari setiap kematian di seluruh dunia. Dari kematian tersebut, 85%

disebabkan oleh penyakit jantung dan stroke. Selain itu, di Asia pada tahun 1990 hingga 2019, jumlah penyakit jantung meningkat dari 5,6 juta menjadi 10,8 juta. Angka kematian tertinggi di Asia terdapat di Georgia 810,7 per 100.000 penduduk dan terendah di Qatar 39,1 per 100.000 penduduk. Tingkat kematian akibat penyakit koroner sebagian besar lebih tinggi di Asia Tengah dan Asia Timur dibandingkan di Asia Selatan dan Tenggara. Frekuensi kematian akibat penyakit jantung jauh lebih rendah di negara-negara Asia yang berpenghasilan tinggi, khususnya Jepang sebesar 11% dan Israel sebesar 15%, namun secara fundamental lebih tinggi di beberapa negara Asia yang berpenghasilan rendah dan menengah. (Lemogoum et al., 2021).

Data yang ditemukan Riskesdas 2018 Berdasarkan temuan dokter, ditemukan bahwa penyakit jantung koroner mencapai 1,5%. Sementara itu, jika dilihat dari kualitas jumlah penduduk pada semua umur, prevalensi penyakit jantung koroner tertinggi terdapat di Wilayah Kalimantan Utara sebesar 2,2%, disusul DI Yogyakarta dan Gorontalo sebesar 2,0%, kemudian DKI Jakarta sebesar 1,9% dengan hasil terpenting terdapat pada kelompok usia >75 tahun. tepatnya 1,85%, dimana angka kasus pada laki-laki 1,95% lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan sebesar 1,85%, dan status pendidikan tertinggi bagi korban penyakit jantung adalah 2,48% lulusan SD/MI, maka dengan asumsi kita Melihat dari luas wilayah yang tersisa, prevalensi penduduk metropolitan yang mengidap penyakit jantung secara umum akan lebih tinggi yaitu sebesar 1,6% dibandingkan dengan penduduk provinsi sebesar 1,3% (Kemenkes 2019).

Faktor risiko penyakit jantung dapat disebabkan oleh pola makan yang tidak sehat, kurang aktif bekerja, merokok dan minum minuman keras, yang dapat menyebabkan peningkatan tekanan darah, glukosa darah, lipid darah, serta kelebihan berat badan dan bahkan berat badan. Berdasarkan profil kesejahteraan yang terukur, diketahui bahwa merokok merupakan salah satu penyebab timbulnya penyakit tidak menular, salah satunya penyakit jantung koroner. Tingkat merokok pada kurun waktu > 15 tahun di Indonesia akan mencapai 28,26% pada tahun 2022. (Badan Pusat Statistika, 2022).

STEMI adalah suatu kondisi dimana terjadi pembatasan atau penyumbatan pada pembuluh darah vena koroner yang menyalurkan aliran darah ke otot jantung. Penyumbatan ini disebabkan oleh berkembangnya plak pada sub-endotelium jalur suplai koroner akibat penumpukan kolesterol dalam jangka waktu lama yang dikombinasikan dengan hipertensi yang dapat memicu pecahnya plak sehingga menimbulkan penyakit pitam. Aliran darah melalui saluran koroner menuju jantung menjadi kurang karena adanya penyumbatan sehingga jantung tidak mendapat cukup oksigen. (Riyanti et al., 2023)

Perlu diketahui bahwa otot jantung tidak dapat kembali atau pulih sendirian. Jika seseorang tidak mendapatkan aliran darah dalam waktu lama, kerusakan otot akan sangat berkepanjangan. Jika tidak segera ditangani, kerusakan pada otot jantung dapat menimbulkan berbagai komplikasi yang dapat membahayakan kesehatan bahkan mempertaruhkan kematian. Ada beberapa faktor yang menyebabkan komplikasi stemi, khususnya: aritmia atau gangguan irama jantung, gangguan kardiovaskular, dan gagal jantung. Penanggulangan gagal napas stemi sangat erat kaitannya dengan waktu,

semakin cepat tindakan dilakukan maka semakin besar pula peluang keselamatan pasien. Reaksi terhadap iskemia miokard adalah rasa sakit pada jaringan miokard yang mati. Mengingat angka kejadiannya yang tinggi, masalah utama yang harus segera ditangani adalah nyeri dada. Jika efek samping dari penyakit ini tidak berkurang atau tidak ditangani, hal ini dapat membahayakan kehidupan seseorang. harus dimungkinkan dengan pemberian farmakologis dan non-farmakologis. Pengobatan farmakologi merupakan suatu upaya atau cara untuk mengatasi rasa sakit dengan menggunakan obat-obatan. non-farmakologis terhadap para eksekutif. (Wati & Krisdiyanto, 2020)

Peran tenaga medis atau perawat sangat penting dalam memberikan pelayanan keperawatan kepada pasien, selain untuk menjaga kestabilan kesejahteraan pada pasien jantung, tugas tenaga medis juga penting dalam hal promotif yaitu memberikan pendidikan kesehatan tentang permasalahan penyakit jantung pada keluarga untuk diambil tindakan. merawat dan benar-benar fokus pada pasien di rumah. Selain itu, para perawat juga berperan dalam upaya preventif, khususnya dengan memberikan pendidikan tentang pola hidup sehat yang harus diperhatikan oleh pasien penyakit jantung. Tugas penyembuhan petugas medis adalah memberikan pertolongan atau terapi sesuai indikasi asuhan keperawatan, misalnya membuat perbedaan ADL (*Activites of Daily Living*) jika pasien mengalami intoleransi aktivitas, memberikan teknik distraksi jika pasien mengalami nyeri, memberikan terapi oksigen sesuai dengan kebutuhan jika mengalami sesak nafas. Sedangkan peran perawat sebagai rehabilitatif yaitu dengan memberikan penyuluhan

kesehatan terhadap pasien yang menderita penyakit jantung supaya tidak terjadi komplikasi (Dr. Ns. Muhammad Thabran Talib, 2022)

Berdasarkan uraian data latar belakang diatas maka penulis tertarik untuk melakukan penulisan mengenai “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. J Dengan ST Elevation Miokard Infark Di Ruang Kardiologi Lantai 6 Kamar 608 Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta Utara”

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Mahasiswa mampu melakukan asuhan keperawatan pada Tn. J dengan diagnose kasus ST Elevation Miokard Infark (STEMI) Di ruang kardiologi lantai 6 kamar 608 RSUD Koja Jakarta Utara.

2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus dalam penulisan makalah ini adalah diharapkan mahasiswa mampu :

- a. Mampu melakukan pengkajian pada pasien dengan STEMI
- b. Mampu menentukan masalah keperawatan pada pasien dengan STEMI
- c. Mampu merencanakan jenis asuhan keperawatan pada pasien dengan STEMI
- d. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan STEMI
- e. Mampu melakukan evaluasi terkait pelaksanaan tindakan keperawatan yang sudah dilakukan pada pasien dengan STEMI

- f. Mampu mengidentifikasi factor pendukung, penghambat, serta mencari Solusi atau Upaya alternative pemecah masalah
- g. Mampu mengidentifikasi kesenjangan yang di dapatkan antara teori dan kasus pada pasien dengan masalah STEMI
- h. Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan STEMI

C. Ruang Lingkup

Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini, penulis hanya membahas satu kasus yaitu “Asuhan Keperawatan pada Tn. J dengan ST Elevation Miokard Infark (STEMI) di Ruang kardiologi pada kamar 608 RSUD Koja Jakarta” dengan menggunakan proses keperawatan selama 3x24 jam dari tanggal 27 Mei 2024 sampai dengan 29 Mei 2024.

D. Metode Penulisan

Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini penulis menggunakan metode deskriptif. Dalam metode deskriptif pendekatan yang di gunakan adalah studi kasus Dimana penulis mengelola 1 (satu) kasus terkait ST Elevation Miokard Infark (STEMI) menggunakan teknik pengumpulan data melalui studi kepustakaan dan studi dokumentasi. Studi kepustakaan yaitu dengan membaca dan mempelajari buku-buku atau jurnal keperawatan sebagai literatur acuan yang berhubungan dengan ST Elevation Miokard Infark (STEMI). Sedangkan, studi dokumentasi yaitu dengan mengumpulkan data dengan mempelajari

rekam medis dan catatan yang berkaitan dengan kondisi pasien, wawancara langsung dengan pasien dan keluarga serta tenaga kesehatan yang mengetahui tentang kondisi pasien, serta pemeriksaan fisik pada pasien.

E. Sistematik Penulisan

Dalam penulisan karya tulis ilmiah ini disusun secara sistematis yang terdiri dari 5 (lima) BAB, Yaitu BAB I berisi pendahuluan yang meliputi latar belakang, rumusan masalah, tujuan penulisan, ruang lingkup, metode penulisan dan sistematikan penulisan. BAB II berisi tujuan teori dalam penguraian konsep dasar yang meliputi pengertian, patofisiologi (etiologi, proses, manifestasi klinik dan komplikasi), penatalaksanaan, pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. BAB III berisi tinjauan kasus pada asuhan keperawatan pada pasien dengan ST Elevation Miokard Infark (STEMI). Yang meliputi pengkajian keperawatan, diagnose keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan. BAB IV berisi pembahasan yang meliputi kesenjangan antara teori dan kasus termaksud factor-faktor pendukung dan penghambat serta pemecahan masalah dari proses pengkajian keperawatan, diagnose keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan. BAB V berisi penutup yang meliputi kesimpulan dan saran dari keseluruhan makalah.

BAB II

TIJAUAN TEORI

A. Definisi

ST Elevation Myocardial Infraction (STEMI) merupakan jenis gagal jantung berupa penyumbatan total pada arteri koroner sehingga otot jantung tidak mendapat pasokan oksigen, yang ditandai dengan nyeri dada dan sesak napas, sehingga mengurangi penyerapan oksigen dan meningkatkan laju pernapasan (Amalia et al., 2023).

ST-Elevation Myocardial Infarction (STEMI) atau infark miokard disebabkan oleh saluran koroner aterosklerotik atau penyebab lain yang dapat menyebabkan ketidaksetaraan antara permintaan pasar oksigen di miokardium. Iskemia miokard terjadi pada awalnya, namun jika aktivitas tidak dilakukan segera dapat menyebabkan kerusakan kardiovaskular permanen (Agustina et al., 2023).

Infark miokard adalah keadaan ketidakseimbangan antara suplay oksigen miokard sehingga jaringan miokard mati, hal ini disebabkan oleh aterosklerosis pada dinding koridor koroner (Idris & Prawati, 2022).

B. Patofisiologi

1. Etiologi

Infark miokardium akut (IMA) ditandai dengan pembusukan miokard yang disebabkan oleh kurangnya suplai darah karena penyumbatan parah pada koridor koroner. Penyumbatan ini sebagian besar disebabkan oleh pecahnya plak aterosklerotik di koridor koroner yang kemudian diikuti oleh pitting, vasokonstriksi, reaksi inflamasi, dan mikroembolisasi distal. Kadang-kadang penyumbatan parah ini juga bisa disebabkan oleh kebocoran saluran koroner, emboli, atau vaskulitis.

Skema yang berlangsung lebih dari 30-45 menit akan menyebabkan kerusakan sel pembusukan dan akan berhenti berkontraksi selamanya. Jaringan yang mengalami infark dikelilingi oleh daerah iskemik yang mungkin wajar. Ukuran infark terakhir bergantung pada keadaan wilayah iskemik. Dengan asumsi tepi wilayah yang meliputi wilayah iskemik mengalami pembusukan, maka wilayah infark akan menjadi lebih luas, sedangkan perbaikan iskemia akan mengurangi area pembusukan. Nekrosis lokal miokard sebagian besar terjadi setelah ventrikel kiri. Jaringan mati transmural mempengaruhi seluruh ketebalan dinding yang dirujuk; sedangkan nekrosis lokal subendokardial terbatas pada 50% miokardium bagian dalam.

Jaringan mati transmural menyebabkan pembusukan seluruh lapisan miokardium. Karena kemampuan jantung adalah sebagai siphon, kerja sistolik untuk mengeluarkan ventrikel pada dasarnya dapat dikurangi karena adanya bagian dinding miokardium yang mati dan tidak berfungsi.

Ketika area nekrosis lokal transmural kecil, jaringan nekrotik mungkin bersifat "diskinetik". Ketika dinding otot menyedot pada tahap sistolik atau terlepas selama pengisian diastolik, jaringan diskinetik terus mengalami perkembangan serupa seperti dinding solid miokardium. Jika area nekrosis lokal transmural sangat luas, jaringan mati menjadi "akinetis", kurang berkembang dan dengan demikian mempengaruhi kemampuan memompa.

Keadaan hemodinamik setelah jaringan mati miokard berfluktuasi. Hasil kardiovaskular mungkin sedikit menurun atau tetap dalam batas normal. Peningkatan kekambuhan jantung umumnya tidak bertahan lama kecuali ada kerusakan miokard yang parah. Reaksi otonom terhadap nekrosis lokal miokard umumnya bukan merupakan reaksi yang wajar terhadap keadaan yang terganggu. Nekrosis lokal miokardium yang patut dicontoh memiliki tiga set indikatif yang khas.

Menurut (M. Asikin, M. Nuralamsyah, 2016) Atherosclerosis atau trombosis dan penyumbatan pada koridor koroner merupakan salah satu penyebab matinya jaringan miokard yang mempengaruhi lapisan intima dinding saluran dan ditandai dengan adanya simpanan lipoprotein disekitarnya. Pengumpulan simpanan lipoprotein menyebabkan terbentuknya gumpalan yang membuat lumen terbatas, sehingga menyebabkan masalah suplai darah jangka panjang.

Terganggunya suplai darah melalui saluran koroner karena keterbatasan atau penyumbatan dapat menyebabkan kekuatan kontak otot jantung berkurang atau berkurang. Hal ini disebabkan oleh kurangnya

pasokan oksigen yang dibutuhkan dan akhirnya terjadi iskemia pada sel otot jantung. Selain itu, juga akan terjadi iskemia miokard yang mengakibatkan kerusakan dan kematian miosit. Jika bekuan darah pecah sebelum terjadi kerusakan total pada jaringan distal, nekrosis lokal hanya terjadi di miokardium. Namun, dengan asumsi bekuan darah menyumbat pembuluh darah selamanya, jaringan mati akan menyebar melalui miokardium ke endokardium hingga epokardium dan menyebabkan kerusakan kardiovaskular yang parah.

Penyakit jantung ST elevation myocardial infarction (STEMI), sering dikenal sebagai kegagalan pernafasan, ditandai dengan kematian sel-sel miokard yang tidak dapat diubah yang disebabkan oleh iskemia. Penyakit jantung koroner STEMI dianalisis ketika salah satu dari dua standar berikut terpenuhi. Gambaran klinis penyakit jantung koroner STEMI pada umumnya berupa nyeri dada substernal yang terasa berat, seperti diremas, seperti ditindih dan kadang menjalar ke leher, rahang, epigastrium, bahu, lengan kiri, atau sekadar rasa tertekan pada bagian tersebut. dada. Sekitar separuh pasien penyakit jantung STEMI sebelumnya menderita serangan angina pectoris. Namun rasa sakit pada penyakit jantung STEMI biasanya berlangsung selama beberapa jam hingga berhari-hari, jarang dikaitkan dengan pekerjaan aktif dan umumnya tidak banyak dibiarkan oleh organisasi yang bebas dari dinamit. Denyutnya biasanya cepat dan lemah, pasien juga sering mengalami diaforesis (Triyuliadi et al., 2023)

1. Faktor Resiko

Menurut (Darliana, 2019) etiologi dari infark miokard adalah Berkurangnya suplai oksigen ke miokardium disebabkan oleh tiga faktor, antara lain:

1) Factor pembuluh darah

Hal ini terkait dengan patensi pembuluh darah vena sebagai jalur darah sampai ke sel jantung. Beberapa hal yang dapat memperlambat patensi vena antara lain aterosklerosis, penyakit, dan arteritis. Kejang vena juga dapat terjadi pada orang yang tidak memiliki riwayat penyakit jantung sehingga biasanya disebabkan oleh beberapa hal, seperti mengonsumsi obat-obatan tertentu, tekanan atau rasa sakit yang parah, paparan suhu dingin yang ekstrim, dan merokok.

2) Factor sirkulasi

Tentu saja berhubungan dengan lancarnya aliran darah dari jantung ke seluruh tubuh hingga kembali ke jantung. Jadi hal ini tidak lepas dari faktor penyedotan dan volume darah yang disedot. Kondisi yang menyebabkan masalah aliran termasuk hipotensi. Stenosis atau defisiensi yang terjadi pada katup jantung (aorta, mitral, trikuspid) menyebabkan penurunan hasil kardiovaskular. Menurunnya efek kardiovaskular diikuti dengan menurunnya ketersediaan darah yang membuat beberapa bagian tubuh tidak mendapat suplai darah yang cukup, termasuk otot jantung.

3) Factor darah

Hal yang menimbulkan terganggunya daya angkut darah, yaitu anemia, hipoksemia, dan polisitemia.

a. Meningkatnya kebutuhan oksigen

Pada orang yang mengidap penyakit jantung mekanisme kompensasi justru pada akhirnya makin memperberat kondisinya karena kebutuhan oksigen makin meningkat, sedangkan suplai oksigen tidak bertambah. Oleh karena itu segala aktivitas yang menyebabkan peningkatan oksigen akan memicu terjadinya infark, aktivitas tersebut misalnya: aktivitas berlebihan, emosi dan makan terlalu banyak.

b. Factor resiko lain yang dapat menyebabkan infark miokard menurut (Irdan & Herman, 2022) yaitu :

1) Factor resiko berdasarkan jenis kelamin

Hasil studi didapatkan bahwa frekuensi tertinggi penderita IMA adalah perempuan yakni sebanyak 34 orang 54,8%. Hal ini menegaskan perempuan lebih berisiko mengalami IMA. Studi terbaru menunjukkan perbedaan spesifik jenis kelamin pada pasien dengan ACS. Komorbiditas, terutama diabetes, lebih sering terjadi pada wanita muda dibandingkan dengan pria seusianya yang mengalami infark miokard akut (IMA). Wanita lebih cenderung memiliki gejala atipikal dan penyakit koroner nonobstruktif pada angiograf. Laki-laki usia diatas 40 tahun ke atas, kadar kolesterol yang meningkat terutama LDL berisiko tinggi mengakibatkan penyakit jantung coroner, namun hormone esterogen dapat

membantu mereduksi kadar kolesterol tersebut. Pada perempuan yang sudah menopause, hormon estrogen sudah tidak diproduksi yang membuatnya lebih rentan mengalami penyakit jantung koroner jika tidak memiliki pola hidup sehat.

2) Factor resiko berdasarkan obesitas

Hasil penelitian menunjukkan frekuensi tertinggi responden penderita IMA adalah responden yang mengalami obesitas yakni sebanyak 45 orang 72,6%. Pasien infark miokard banyak yang obesitas dibandingkan yang normal. Asupan kalori yang banyak dan gaya hidup tidak baik dapat memicu obesitas, Obesitas meningkatkan kerja jantung dan kebutuhan oksigen karena meningkatnya tekanan darah, Peningkatan kerja jantung dalam memompa darah sistemik membuat meningkatnya resisten pada pemompaan darah ventrikel kiri, karena adanya memicu peningkatan kebutuhan oksigen miokardium yang menyebabkan beban kerja jantung meningkat dan mendorong terjadinya angina dan infark miokardium

3) Factor resiko berdasarkan hipertensi

Hasil penelitian menunjukkan bahwa frekuensi tertinggi responden penderita IMA adalah responden yang menderita hipertensi yakni sebanyak 58 orang 93,5%. Infark miokard disebabkan salah satunya adalah hipertensi. Tekanan tinggi pada darah membuat ventrikel kiri tinggi melawan gradient tekanan saat memompa darah. Pasokan kebutuhan oksigen pada jantung

meningkat disebabkan tekanan darah yang tinggi secara terus menerus. Jantung dipaksa keras pompa darah tanpa suplai yang memicu hipertropi ventrikel dan payah jantung memicu peluang serangan infark miokard akut tinggi.

4) Factor resiko berdasarkan hiperkolesterol

Hasil penelitian ini menunjukkan frekuensi tertinggi responden penderita IMA adalah responden yang memiliki kadar kolesterol tinggi yakni sebanyak 43 orang 69,4%. Kolesterol dapat menyebabkan infark miokard yang dibuktikan melalui penelitian dimana responden kadar kolesterol tinggi > 150 berisiko 3 kali untuk terjadi infark miokard. hiperkolesterol memberikan efek tidak baik pada tubuh karena menyempitkan pembuluh darah arteri. Dengan penyempitan arteri coroner membuat aliran darah berkurang atau berhenti ke otot jantung dan memicu terjadi IMA. Aterosklerosis terjadi karena adanya timbunan kolesterol dan ester kolesterol dinding arteri. Beberapa penyakit memicu hiperkolesterol dalam jangka waktu lama adalah diabetes melitus, hipotiroidisme, nefrosis lipid, dan penyakit dislipidemia lainnya. Diketahui ada hubungan terbalik HDL dengan penyakit jantung.

5) Factor resiko berdasarkan rokok

Hasil penelitian ini menunjukkan frekuensi tertinggi responden penderita IMA adalah responden perokok yakni sebanyak 34 orang 54,8%. Sebagian besar responden IMA pada studi ini memiliki riwayat merokok. Kebiasaan menghisap rokok adalah

salah satu faktor risiko terjadi penyakit kardiovaskular termasuk IMA. Zat-zat toksik rokok memicu menyempitnya pembuluh darah. Zat toksik rokok membuat darah kental sehingga memicu pembekuan darah. Meningkatnya platelet dan fibrinogen yang membuat terjadinya trombosis kapan saja pembuluh koroner yang mengalami penyempitan. Rokok juga mengurangi kadar HDL dan oksidasi LDL dan membuat rusaknya endotel karena adanya stres oksidatif pada kandungan rokok. Nikotin rokok merangsang saraf simpatis dan menyebabkan vasokonstriksi pembuluh darah.

2. Manifestasi Klinis

Menurut (M. Asikin, M. Nuralamsyah, 2016) infark miokard dapat dideteksi dengan manifestasi klinis yang terjadi pada pasien. Tanda dan gejala yang dapat ditemui pada pasien dengan infark miokard yaitu :

- 1) Nyeri dada, umumnya luar biasa dan berlangsung terus-menerus selama 30-an jam. Rasa sakit dirasakan di daerah retrosternal dan sering menjalar ke leher, bahu, rahang, dan lengan kiri. Siksaan di dada terasa seperti tegang, melelahkan, atau bahkan tajam. Gejala pada epigastrium, misalnya rasa mual dan kembung, serta muntah.
- 2) Adanya gejala prodromal, misalnya letih, rasa tidak enak pada dada atau malaise.
- 3) Sesak napas dan batuk
- 4) Keringat yang berlebih
- 5) Gelisah

Menurut (Gabriella, 2023) manifestasi klinis pada pasien infark miokard adalah :

1. Keluhan utama klasik

Nyeri dada, umumnya luar biasa dan berlangsung terus-menerus selama 30-an jam. Rasa sakit dirasakan di daerah retrosternal dan sering menjalar ke leher, bahu, rahang, dan lengan kiri. Siksaan di dada terasa seperti tegang, melelahkan, atau bahkan tajam. Respiratory

- 1) Nafas yang memendek, dispnea, takipnea
- 2) Krakles dapat terdengar jika ada kongestif pulmonary
- 3) Dapat pula disertai edem paru

2. Neurologi

Ketegangan, kelemahan, linglung, menunjukkan perasaan berpikir yang meluas atau berkurangnya kontraktibilitas serebral dan oksigenasi. Efek samping ini dapat menyebabkan syok kardiogenik. Migrain, gangguan penglihatan, perubahan cara bicara, perubahan kemampuan mesin, dan perubahan kesadaran mungkin menunjukkan brain drain dengan asumsi klien menderita trombolitia..

3. Gastrointestinal

Mual atau muntah

4. Urinary

Penurunan keluaran urin dapat mengindikasikan syok kardiogenetik

5. Integument

Keringat dingin, berkeringat, diaphoresis, dan pucat, dapat muncul karena peningkatan kurangnya kontraktibilitas yang dapat menunjukkan

syok kardiogenik. Edema mungkin muncul karena tidak adanya kontaktilitas.

6. Psikologi

Ketakutan akan kematian, atau penyangkalan terhadap penyakit dapat terjadi pada klien

3. Klasifikasi

Ada dua jenis infark miokardial yang saling berkaitandengan morfologi, patogenesis, dan penampakan klinis yang cukup berbeda :

1. STEMI

Infark miokard akut dengan elevasi ST. Disebabkan oleh penurunan aliran darah koroner yang tidak terduga setelah terhambatnya pembekuan pada plak aterosklerotik sebelumnya. Efek samping yang ditimbulkan adalah: Plak aterosklerosis mengalami fisur

- 1) Rupture atau ulserasi
- 2) Jika kondisi local atau si STEMI akan memicu trombogenesis, sehingga terjadi thrombus mural pada lokasi rupture yang mengakibatkan oklusi arteri coroner.

2. NSTEMI

Infark miokard akut tanpa elevasi ST disebabkan oleh suplai oksigen atau potensi peningkatan permintaan oksigen miokard yang disebabkan oleh hambatan koroner. Efek samping yang ditimbulkan adalah:

- 1) Nyeri dada pada bagian kiri bagian kiri dengan lokasi khas atau kadang kala diepigastrium dengan ciri seperti diperas.
- 2) Perasaan seperti diikat, perasaan terbakar

3) Nyeri tumpul, rasa penuh, berat atau tertekan

4. Komplikasi

Komplikasi yang muncul akibat infark miokard menurut (M. Asikin, M. Nuralamsyah, 2016) yaitu :

1. Aritmia

Sering terjadi setelah jaringan mati yang parah. Biasanya, aritmia akan membaik dengan sendirinya. Aritmia bisa muncul karena perubahan keseimbangan elektrolit dan penurunan pH. Daerah jantung yang teriritasi secara efektif dapat mulai memberikan peluang aktivitas, menyebabkan aritmia. Hub SA dan hub AV atau jalur transmisi (filamen Purkinje atau tumpukan His), mungkin penting untuk zona iskemik atau nekrotik yang mempengaruhi usia atau konduksi gejala. Fibrilasi ventrikel merupakan aritmia yang paling serius dan dapat menyebabkan kematian.

2. Syok kardiogenik

Hal ini dapat terjadi karena tiga kesulitan mekanis utama, yaitu pecahnya dinding bebas ventrikel, retaknya septum ventrikel, dan pecahnya otot papiler yang disertai dengan muntahan mitral. Keterlibatan utama dan penyebab kematian pada pasien STEMI adalah syok kardiogenik yang terjadi pada 6-10% kasus dengan angka kematian di klinik mendekati setengahnya. Syok kardiogenik ditandai sebagai suatu kondisi hipoperfusi organ akhir, yang terjadi karena ketidakberdayaan sistem kardiovaskular untuk memberikan aliran darah yang cukup ke titik-titik terjauh dan organ-organ penting. Iskemia pada

miokardium menyebabkan terhambatnya kemampuan sistolik dan diastolik ventrikel kiri, sehingga menyebabkan penurunan kontraktilitas miokard yang ekstrim. Secara umum, pasien dengan syok kardiogenik menunjukkan tekanan darah sistolik di bawah 90 mmHg disertai dengan gejala klinis hipoperfusi, yang meliputi berkurangnya hasil buang air kecil, perubahan status mental, dan vasokonstriksi tepi. Meskipun syok sering terjadi pada tahap awal setelah timbulnya jaringan mati miokard yang parah, syok biasanya tidak didiagnosis saat pasien pertama kali datang ke klinik. Sebanyak separuh syok kardiogenik terjadi dalam kurun waktu 67 jam dan 75% syok terjadi dalam 24 jam atau kurang. (Sari et al., 2024)

3. Pericarditis

Terjadi sebagai komponen respons provokatif pada perikardium yang menutupi miokardium yang mengalami infark. Umumnya terjadi dalam waktu 24 hingga 96 jam setelah jaringan miokard mati.

C. Penatalaksanaan

Menurut (M. Asikin, M. Nuralamsyah, 2016) tujuan awal tatalaksana infark miokard akut yaitu mengembalikan perfusi miokard sesegera mungkin, meredakan nyeri, serta mencegah dan tata laksana komplikasi. Tata laksana awal meliputi :

1. Pemberian oksigen tambahkan melalui sungkup atau kanual hidung dan pemantauan saturasi oksigen.
2. Mengurangi rasa nyeri dengan :

- a) Nitrat. Nitrat merupakan vasodilator paten yang berguna untuk vaskodilatasi sistemik, sehingga mengurangi aliran balik vena ke jantung untuk menurunkan kerja jantung.
 - b) Morfin.
 - c) NSAID
3. Terapi fibrinolitik dengan pemberian tissue-type plasminogen activator (t-PA), serta aspirin dan heparin dalam waktu 90 menit sejak onset gejala.
 4. Modifikasi pola hidup.
 - a) Keseimbangan antara istirahat, olahraga, dan modifikasi gaya hidup untuk mengurangi resiko aterosklerosis dan hipertensi.
 - b) Menghentikan kebiasaan merokok.
 - c) Mengurangi berat badan.
 - d) Mengurangi stress.

Setelah tata laksana awal dan stabilisasi pasien, tujuan berikutnya adalah mengembalikan aktivitas normal dan mencegah komplikasi jangka panjang.

- 1) Obat penghambat enzim pengonversi angiotensin (ACE inhibitor) untuk mengurangi preload dan afterload.
- 2) Beta bloker untuk menurunkan kecepatan denyut jantung, sehingga kerja jantung menjadi berkurang.
- 3) Statin untuk menurunkan kolesterol yang merupakan penyebab aterosklerosis.
- 4) Pembedahan.
 - a) Coronary artery bypass grafting (CABG)

b) Percutaneous coronary intervention (PCI)

Menurut (Sari et al., 2024) penatalaksanaan lanjut pasien STEMI adalah pengobatan reperfusi menggunakan fibrinolisis. Aktivitas ini dimanfaatkan untuk memulihkan aliran darah ke otot jantung. Fibrinolisis merupakan suatu sistem reperfusi dengan farmakologi, baik ditujukan untuk fibrin, misalnya tenekteplase, reteplase, dan alteplase, atau samar-samar seperti streptokinase. Tanda pengobatan fibrinolisis diperbolehkan dalam rentang waktu 12 jam sejak timbulnya efek samping nyeri dada, tanpa kontraindikasi. Waktu dari kontak klinis primer hingga penyelenggaraan spesialis fibrinolisis STEMI (pintu masuk ke jarum) adalah 30 menit.³ Penyelenggaraan spesialis fibrinolisis dipisahkan menjadi tiga bagian, lebih spesifiknya porsi bolus, porsi utama diperbolehkan ke utara 30 menit, dan porsi berikutnya diperbolehkan lebih dari satu jam. Penilaian hasil fibrinolisis adalah satu setengah jam sejak awal pengobatan. Model penilaian mencakup hemodinamik yang stabil, penurunan nyeri dada, dan penurunan kenaikan ST >50% dari sadapan yang mendasarinya.

D. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian yaitu tahapan awal dan dasar dalam proses keperawatan. Pengkajian merupakan tahapan yang paling menentukan bagi tahap berikutnya. Kemampuan mengidentifikasi masalah keperawatan yang terjadi pada tahap ini untuk menentukan diagnosa keperawatan.

Pengkajian keperawatan dilakukan untuk menegakan diagnose keperawatan sesuai dengan tanda dan gejala yang dialami oleh pasien. Pengkajian

keperawatan yang dilakukan pada pasien infark miokard. (M. Asikin, M. Nuralamsyah, 2016) dan (Sudarta, 2018).

1. Pengkajian Primer

1) Circulation

- a) Nyeri dada
- b) Nadi lemah tidak teratur
- c) Takikardi
- d) Tekanan darah meningkat atau menurun
- e) Gelisah
- f) Akral dingin
- g) Kulit pucat
- h) Sianosis
- i) Diaphoresis

2) Airway

Pengkajian jalan nafas bertujuan menilai apakah jalan nafas paten (longgar) atau mengalami obstruksi total atau partial sambil mempertahankan tulang servikal. Pada pasien IMA biasanya tidak ditemukan masalah pada jalan napas karena pasien masuk dengan nyeri yang dirasakan pada daerah dada, dan biasanya nyeri yang dirasakan cukup lama dan berlangsung secara terus menerus.

3) Breathing

- a) Sesak
- b) Retraksi dada
- c) Irama pernapasan tidak teratur

d) Ortopnea

e) Takipnea

4) Disabiliy

Pada pasien biasanya masuk dengan tingkat kesadaran penuh atau composmentis, raksi pupil anisokor, reflek cahaya positif, serta uji kekuatan otot penuh.

2. Pengkajian sekunder

1. Keluhan utama

Merupaka penyebab pasien masuk rumah sakit biasanya berupa nyeri dada, keringat dingin, sesak, mual muntah.

2. Riwayat penyakit sekarang

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

3. Aktivitas dan Istirahat

Gejala : kelemahan, kelelahan, tidak dapat tidur, pola hidup menetap, dan olahraga tidak teratur.

Tanda : takikardia, dipsnea saat istirahat atau aktivitas, nyeri dada saat istirahat atau beraktivitas dan kelelahan saat beraktivitas.

4. Sirkulasi

Gejala : Riwayat infark miokard sebelumnya, penyakit arteri coroner, GJK, hipertensi, diabetes melitus, hiperkolesterolemia.

Tanda : tekanan darah normal, meningkat, atau menurun, mungkin terjadi perubahan postural. Denyut nadi teraba normal, kuat, atau lemah atau nyaris tidak teraba dengan pengisian kaplier yang lambat. Bunyi jantung terdapat bunyi S3 dan S4 yang mengindikasikan kondisi patologis, misalnya gagal jantung, penurunan kontraktilitas atau daya regang ventrikel. Murmur menunjukkan gagal katup atau disfungsi otot papularis. Friction rub dicurigai menandakan adanya pericarditis. Edema tanda dari distensi vena jugular, edema perifer, edema dependen, edema umum. Disritmia, takikardia, dan bradikardia.

5. Integritas Ego

Gejala : klien mengyangkal tanda dan gejala yang timbul. Merasa takut mati dan Kematian telah mendekat. Marah pada penyakit dan tidak menyukai perhatian serta perawatan di rumah sakit. Khawatir tentang keluarga, pekerjaan, biaya, anak, orang tua dirumah, atau Binatang peliharaan dirumah.

Tanda : menolak, ansietas, menghindari kontak mata. Iritabilitas (mudah tersinggung), marah, perilaku menyerang. Fokus pada diri sendiri dan rasa nyeri.

6. Pola Eleminasi

Gejala : Riwayat mencejan saat buang air besar. Kejadian sinkop (pingsan) saat buang air besar

Tanda : bisung usus normal atau mengalami penurunan

7. Makan dan Cairan

Gejala : Riwayat penyakit refluks, obesitas. Mual, muntah, sendawa, nyeri ulu hati. Riwayat terkini mengonsumsi makanan berlemak dan alcohol, serta penggunaan antasida.

Tanda : muntah, turgor kulit lambat, kering, dan lembap, penurunan keluaran urin.

8. Hygine

Gejala : Riwayat terkini saat pasien tidak dapat merawat dirinya sendiri akibat kelelahan, nyeri dada, atau sesak napas.

Tanda : tanda-tanda tidak dapat melakukan perawatan diri dengan dibuktikan dari bau badan dan pakaian yang kotor.

9. Neurosensori

Gejala : Riwayat pusing, sinkop, atau jatuh

Tanda : perubahan kognitif, misalnya disorientasi, penurunan memori, perubahan personalitas atau proses berpikir, penurunan kemampuan motorik, gaya berjalan yang tidak stabil

10. Nyeri atau ketidaknyamanan

Gejala : onset nyeri dada yang tidak hilang dengan istirahat atau nitrogliserin, lokasi nyeri biasanya pada anterior dada, termasuk nyeri substernal dan prokordium yang dapat menyebar ke lengan, dagu, dan wajah, lokasi mungkin tidak dapat terdeteksi, misalnya pada nyeri di epigastric atau area abdomen, siku, dagu, punggung, leher, diantara bahu, atau tenggorokan.

Tanda : wajah meringis, perubahan pada postur tubuh, meringis, meraung, menggeliat, mengerang, menark diri, menghindari kontak mata, respon otonomi, perubahan denyut dan irama jantung, tekanan darah, pernapasan , warna dan kelembaban kulit, serta tingkat kesadaran

11. Pemeriksaan penunjang

Beberapa pemeriksaan penunjang yang terjadi pada pasien dengan masalah infark miokard antara lain (Sudarta, 2018) dan (M. Asikin, M. Nuralamsyah, 2016).

- a. EKG: pada infark, diawali dengan elevasi ST dan inversi gelombang T, yang akhirnya terjadi gangguan gelombang Q (Q patologis), selain itu infark dapat ditandai dengan depresi segmen ST, Segmen ST Elevasi, T wave inversi, Q wave patholigis.
- b. Thorax foto: cardiomegaly dan tanda-tanda kegagalan ventrikel kiri
- c. Echo cardiografi: mendeteksi abnomalitas ventrikel kiri
- d. Studi radioneculide: untuk melihat lokasi infark
- e. Angiografi coroner: untuk melihat lokasi stenosis atau oklusi
- f. Enzim jantung: peningkatan enzim jantung, misalnya troponin, CK, CKMB, myoglobin, dan LDH.
- g. Leukosit: pada awalnya, jumlah leukosit normal. Namun, akan meningkat dalam 2 jam dan memuncak dalam 2 sampai 4 hari
- h. LED: meningkatnya dalam 3 hari dan tetap tinggi beberapa minggu.
- i. Pencitraan jantung: CT, PET, dan Ekokardiografi

E. Diagnosa Keperawatan

Menurut (M. Asikin, M. Nuralamsyah, 2016) dan (Sudarta, 2018) didapatkan bahwa diagnosa keperawatan yang sering terjadi pada pasien dengan ST Elevation Miokard Infark adalah sebagai berikut :

1. Nyeri Akut Berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma)
2. Penuruna Curah jantung berhubungan dengan Perubahan irama jantung,
3. Gangguan Pertukaran Gas berhubungan dengan Ketidakseimbangan ventilasi-perfusi,
4. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan Ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen,
5. Ansietas berhubungan dengan Krisis situasional, Kebutuhan tidak terpenuhi, Krisis
6. Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi
7. Resiko Penuruna Curah Jantung berhubungan Perubahan irama jantung, Perubahan kontraktilitas, Perubahan preload.

F. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, dan mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosa keperawatan. Dalam perencanaan menggambarkan sejauh mana perawat mampu menetapkan cara menyelesaikan masalah dengan efektif dan efisien.

Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) mengatakan bahwa rencana keperawatan yang dilakukan pada pasien dengan ST Elevation Miokard Infark STEMI berdasarkan diagnosa yang telah ditentukan adalah sebagai berikut:

1. Nyeri Akut Berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma), Agen pencedera kimiawi (mis. Terbakar, bahan kimia iritan) dan Agen pencedera fisik (mis. Abses, trauma, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan).

Tujuan : nyeri akut dapat teratasi setelah dilakukan tindakan keperawatan.

Kriteria hasil : kemampuan menunaikan aktivitas meningkat, keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, menarik diri menurun, berfokus pada diri sendiri menurun, diaforesis menurun, perasaan depresi (tertekan) menurun, perasaan takut mengalami cedera berulang menurun, anoreksia menurun, perineum terasa tertekan menurun, uterus teraba membulat menurun, ketegangan otot menurun, pupil dilatasi menurun, muntah menurun, mual menurun, frekuensi nadi membaik, pola napas membaik, tekanan darah membaik, proses berpikir membaik, fokus membaik, fungsi berkemih membaik, perilaku membaik, nafsu makan membaik, pola tidur membaik.

Intervensi :

- a. Observasi

- 1) Identifikasi Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri

- 2) Identifikasi skala nyeri
 - 3) Identifikasi respon nyeri non verbal
 - 4) Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri
 - 5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
 - 6) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
 - 7) Identifikasi pengaruh nyeri oada kualitas hidup
 - 8) Monitor keberhasilan trapi komplementer yang sudah diberikan
 - 9) Monitor efek samping penggunaan analgetic
- b. Terapeutik
- 1) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis, TENS, hiposis, akupresur, trapi music, biofeedback, terapi pijat, aromatrapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)
 - 2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
 - 3) Fasilitasi istirahat dan tidur
 - 4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri
- c. Edukasi
- 1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
 - 2) Jelaskan strategi meredakan nyeri
 - 3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
 - 4) Anjurkan menggunakan analgetic secara tepat
 - 5) Anjurkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri

d. Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian analgetic, jika perlu
2. Penuruna Curah jantung berhubungan dengan Perubahan irama jantung, Perubahan frekuensi jantung, Perubahan kontraktilitas, Perubahan preload, Perubahan afterload.

Tujuan : penurunan curah jantung dapat teratasi setelah dilakukan tindakan keperawatan

Kriteria hasil : kekuatan nadi perifer meningkat, ejection fraction (EF) meningkat, cardiac infex (CI) meningkat, left ventricular stroke work index (LVSWI) meningkat, stroke volume index (SVI) meningkat, palpitasi menurun, brakikardia menurun, takikardia menurun, Gambaran EKG aritmia menurun, Lelah menurun, edema menurun, distensi vena jugularis menurun, dipsnea menurun, oliguta menurun, pucat/sianosis menurun, paroxysmembamal nocturnal dyspnea (PND) menurun, ortopnea menurun, batuk menurun. Suara jantung S3 menurun, suara jantung s\$ menurun, murmur jantung menurun, berat badan menurun, hepatomegaly menurun, pulmonary vascular resistance (PVR) menurun, systemic vascular resistance menurun, tekanan darah mambaik, capiliary refill time (CRT) mambaik, pulmonary artery wedge pressure (PAWP) mambaik, central venosus pressure mambaik.

Intervensi :

a. Observasi

- 1) Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, paroxysmal nocturnal dyspnea, peningkatan CPV)
- 2) Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi peningkatan berat badan, hepatomegaly, distensi vena jugularis, palpitasi, ronkhi basah, oliguria, batuk, kulit pucat)
- 3) Monitor tekanan darah (termaksud tekanan darah ortostatik, jika perlu)
- 4) Monitor intake dan output cairan
- 5) Monitor berat badan setiap hari pada waktu yang sama
- 6) Monitor saturasi oksigen
- 7) Monitor keluhan nyeri dada (mis, intensitas, Lokasi, rediasi, durasi, presipitasi yang mengurangi nyeri)
- 8) Monitor EKG 12 sadapan
- 9) Monitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi)
- 10) Monitor nilai laboratorium jantung (mis, elektrolit, enzim jantung, BPN, NTpro-BPN)
- 11) Monitor fungsi alat pacu jantung
- 12) Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sesudah dan sebelum aktivitas
- 13) Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sesudah dan sebelum pemberian obat.

b. Terapeutik

- 1) Posisikan semi fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman
- 2) Berikan diet jantung yang sesuai (mis, Batasi asupan kafein, natrium, kolesterol, dan makanan tinggi lemak)
- 3) Gunakan stoking elastis atau pneumatic intermiten, sesuai indikasi
- 4) Fasilitasi pasien dan keluarga untuk memodifikasi gaya hidup sehat
- 5) Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress, jika perlu
- 6) Berikan dukungan emosional dan spiritual
- 7) Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%

c. Edukasi

- 1) Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi
- 2) Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap
- 3) Anjurkan berhenti merokok
- 4) Anjurkan pasien dan keluarga mengukur berat badan harian
- 5) Anjurkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan harian

d. Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu
- 2) Rujuk ke program rehabilitasi jantung

3. Gangguan Pertukaran Gas berhubungan dengan Ketidakseimbangan ventilasi-perfusi, Perubahan membrane alveolus-kapiler.

Tujuan : gangguan pertukaran gas dapat teratasi setelah dilakukan tindakan keperawatan

Kriteria hasil : Tingkat kesadaran meningkat, dispnea menurun, bunyi napas tambahan menurun, pusing menurun, penglihatan kabur menurun, diaforesis menurun, gelisah menurun, napas cuping hidung menurun, PCO₂ membaik, PO₂ membaik, takikardia membaik, pH arteri membaik, sianosis membaik, pola napas membaik, warna kulit membaik.

Intervensi

a. Observasi

- 1) Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan Upaya napas
- 2) Monitor pola napas (seperti bradypnea, takipnea, hiperventilasi, kussmeul, biot, ataksik)
- 3) Monitor kemampuan batuk efektif
- 4) Monitor adanya produksi seputum
- 5) Monitor adanya sumbatan jalan napas
- 6) Palpasi kesimetrisan ekspansi paru
- 7) Auskultasi bunyi napas
- 8) Monitor saturasi oksigen
- 9) Monitor nilai AGD
- 10) Monitor hasil x-ray toraks

b. Terapeutik

- 1) Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien
- 2) Dokumentasi hasil pemantauan
- 3)

c. Edukasi

- 1) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
- 2) Informasikan hasil pemantauan, jika perlu

4. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan Ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, Tidak baraing, Kelemahan, Imobilitas, Gaya hidup monoton.

Tujuan : intoleransi aktivitas dapat teratasi setelah dilakukan tindakan keperawatan

Kriteria hasil : frekuensi nadi meningkat, saturasi oksigen meningkat, kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat, kecepatan berjalan meningkat, jarak berjalan meningkat, kekuatan tubuh bagian atas meningkat, kekuatan tubuh bagian bawah meningkat, toleransi dalam menaiki tangga meningkat, keluhan Lelah menurun, dyspnea saat aktivitas menurun, dyspnea setelah aktivitas menurun, aritmia saat aktivitas menurun, aritmia setelah aktivitas menurun, sianosis menurun, warna kulit membaik, tekanan darah membaik, frekuensi napas membaik, EKG iskemia menurun.

Intervensi :

a. Observasi

- 1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan
- 2) Monitor kelelahan fisik dan emosional
- 3) Monitor pola dan jam tidur
- 4) Monitor Lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas

b. Terapeutik

- 1) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, kunjungan)
- 2) Lakukan Latihan rentan gerak pasif dan aktif
- 3) Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan
- 4) Fasilitasi duduk disisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan

c. Edukasi

- 1) Anjurkan tirah baring
- 2) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap
- 3) Anjurkan menghubungi Perawat jika tanda dan gejala kelebihan tidak berkurang
- 4) Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan

d. Kolaborasi

- 1) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan cara meningkatkan asupan makanan

5. Ansietas berhubungan dengan Krisis situasional, Kebutuhan tidak terpenuhi, Krisis maturasional, Ancaman terhadap konsep diri, Ancama terhadap Kematian, Kekhawatiran mengalami kegagalan, Disfungsi sistem keluarga, Hubungan dengan orang tau dan anak tidak memuaskan, Faktor keturunan (terperamen mudah teragitasi sejak lahir), Penyalahgunaan zat, terpapar bahaya lingkungan (mis, toksin, polutan, dan lain-lain), Kurang terpapar informasi.

Tujuan : ansietas dapat teratasi setelah dilakukan tindakan keperawatan

Kriteria hasil : verbalisasi kebingungan menurun, verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun, perilaku gelisah menurun, perilaku tegang menurun, keluhan pusing menurun, anoreksia menurun, palpitasi menurun, frekuensi pernapasan menurun, frekuensi nadi menurun, tekanan darah menurun, diaforesis menurun, tremor menurun, pucat menurun, konsentrasi membaik, pola tidur membaik, perasaan keberdayaan membaik, kontak mata membaik, pola berkemih membaik, orientasi membaik.

Intervensi :

a. Observasi

- 1) Identifikasi penurunan Tingkat energi, ketidak mampuan berkonsentrasi atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif
- 2) Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan
- 3) Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya
- 4) Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah Latihan
- 5) Monitor respon terhadap terapi relaksasi

b. Terapeutik

- 1) Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruangan nyaman, jika memungkinkan
- 2) Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi

- 3) Gunakan pakaian longgar
- 4) Gunakan nada suara lembut dan irama lambat dan berirama
- 5) Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dan analgetic atau tindakan medis lain, jika perlu

c. Edukasi

- 1) Jelaskan tujuan, manfaat, Batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis, music, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif)
- 2) Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih
- 3) Anjurkan mengambil posisi nyaman
- 4) Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi
- 5) Anjurkan serung mengulangi atau melatif teknik yang dipilih
- 6) Demonstrasikan dan latih teknik relaksai (mis, napas dalam, atau imajinasi terbimbing)

6. Defisit Pengetahuan berhubungan dengan Gangguan muskuleskeletal, Gangguan neuromuskuler, Kelemahan, Gangguan psikologis dan atau psikologis, Penurunan motivasi atau minat.

Tujuan : defisit pengetahuan dapat teratasi setelah dilakukan tindakan keperawatan

Kriteria hasil : perilaku sesuai anjuran meningkat, verbalisasi minat dalam belajar meningkat, kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat, kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik meningkat, perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat, pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun, persepsi

yang keliru terhadap masalah menurun, menjalani pemeriksaan yang tidak tepat menurun, perilaku membaik.

Intervensi :

a. Observasi

- 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
- 2) Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat

b. Terapeutik

- 1) Sediakan materi dan media Pendidikan kesehatan
- 2) Jadwalkan Pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
- 3) Berikan kesempatan untuk bertanya

c. Edukasi

- 1) Jelaskan factor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan
- 2) Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat
- 3) Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat

7. Resiko Penuruna Curah Jantung berhubungan dengan Perubahan afterload, Perubahan frekuensi jantung, Perubahan irama jantung, Perubahan kontraktilitas, Perubahan preload.

Tujuan : Penurunan curah jantung dapat teratasi setelah dilakukan tindakan keperawatan

Kriteria hasil : kekuatan nadi perifer meningkat, ejection fraction (EF) meningkat, cardiac infex (CI) meningkat, left ventricular stroke work index (LVSWI) meningkat, stroke volume index (SVI) meningkat, palpitasi

menurun, brakikardia menurun, takikardia menurun, Gambaran EKG aritmia menurun, Lelah menurun, edema menurun, distensi vena jugularis menurun, dispnea menurun, oliguria menurun, pucat/sianosis menurun, paroxysmal nocturnal dyspnea (PND) menurun, ortopnea menurun, batuk menurun. Suara jantung S3 menurun, suara jantung S4 menurun, murmur jantung menurun, berat badan menurun, hepatomegaly menurun, pulmonary vascular resistance (PVR) menurun, systemic vascular resistance menurun, tekanan darah membaik, capillary refill time (CRT) membaik, pulmonary artery wedge pressure (PAWP) membaik, central venous pressure membaik.

Intervensi :

- 1) Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, paroxysmal nocturnal dyspnea, peningkatan CPV)
- 2) Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi peningkatan berat badan, hepatomegaly, distensi vena jugularis, palpitasi, ronkhi basah, oliguria, batuk, kulit pucat)
- 3) Monitor tekanan darah (termaksud tekanan darah ortostatik, jika perlu)
- 4) Monitor intake dan output cairan
- 5) Monitor berat badan setiap hari pada waktu yang sama
- 6) Monitor saturasi oksigen

- 7) Monitor keluhan nyeri dada (mis, intensitas, Lokasi, rediasi, durasi, presivatasi yang mengurangi nyeri)
- 8) Monitor EKG 12 sadapan
- 9) Monitor aritmia (kelainan irama dan fekuensi)
- 10) Monitor nilai laboratorium jantung (mis, elektrolit, enzim jantung, BPN, NTpro-BPN)
- 11) Monitor fungsi alat pacu jantung
- 12) Periksa tekana darah dan frekuensi nadi sesudah dan sebelum aktivitas
- 13) Periksa tekana darah dan frekuensi nadi sesudah dan sebelum pemberian obta.

G. Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan tindakan keperawatan yaitu serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi menuju status kesehatan yang baik/optimal. Pelaksanaan tindakan merupakan realisasi dari rencana/intevensi keperawatan yang mencakup perawatan langsung atau tidak langsung. Perawatan langsung adalah tindakan yang diberikan secara langsung kepada klien, perawat harus berinteraksi dengan klien, ada pelibatan aktif klien dalam pelaksanaan tindakan. Sedangkan perawatan tidak langsung adalah tindakan yang diberikan tanpa melibatkan klien secara aktif misalnya membatasi jam kunjung, menciptakan lingkungan yang kondusif, kolaborasi dengan tim kesehatan (Doenges, 2018).

1. Tindakan keperawatan independent

Tindakan perawat secara mandiri yang dilakukan berdasarkan alasan ilmiah mencakup tindakan pendidikan kesehatan atau promosi kesehatan, kegiatan harian dan konseling. Tindakan mandiri perawat ini tidak membutuhkan pengawasan atau arahan pihak lain.

2. Tindakan keperawatan dependen

Tindakan perawat yang tergantung dengan tim medis, perawat melakukan tindakan dibawah pengawasan oleh dokter atau dalam artian perawat melakukan instruksi tertulis atau lisan dari dokter. Misalnya tindakan pemberian obat.

3. Tindakan keperawatan kolaboratif

Tindakan yang membutuhkan gabungan dari tim pengetahuan, keterampilan dan keahlian berbagai profesional layanan kesehatan. Rencana keperawatan disusun berdasarkan hasil kesepakatan.

H. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi yaitu merupakan langkah terakhir dalam proses keperawatan untuk mengetahui sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai. Evaluasi ini dilakukan dengan cara membandingkan hasil akhir yang teramati dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat dalam rencana keperawatan. Evaluasi ini akan mengarahkan asuhan keperawatan, apakah asuhan keperawatan yang dilakukan ke pasien berhasil mengatasi masalah pasien ataupun asuhan yang sudah dibuat akan terus berkesinambungan terus mengikuti siklus proses keperawatan sampai benar-benar masalah pasien teratasi (Doenges, 2018).

Proses evaluasi menentukan efektifitas asuhan keperawatan meliputi lima unsur, yaitu pertama mengidentifikasi kriteria dan standar evaluasi, kedua mengumpulkan data untuk menentukan apakah kriteria dan standar telah terpenuhi, ketiga menginterpretasi dan meringkas data, keempat mendokumentasikan temuan dan pertimbangan klinis, kelima menghentikan atau meneruskan, atau merevisi rencana keperawatan berupa (LeMone et al., 2016) :

1. Mengumpulkan data evaluatif

Pada situasi klinik, data evaluasi harus dikumpulkan dalam periode tertentu untuk menentukan adanya perubahan atau perbaikan.

2. Interpretasi dan menyimpulkan temuan

Perawat membuat penilaian tentang kondisi pasien sesuai temuan data yang diperoleh. Saat menginterpretasikan temuan, perawat membandingkan respon, gejala dan tanda yang diharapkan dengan temuan dilapangan/data klien.

3. Modifikasi rencana keperawatan

Modifikasi rencana keperawatan dilakukan jika hasil evaluasi kita ada temuan data baru yang mendukung timbulnya masalah keperawatan baru. Sehingga perawat harus merevisi daftar diagnosa keperawatan, dan menyusun rencana keperawatan baru sesuai dengan masalah yang baru ditemukan.

BAB III

TINJAUAN KASUS

Pada bab ini penulis memaparkan unsur-unsur asuhan keperawatan pada pasien ST Elevation Infark (STEMI) di unit jantung RSUD koja Ruang 608 Jakarta Utara. Penulis memberikan perawatan kepada pasien ST Elevation Infark (STEMI) 3x24 jam pada tanggal 27 hingga 29 Mei 2024. Komponen asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada pasien meliputi lima tahap, yaitu pengkajian, penegakkan diagnose keperawatan, perumusan rencana keperawatan, imlementasi atau pelaksanaan tindakan, serta evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 27 Mei 2024 , data yang diperoleh penulis berasal dari observasi secara langsung, meliputi pemeriksaan fisik, wawancara, catatan medis, serta hasil diagnostic yang telah dilakukan terhadap pasien.

1. Identitas pasien

Pasien bernama Tn. J dan berusia 46 tahun, berjenis kelamin Laki-laki, Status perkawinan sudah neikah, pasien beragama

Khatolik dengan suku bangsa Batak Sumatra Utara, pasien saat ini bekerja sebagai buruh disalah satu pabrik di Jakarta, Pendidikan terakhir tamat SLTA/ sederajat, Bahasa yang digunakan pasien sehari-hari Bahasa Indonesia, saat ini pasien tinggal di Jl. Perjuangan Tanah Merah Jakarta Utara, sumber biaya pasien dari BPJS, informasi yang didapatkan dari pasien, keluarga dan rekam medis

2. Resume

Pasien datang dengan keluarga ke RSUD Koja pada tanggal 22 Mei 2024 pukul 20.00 datang ke IGD dengan keluhan nyeri dengan skala 5 dari 1-10 pada dada dan sesak sejak pagi hari serta mengeluh pusing dan sulit berjalan, masalah keperawatan : nyeri akut, intoleransi aktivitas, tindakan keperawatan mandiri : Observasi TTV dengan hasil TD 143/86 mmHg, N 70x/menit, RR 24x/menit, S 36,6, Spo2 99%, pemasangan infus, pemberian oksigen nasal kanul 4L/menit, memberikan klien posisi semi Fowler, pemasangan EKG 12 sadapan, Tindakan kolaborasi : asering 500cc/24jam aspilet 4tab, cpg 1x70gr, isdn 3x5gr, laxadine 2xcI evaluasi secara umum : pasien masih tampak sesak dan merasa nyeri dengan skala 4 dari 1-10 pasien masih tampak meringis dan gelisah.

Pasien dibawa ke ruang ICCU untuk dimonitor lebih lanjut dengan keluhan pasien masih merasa nyeri pada dada dan sesak, klien masih sesekali meringis dan sulit untuk tidur, masalah keperawatan : gangguan pertukaran gas, nyeri akut, intoleransi aktivitas, tindakan keperawatan mandiri : pemberian oksigen nasal kanul 4L/menit, observasi TTV dengan

hasil TD 137/82 mmHg , N 74x.menit, RR 22x.menit , S 36,6 , Spo2 99%, memberikan pasien pada posisi semi fouler, pengambilan AGD, tindakan kolaborasi : asering 500cc/24jam isdn 3x5gr, cpg 1x70gr, simvastatin 1x20, levanox 2x0,6, laxadine 2xcI evaluasi secara umum : nyeri pada dada klien berkurang menjadi skala 3 dari 1-10 dan hilang timbul, nyeri jika melakukan pergerakan berlebih dan sesak sedikit berkurang , pasien masih sesekali meringis dan gelisah.

Pasien datang ke ruangan jantung pada tanggal 24 Mei 2024 dengan keluhan masih merasa nyeri didada dengan skala 3 dari 1-10 , masih sesekali merasa sesak jika beraktivitas dan sulit untuk tertidur pulas, masalah keperawatan : nyeri akut, intileransi aktivitas , tindakan keperawatan mandiri : mengobservasi TTV dengan hasil TD 132/76 mmHg , N 89x/menit, RR 22x/menit , S 36,4 , Spo2 99% , pemberian nasal kanul 4L/menit, pemberian posisi fouler dan semi fouler, membatasi aktivitas pasien, tindakan kolaborasi : asering 500cc/24jam , isdn 3x5gr, levanox 2x0,6 , cpg 1x70, simvastatin 1x20, evaluasi secara umum : pasien masih merasa nyeri hilang timbul dengan sekala 3 dari 1-10 , pasien masih sesekali merasa sesak , dan tidur merasa tidak nyenyak, pasien masih sesekali merasa meringis.

3. Riwayat kesehatan

a. Riwayat kesehatan sekarang

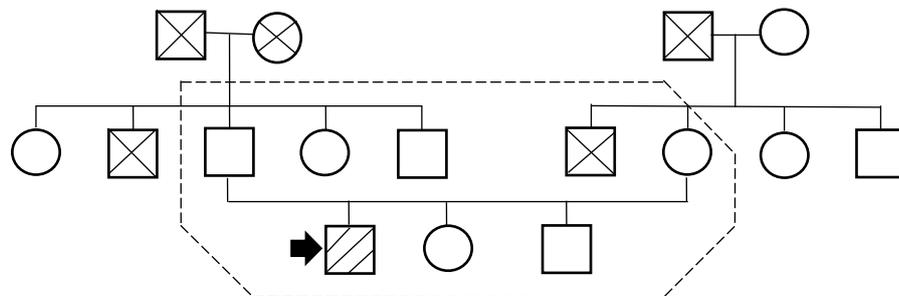
Pasien mengatakan nyeri pada dada kiri nyeri hilang timbul pasien mengluh sesak saat melakukan aktivitas yang berlebih, pasien

mengeluh sulit tidur di malam hari karena sering terbangung dengan alasan yang tidak jelas.

b. Riwayat kesehatan masa lalu

Pasien mengatakan sama sekali tidak memiliki Riwayat penyakit dimasa lalunya, tidak ada Riwayat alergi obat, makanan ataupun lingkungan dan tidak ada Riwayat pemakaian obat, an pasien mengatakan tidak ada Riwayat kecelakaan sebelumnya.

c. Genogram



Keterangan :

- : Laki-Laki
- : Perempuan
- : Garis pernikahan
- | : Garis keturunan
- : Tinggal serumah
- ✕ : Meninggal
- ➡ □ : Pasien

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

Pasien mengatakan orang tua (Ibu) memiliki Riwayat penyakit hipertensi dan jantung.

- e. Riwayat psikologi dan spiritual

Orang terdekat pasien adalah istri dan anaknya. Saat dirumah pengambil Keputusan yaitu pasien sebagai kepala keluarga, pola komunikasi dikeluarga pasien dua arah, pasien mengatakan tidak pernah mengikuti kegiatan masyarakat sama sekali dilingkungan rumahnya. Dampak penyakit pada pasien saat ini adalah keluarganya yang menjadi khawatir dengan kondisi penyakit pasien, masalah yang mempengaruhi pasien adalah penyakitnya dikarenakan pasien tidak dapat beraktivitas seperti biasanya dan mengkhawatirkan keluarganya karna harus bolak-balik kerumah sakit untuk menjaganya, mekanisme coping pasien terhadap stress yaitu dengan cara tidur, hal yang dipikirkan pasien saat ini adalah pasien ingin segera sembuh dan ingin melakukan aktivitas seperti biasa serta berkumpul kembali dengan keluarganya dirumah. Harapan pasien saat ini adalah pasien ingin segera sembuh dari penyakitnya dan kembali melakukan aktivitas. Perubahan yang dirasakan pasien ketika sakit adalah pasien tidak dapat melakukan aktivitas karna sering merasa sesak dan nyeri jika beraktivitas. Nilai-nilai yang bertentangan dengan kesehatan yaitu pasien sering merokok 10 batang dalam sehari serta sesekali meminim

alcohol. Aktivitas agama yang dilakukan pasien adalah sembayang ke gereja pada hari minggu. Kondisi lingkungan rumah adalah pasien mengatakan dirumah ada yang merokok dan banyak polusi dari kendaraan bermotor.

f. Pola kebiasaan sehari-hari sebelum dan sesudah sakit dirumah sakit

1) Pola nutrisi

Sebelum sakit : pasien makan 2-3x/hari yaitu pagi sore dan malam hari, nafsu makan pasien baik, pasien menghabiskan 1 porsi makanan setiap kali makan. Pasien mengatakan menyukai semua jenis makanan. Pasien juga mengatakan tidak ada makanan pantangan, dan pasien tidak sedang menjalankan diet khusus selama dirumah. Pasien juga tidak mengkonsumsi obat-obatan sebelum makan, dan juga pasien tidak menggunakan alat bantu makan untuk memenuhi kebutuhan nutrisinya.

Di rumah sakit : pasien makan 3x/hari, dengan nafsu makan yang kadang kurang baik dikarenakan rasa makanan yang ada dirumah sakit kurang begitu enak, porsi makan yang dihabiskan 1-1/2 porsi. Saat di rumah sakit ada pantangan makanan yang harus dihindari pasien yaitu makanan asin, makanan santan dan gorengan. Dirumah sakit pasien tidak mengkonsumsi obat-obatan sebelum makan, pasien juga tidak terpasang alat bantu makan untuk memenuhi kebutuhan nutrisinya.

2) Pola eliminasi

Sebelum sakit : pasien BAK di rumah 5 sampai 6x/hari , warna kuning jernih, dan tidak ada keluhan, pola BAK pasien 1 sampai 2x/hari, konsistensi padat lunak, berwarna kuning kecoklatan, tidak ada keluhan BAB dan tidak ada penggunaan Laxatif.

Di rumah sakit : saat dirumah sakit pola eliminasi pasien masih sama.

3) Pola personal hygiene

Sebelum sakit : pasien mandi 2x/hari pada pagi dan sore hari, pasien melakukan oral hygiene 2x/hari dengan menggunakan pasta gigi pada pagi dan sore hari dan mencuci rambut 3 sampai 4x/minggu.

Di rumah sakit : pasien mandi 1 sampai 2x/hari pagi dan sore hari, pasien melakukan oral hygiene 1x/hari, pasien belum mencuci rambut semenjak masuk rumah sakit.

4) Pola istirahat dan tidur

Sebelum sakit : pasien tidak ada tidur siang, pasien tidur malam 8 sampai 9 jam, kebiasaan pasien dirumah sebelum tidur yaitu menonton tv dan bermain handphone.

Di rumah sakit : pasien tidur siang kurang lebih 1 jam/hari , dan tidur malam 8 jam/hari, dan kegiatan sebelum tidur bermain handphone dan mengobrol dengan pasien diruangan.

5) Pola aktivitas dan Latihan

Sebelum sakit : pasien melakukan aktivitas hanya dilingkungan kerja, dan tidak pernah berolahraga, keluhan sesekali merasa sesak dan nyeri ketika melakukan aktivitas

Di rumah sakit : pasien melakukan aktivitas secara bertahap dikarenakan merasa sesak dan nyeri jika beraktivitas berlebihan.

6) Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan

Sebelum sakit : pasien merokok sehari habis 10 batang dan sesekali meminum alcohol.

Di rumah sakit : pasien tidak merokok dan tidak meminum alcohol

4. Pengkajian fisik

a. Pemeriksaan fisik umum

Berat badan pasien Sebelum sakit: 78 kg dan sesudah sakit 75 kg, tinggi badan pasien 174 cm. Tekanan darah : 134/86 mmHg, frekuensi nafas : 84x/menit, frekuensi napas : 22x/menit, suhu tubuh: 36.4°C, keadaan umum tampak sakit ringan dan tidak terdapat pembesaran kelenjar getah bening.

b. Sistem penglihatan

Posisi mata pasien simetris, kelopak mata normal, pergerakan bola mata normal, konjungtiva merah muda, kornea normal tidak terdapat perdarahan, skelara anikterik, pupil mata isokor, tidak ada kelainan otot mata, fungsi penglihatan kedua mata baik, tidak terdapat tanda-tanda

radang dikedua mata, pasien tidak menggunakan kacamata, tidak memakai lensa kontak dan terhadap cahaya positif.

c. Sistem pendengaran

Daun telinga pasien normal, bentuk telinga normal dan simetris, tidak ada cairan yang keluar dari telinga, tidak ada perasaan penuh ditelinga, tidak terdapat tinnitus, fungsi pendengaran pasien baik, tidak terdapat gangguan keseimbangan dan pasien tidak menggunakan alat bantu dengar.

d. Sistem wicara

Sistem wicara pasien normal tidak pelo dan tidak bisa

e. Sistem pernapasan

Pasien merasa sesak nafas saat melakukan aktivitas, tidak menggunakan otot pernapasan. Nafas tidak berbau keton, frekuensi nafas 22x/menit dengan irama nafas cukup teratur, jenis nafas spontan, kedalaman nafas dalam, suara nafas vesikuler, tidak ada nyeri saat bernafas dan pasien tidak menggunakan alat bantu pernafasan.

f. Sistem kardiovaskuler

1) Sirkulasi perifer

Nadi 84x/menit dengan irama teratur dan denyut kuat, tekanan darah 134/86 mmHg, tidak terdapat distensi vena jugularis, temperatur kulit hangat, warna kulit keputihan; pengisian kapiler <2 detik, tidak ada edema.

2) Sirkulasi jantung

Kecepatan denyut jantung 84x/menit dengan irama teratur, tidak terdapat kelainan bunyi jantung dan terdapat nyeri di dada, nyeri seperti tertusuk-tusuk dengan skala 3 dari 1-10 nyeri saat melakukan aktivitas

g. Sistem hematologi

Pasien tampak pucat dan tidak ada perdatahan

h. Sistem saraf pusat

Pasien tidak mengeluh sakit kepala dengan kesadaran compos mentis, tidak ada perubahan status mental, *Glasgow Coma Scale* (GCS) 15 (E: 4, M: 6, V: 5). Tidak ada tanda-tanda Tekanan Intra Kranial (TIK).

i. Sistem pencernaan

Keadaan mulut, yaitu tidak terdapat karis, Tidak ada stomatitis, lidah pasien terlihat bersih, pengeluaran saliva normal dan saat pengkajian pasien mengalami mual namun tidak terdapat muntah, bising usus pasien 18 x/menit, pasien tidak mengalami diare, pasien mengatakan tidak ada nyeri diperut. Hepar tidak teraba dan abdomen pasien normal.

j. Sistem endokrin

Tidak terdapat kelenjar tiroid, nafas tidak berbau keton, pasien tidak memiliki riwayat diabetes militus.

k. Sistem urologi

Keseimbangan cairan pasien normal dalam 24 jam dengan intake total 1500ml terdiri dari Infus 500ml, Makan 100ml, minum 900ml dan

output total 1300 ml terdiri dari urin 920ml dan iwl 530ml dalam 24 jam

l. Sistem integument

Turgor kulit baik dengan temperatur hangat, warna kulit keputihan, keadaan kulit baik. Area pemasangan infus baik, tidak ada phlebitis dan tidak bengkak. Keadaan rambut baik dan bersih.

m. Sistem muskuloskeletal

Pergerakan pasien tidak terbatas dan tidak terdapat masalah pada ekstremitas, , pasien tidak mengalami kontraktur, tidak ada kelainan pada bentuk tulang, sendi dan tulang belakang, keadaan tonus baik, kekuatan tonus otot kedua ekstermitas baik.

5. Data tambahan

Pasien dan keluarga mengatakan tidak mengetahui tentang penyakit yang dialaminya saat ini.

6. Data penunjang

Hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 25 Mei 2024 adalah pemeriksaan laboratorium :

Hematologi : Hemoglobin 14.6 g/dl (13.5-18.0 g/dl), Hematokrit 42.5 % (42.0-52.0 %), **Eritroksit 4.54 Juta/uL (4.70-6.00 Juta/uL)**, MCV 94 fL (79-100 fL), **MCH 32 pg (27-31 pg)**, MCHC 34 g/dl (32-36 g/dl), PDW-CV 13.3 % (11.5-14.0 %), Trombosit $229 \times 10^3/uL$ ($163-337 \times 10^3/uL$), Leukosit $8.98 \times 10^3/uL$ ($4.00-10.50 \times 10^3/uL$), Eosinofil 3.9% (0.8-7.0 %),

Basofil 0.9 % (0.2-1.2 %), Neutrofil 59.3 % (34.0-67.9 %), Limfosit 28.8% (21.8-53.1), Monosit 7.1 % (5.3-12.2 %), Eosinofil Absolut $0.35 \times 10^3/uL$, Basofil Absolut $0.08 \times 10^3/uL$, Neutrofil Absolut $5.32 \times 10^3/uL$, Limfosit Absolut $2.59 \times 10^3/uL$, Monosit Absolut $2.06 \times 10^3/uL$, NRL 2.06

Analisa Gas Darah : pH 7.449 (7.350-7.450), **pCO₂ 24.5 mmHg (32.0-45.0 mmHg)**, **pO₂ 177.2 mmHg (95.0-100.0 mmHg)**, **HCO₃ 17.1 mEq/L (21.0-28.8 mEq/L)**, **Base Excess -7.1 mmol/L (-2.5 - +2.5 mmo/L)**, O₂ Saturation 99.9 % (94.00-100.00%)

Elektrolit : Natrium (Na) 138 mEq/L (135-147 mEq/L), **Kalium (K) 3.29 mEq/L (3.5-5.0 mEq/L)**, Klorida (Cl) 105 mEq/L (96-108 mEq/L), Troponin I (hs-cTnI) 19.60 ng/L (<29 ng/L), Ureum 22.4 mg/dL (16.6-48.5 mg/dL), Kreatinin 1.16 mg/dL (0.67-1.17 mg/dL), Glukosa Sewaktu 124 mg/dL (70-200 mg/dL)

7. Penatalaksanaan

infus asering 500 cc/24 jam, Terapi obat oral : Aspilet 1x80 (oral), CPG 1x70 (oral), ISDN 3x5 (oral), Simvastatin 1x20 (oral), Lavenox 2x0,6cc (sc)

8. Data fokus

Data Subjektif: Pasien mengatakan nyeri pada dada kiri, nyeri hilang timbul, P: nyeri saat melakukan aktivitas, Q: nyeri seperti tertusuk-tusuk, R: nyeri dibagian dada kiri, S: skala nyeri 3 dari 1 sampai 10, T: nyeri hilang timbul, pasien mengatakan sesak saat melakukan aktivitas, pasien

mengatakan mudah merasa lelah, pasien mengatakan sempoyongan setelah berjalan, pasien mengatakan tidak mengetahui tentang penyakitnya, pasien mengatakan makan tidak habis karna tidak enak, pasien mengatakan mual namun tidak muntah, pasien mengatakan merasa khawatir akan kondisinya saat ini, pasien mengatakan merokok sehari 10 batang dan sesekali meminum minuman alkohol, pasien mengatakan sulit untuk melakukan aktivitas.

Data Objektif : tanda-tanda vital tekanan darah: 134/86 mmHg, nadi: 84x/menit, frekuensi napas: 22x/menit, suhu: 36,4C, saturasi oksigen: 99%, klien tampak lemas, klien tampak pucat, akral teraba hangat. Terpasang infus asering 500cc/24 jam, pH 7.449 menurun, pCO₂ meningkat (24.5), pO₂ meningkat (177.1), HCO₃ menurun (17.1), Base Exercess menurun (-7.1), klien tampak meringis, klien tampak gelisah, gamaran EKG menunjukkan ST – Elevation, berat badan sekarang 74 kg sebelum sakit 78 kg, klien tampak lemas, EF 62%, pasien masih bingung jika ditanya tentang penyakitnya, pasien tampak bingung, Alkalosis metabolik terkompensasi penuh

9. Analisa Data

No	Data	Masalah	Etiologi
1.	Data Subjektif: a. Pasien mengatakan sesak	Penurunan curah jantung	Perubahan irama jantung

	<p>saat melakukan aktivitas</p> <p>b. Pasien mengatakan merokok sehari 10 batang dan sesekali meminum alkohol</p> <p>Data Objektif</p> <p>a. TD : 134/85 mmHg</p> <p>b. N : 84 x/menit</p> <p>c. RR : 22 x/menit</p> <p>d. S : 36,4 C</p> <p>e. Spo2 : 99%</p> <p>f. Klien tampak lemas</p> <p>g. Akral teraba hangat</p> <p>h. Gambaran EKG ST – Elevation</p>		
2.	<p>Data Subjektif:</p> <p>a. Pasien mengatakan</p>	<p>Gangguan pertukaran gas</p>	<p>Ketidak seimbangan ventilasi -</p>

	<p>sesak saat melakukan aktivitas</p> <p>b. Pasien mengatakan sulit melakukan aktivitas</p> <p>Data Objektif</p> <p>c. Pasien tampak sesak</p> <p>d. Pasien tampak pucat</p> <p>e. RR 22 x/menit</p> <p>f. pH 7.449</p> <p>g. pCO₂ menurun (24.5)</p> <p>h. pO₂ meningkat (177.2)</p> <p>i. HCO₃ menurun (17.1)</p> <p>j. BE menurun (-7.1)</p> <p>k. Alkalosis metabolik terkompensasi penuh</p>		perfusi
3.	<p>Data Subjektif:</p> <p>a. Pasien mengatakan</p>	Nyeri akut	Agen pencedera

	<p>nyeri pada dada kiri, nyeri hilang timbul</p> <p>b. Pasien mengatakan nyeri saat aktivitas</p> <p>c. Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk – tusuk</p> <p>d. Pasien mengatakan nyeri pada dada kiri</p> <p>e. Pasien mengatakan skala nyeri 3 dari 1 – 10</p> <p>f. Pasien mengatakan nyeri hilang timbul</p> <p>Data Objektif :</p> <p>g. Pasien tampak meringis</p> <p>h. Pasien tampak meringis</p> <p>i. Pasien tampak gelisah</p> <p>j. TD : 134/85 mmHg</p>		fisiologis
--	---	--	------------

	<p>k. N : 84 x/menit</p> <p>l. RR : 22 x/menit</p> <p>m. S : 36,4 C</p> <p>n. Spo2 : 99%</p> <p>o. Gambaran EKG ST – Elevation</p>		
4.	<p>Data Subjektif:</p> <p>a. Pasien mengatakan mudah merasa lelah saat melakukan aktivitas</p> <p>b. Pasien mengatakan sempoyongan ketika berjalan</p> <p>Data Objektif:</p> <p>a. Pasien tampak lemas</p> <p>b. Pasien tampak pucat</p> <p>c. Terpasang infus asering</p>	Intoleransi aktivitas	Ketidak seimbangan antara suplay oksigen dan kebutuhan oksigen

	<p>500cc/24jam</p> <p>d. RR: 22x/menit</p> <p>e. pH 7.449</p> <p>f. pCO₂ menuru (24.5)</p> <p>g. pO₂ meningkat (177.2)</p> <p>h. HCO₃ menurun (17.1)</p> <p>i. BE menurun (-7.1)</p> <p>j. Alkalosis metabolik terkompensasi penuh</p>		
5.	<p>Data Subjektif:</p> <p>a. Pasien mengatakan tidak mengetahui tidak mengetahui tentang penyakitnya</p> <p>Data Objektif:</p> <p>a. Pasien masih bingung jika ditanya mengenai penyakitnya</p>	Defisit pengetahuan	Kurang terpapar informasi

	b. Pasien tampak bingung		
6.	<p>Data Subjektif:</p> <p>a. Pasien mengatakan sering mual namun tidak muntah</p> <p>b. Pasien merasa khawatir tentang kondisinya</p> <p>Data Objektif:</p> <p>a. Pasien tampak gelisah</p> <p>b. Pasien tampak cemas</p>	Ansietas	Krisis situasional

10. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan analisa data, diagnosa keperawatan yang muncul disusun sesuai prioritas sebagai berikut:

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung
2. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidak seimbangan ventilasi – perfusi
3. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

4. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidak seimbangan antara suplay oksigen dan kebutuhan oksigen
5. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi
6. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional

B. Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung ditandai dengan :

Data subjektif : Pasien mengatakan sesak saat melakukan aktivitas, Pasien mengatakan merokok sehari 10 batang dan sesekali meminum alcohol

Data objektid : tekanan darah : 134/85 mmHg, frekuensi nadi : 84 x/menit, frekuensi napas : 22 x/menit, Suhu : 36,4 C, saturasi oksigen : 99%, Klien tampak lemas, Akral teraba hangat, pH 7.449, pCO₂ menuru (24.5), pO₂ meningkat (177.2), HCO₃ menurun (17.1), BE menurun (-7.1), Alkalosis metabolik terkompensasi penuh, Gambaran EKG ST-Elevation

Tujuan : penurunan curah jantung dapat teratasi setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam.

Kriteria hasil : Gambaran EKG aritmia menurun, dipsnea menurun, pucat menurun

Rencanan tindakan :

a. Observasi

- 1) Identifikasi tanda/gejala primer penuruna curah jantung (meliputi dipsnea, kelelahan, edema, ortopnea, paroxysmal nocturnal dyspnea, peningkatan CPV)

- 2) Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi peningkatan berat badan, hepatomegaly, distensi vena jugularis, palpitasi, ronchi basah, oliguria, batuk, kulit pucat)
 - 3) Monitor tekanan darah (termaksud tekanan darah ortostatik, jika perlu)
 - 4) Monitor intake dan output cairan
 - 5) Monitor berat badan setiap hari pada waktu yang sama
 - 6) Monitor saturasi oksigen
 - 7) Monitor keluhan nyeri dada (mis, intensitas, Lokasi, rediasi, durasi, presipitasi yang mengurangi nyeri)
 - 8) Monitor EKG 12 sadapan
 - 9) Monitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi)
 - 10) Monitor nilai laboratorium jantung (mis, elektrolit, enzim jantung, BPN, NTpro-BPN)
 - 11) Monitor fungsi alat pacu jantung
 - 12) Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sesudah dan sebelum aktivitas
 - 13) Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sesudah dan sebelum pemberian obat.
- b. Terapeutik
- 1) Posisikan semi fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman
 - 2) Berikan diet jantung yang sesuai (mis, Batasi asupan kafein, natrium, kolesterol, dan makanan tinggi lemak)

- 3) Gunakan stoking elastis atau pneumatic intermiten, sesuai indikasi
- 4) Fasilitasi pasien dan keluarga untuk memodifikasi gaya hidup sehat
- 5) Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress, jika perlu
- 6) Berikan dukungan emosional dan spiritual
- 7) Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%

c. Edukasi

- 1) Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi
- 2) Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap
- 3) Anjurkan berhenti merokok
- 4) Anjurkan pasien dan keluarga mengukur berat badan harian
- 5) Anjurkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan harian

d. Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian levanox 2x0,6cc
- 2) Rujuk ke program rehabilitasi jantung

Penatalaksanaan :

Tanggal 27 Mei 2024

Pukul 11.00 WIB memonitor tekanan darah dengan hasil tekanan darah 134/84 mmHg, frekuensi nadi 86x/menit, frekuensi napas 22x/menit, suhu 36,4C, pukul 11.10 WIB memonitor saturasi oksigen dengan hasil saturasi oksigen 99%, pukul 11.30 WIB memberikan posisi semi fowler dengan hasil sesak pasien sedikit berkurang, pukul 12.10 WIB menganjurkan beraktivitas sesuai toleransi dengan hasil pasien dapat melakukan aktivitas secara berkala, pukul 12.20 WIB memonitor keluhan nyeri dada

dengan hasil pasien mengatakan nyeri dada muncul jika beraktivitas dan hilang timbul.

Tanggal 28 Mei 2024

Pukul 08.10 WIB memonitor tekanan darah dengan hasil tekanan darah 138/76 mmHg, frekuensi nadi 79x/menit, frekuensi napas 20x/menit, suhu 36,6C , pukul 08.20 WIB memonitor saturasi oksigen dengan hasil saturasi oksigen 99%, pukul 09.20 menganjurkan untuk berhenti merokok dengan hasil pasien mengatakan sudah mencoba mengurangi untuk merokok dikarenakan khawatir akan kondisinya, pukul 10.00 WIB memonitor intake dan output cairan dengan hasil intake cairan 1450 ml, dan output 1100ml, pukul 11.45 WIB kolaborasi pemberian trapi obat lavenox 1x0,6cc melalui SC dengan hasil pasien mendapatkan lavenox 1x0,6cc, pasien sudah tidak tampak meringis dan pasien terlihat lebih tenang.

Tanggal 29 Mei 2024

Pukul 08.00 WIB memonitor tekanan darah dengan hasil tekanan darah 129/79 mmHg, frekuensi nadi 88x/menit, frekuensi napas 20x/menit, suhu 36,5 C, pukul 08.10 WIB memonitor saturasi oksigen dengan hasil saturasi oksigen 99%, pukul 09.00 WIB memonitor intake dan output cairan dengan hasil intake 1400ml dan output 1150ml, pukul 10.00 WIB menganjurkan pasien dan keluarga untuk mengukur intake dan output secara mandiri dengan hasil pasien dan keluarga mengatakan akan mengukur intake dan output jika sudah dirumah. Pukul 12.00 kolaborasi pemberian terapi obat levanox 1x0,6cc dengan hasil pasien sudah tidak merasakan sesak dan merasakan nyeri.

Evaluasi

Tanggal 27 Mei 2024, pukul 15.00 WIB

Subjektif : pasien mengatakan masih merasa sesak hiang timbul jika melakukan aktivitas secara berlebih atau terus menerus

Objektif : Pasien masih sesekali tampak lemas, Pasien masih tampak sedikit pucat, tekanan darah : 131/80 mmHg, frekuensi nadi : 74x/menit, frekuensi napas : 20x/menit, Suhu : 36,2C, saturasi oksigen : 99%

Analisa : tujuan teratasi Sebagian

Perencanaan : intervensi dilanjutkan, Memonitor EKG 12 sadapan, Memonitor tekanan darah, Posisikan semi fouler

Tanggal 28 Mei 2024, pukul 15.00 WIB

Subjektif : pasien mengatakan sesak sudah berkurang sesekali ada hilang timbul

Objektif : Pasien sudah tidak merasakan sesak, Frekuensi napas 20x/menit, pola napas dalam dan teratur, Pucat pada pasien sudah berkurang, tekanan darah : 126/76 mmHg, frekuensi nadi : 88x/menit, frekuensi napas : 20x/menit, Suhu : 36,4C, saturasi oksigen : 99%

Analisa : tujuan teratasi Sebagian

Perencanaan : intervensi dilanjutkan, memonitor tekanan darah, memonitor intake dan output, memberikan posisi semi fowler atau fowler.

Tanggal 29 Mei 2024, pukul 15.00 WIB

Subjektif : pasien mengatakan sesak sudah tidak ada sama sekali

Objektif : pasien dilakukan echo dengan hasil nilai EF 62%, pasien sudah tidak merasa sesak, pasien dapat melakukan aktivitas tanpa keluhan,

frekuensi napas 20x/menit, pola napas dalam dan teratur, pasien sudah tidak tampak pucat, tekanan darah 125/79 mmHg, frekuensi nadi 92x/menit, frekuensi napas 20x/menit, suhu 36,6C, saturasi oksigen 99%

Analisa : tujuan teratasi

Perencanaan : intervensi dipertahankan

2. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidak seimbangan ventilasi

– perfusi ditandai dengan :

Data subjektif : Pasien mengatakan sesak saat melakukan aktivitas, Pasien mengatakan sulit melakukan aktivitas.

Data objektif : Pasien tampak sesak, Pasien tampak pucat, frekuensi napas 22 x/menit, pH 7.449, pCO₂ menurun (24.5), pO₂ meningkat (177.2), HCO₃ menurun (17.1), BE menurun (-7.1), Alkalosis metabolik terkompensasi penuh.

Tujuan : gangguan pertukaran gas dapat teratasi setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam.

Kriteria hasil : dispnea menurun, gelisah menurun, pCO₂ membaik, pO₂ membaik, sianosis membaik, warna kulit membaik.

Rencana tindakan

a. Observasi

- 1) monitor frekuensi, irama dan upaya napas
- 2) monitor pola napas
- 3) monitor kemampuan batuk efektif
- 4) monitor adanya produksi sputum
- 5) palpasi keseimbangan ekspansi paru

- 6) askultasi bunyi napas
 - 7) monitot satuarsi oksigen
 - 8) monitor nilai AGD
 - 9) monitor hasil X – Ray toraks
- b. Terapeutik
- 1) Atur interval pemantauan respirasi sesuai dengan kondisi pasien
 - 2) Komunikasikan hasil pemantauan
- c. Edukasi
- 1) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
 - 2) Informasikan hasil pemantauan, jika perlu

Penatalaksanaan

Tanggal 27 Mei 2024

Pukul 11.25 WIB memonitor frekuensi dan irama napas dengan hasil frekuensi napas 22x/menit dan irama napas teratur, pukul 12.05 WIB memonitor produksi seputum dengan hasil tidak terdapat seputum pada pasien, pukul 13.00 WIB memonitor nilai AGD dengan hasil pH : 7.449, pCO₂ : 24.5, pO₂ : 177,2, HCO₃ : 17.1, BE : -7.1 Alkalosis metabolik terkompensasi penuh

Tanggal 28 Mei 2024

Pukul 08.10 WIB memonitor saturasi oksigen dengan hasil saturasi oksigen 99%, pukul 09.00 WIB memonitor frekuensi dan irama napas dengan hasil

frekuensi napas 20x/menit dan irama napas dalam dan teratur, pukul 12.00 WIB kolaborasi pemberian obat ISDN 1x5mg dengan hasil pasien mengatakan sudah sedikit tidak merasa sesak

Tanggal 29 Mei 2024

Pukul 08.00 WIB memonitor saturasi oksigen dengan hasil saturasi oksigen 99%. Pukul 08.15 WIB memonitor frekuensi dan irama napas dengan hasil frekuensi napas 20x/menit dan irama napas dalam dan teratur, pukul 11.00 WIB kolaborasi pemberaian trapi obat ISDN 1x5mg dengan hasil pasien mengatakan sudah tidak merasa sesak dan nyeri.

Evaluasi

Tanggal 27 Mei 2024, pukul 15.00 WIB

Subjektif : pasien mengatakan masih suka merasa sesak, pasien mengatakan sedikit bisa melakukan aktivitas

Objektif : frekuensi napas 20x/menit, frekuensi nadi 74x/menit, klien masih sedikit tampak pucat, klien masih sedikit tampak gelisah.

Analisa : tujuan teratasi sebagian

Perencanaan : intervensi dilanjutkan , memointor pola napas, memonitor saturasi oksigen, memonitor nilai AGF

Tanggal 28 Mei 2024, pukul 15.00 WIB

Subjektif : pasien mengatakan tidak ada sesak lagi, hanya sesekali dan hilang timbul, pasien mengatakan dapat melakukan aktivitas secara bertahap

Objektif : frekuensi napas 20x/menit, frekuensi nadi 93x/menit, pucat pada pasien sudah berkurang, pasien sudah tidak tampak gelisah

Analisa : tujuan teratasi sebagian

Perencanaan : intervensi dilanjutkan, memonitor pola napas, memonitor saturasi oksigen

Tanggal 29 Mei 2024, pukul 15.00 WIB

Subjektif : pasien mengatakan sudah tidak merasakan sesak lagi dan dapat melakukan aktivitas

Objektif : frekuensi napas 20x/meint, frekuensi nadi 92x/menit, pasien sudah tidak tampak pucat, pasien sudah tidak tampak gelisah

Analisa : tujuan teratasi

Perencanaan : intervensi dipertahankan

3. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan:

Data subjektif : Pasien mengatakan nyeri pada dada kiri, nyeri hilang timbul, Pasien mengatakan nyeri saat aktivitas, Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk – tusuk, Pasien mengatakan nyeri pada dada kiri, Pasien mengatakan skala nyeri 3 dari 1 – 10, Pasien mengatakan nyeri hilang timbul

Data objektif : Pasien tampak meringis, Pasien tampak meringis, Pasien tampak gelisah, tekanan darah: 134/85 mmHg, frekuensi nadi : 84 x/menit, RR : 22 x/menit, suhu : 36,4 C, saturasi oksigen : 99%, Gambaran EKG ST – Elevation

Tujuan : nyeri akut dapat teratasi setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam.

Kriteria hasil : nyeri akut dapat teratasi setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam.

Rencana tindakan :

a. Observasi

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi nyeri
- 2) Identifikasi skala nyeri
- 3) Identifikasi faktor yang memperberat nyeri
- 4) Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup
- 5) Monitor keberhasilan trapi relaksasi napas dalam yang sudah diberikan
- 6) Monitor efek samping penggunaan analgetik

b. Terapeutik

- 1) Berikan teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi nyeri
- 2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri
- 3) Fasilitasi istirahat dan tidur
- 4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri

c. Efikasi

- 1) Jelaskan penyebab dan pemicu nyeri
- 2) Jelaskan strategi untuk meredakan nyeri

- 3) Anjurkan monitor nyeri secara mandiri
 - 4) Ajarkan teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi rasa nyeri
- d. Kolaborasi
- 1) Kolaborasi pemberian lavenox 2x0,6cc Sc

Penataaksanaan

Tanggal 27 Mei 2024

Pukul 12.40 WIB mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi dan skala nyeri dengan hasil pasien mengatakan nyeri saat melakukan aktivitas, pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk, pasien mengatakan nyeri pada dada bagian kiri, pasien mengatakan skala nyeri 3 dari 1-10, pasien mengatakan nyeri hilang timbul, pukul 13.20 memberikan teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi rasa nyeri dengan hasil pasien tampak lebih tenang, meringis berkurang, skala nyeri menjadi 2 dari 1-10, 13.35 WIB memfasilitasi istirahat dan tidur dengan hasil pasien dapat istirahat dan tidur dengan nyaman dan nyenyak.

Tanggal 28 Mei 2024

Pukul 08.10 WIB memonitor tekanan darah dengan hasil tekanan darah 138/76 mmHg, frekuensi nadi 79x/menit, frekuensi napas 20x/menit, suhu 36,6C, saturasi oksigen 99%, pukul 09.20 WIB menjelaskan strategi untuk meredakan nyeri dengan hasil pasien mengatakan meredakan nyeri menggunakan relaksasi napas dalam yang kemarin sudah diajarkan, 11.45 WIB kolaborasi pemberian trapi obat lavenox 1x0,6cc melalui SC dengan hasil pasien mendapatkan lavenox 1x0,6cc, pasien sudah tidak tampak

meringis dan pasien terlihat lebih tenang., pukul 12.00 WIB kolaborasi pemberian obat ISDN 1x5mg dengan hasil pasien mengatakan sudah sedikit tidak merasa sesak, 13.10 WIB memberikan teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi nyeri dengan hasil pasien merasa nyerinya berkurang, pasien sudah tidak meringis, pasien mengatakan skala nyeri 2 dari 1-10, pukul 13.30 WIB memfasilitasi istirahat dan tidur dengan hasil pasien dapat istirahat dan tidur dengan nyenyak

Tanggal 29 Mei 2024

Pukul 08.00 WIB memonitor tekanan darah dengan hasil tekanan darah 129/79 mmHg, frekuensi nadi 88x/menit, frekuensi napas 20x/menit, suhu 36,5 C, saturasi oksigen 99%, pukul 10.20 memberikan teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi nyeri dengan hasil pasien mengatakan nyeri menurun dengan skala 1 dari 1-10, nyeri hilang timbul, pukul 11.00 WIB kolaborasi pemberian trapi obat ISDN 1x5mg dengan hasil pasien mengatakan sudah tidak merasa sesak dan nyeri. 11.25 WIB melanjutkan memonitor nyeri secara mandiri dengan hasil pasien dapat memonitor skala nyerinya secara mandiri, Pukul 12.00 WIB kolaborasi pemberian terapi obat levanox 1x0,6cc dengan hasil pasien sudah tidak merasakan sesak dan merasakan nyeri. Pukul 13.20 WIB memfasilitasi istirahat dan tidur dengan hasil pasien dapat istirahat dan tidur dengan nyaman dan nyenyak.

Evaluasi

Tanggal 27 Mei 2024, pukul 15.00 WIB

Subjektif : pasien mengatakan masih merasa nyeri hilang timbul jika

melakukan aktivitas

Objektif : pasien masih sesekali tampak meringis, skala nyeri 3 dari 1-10, pasien masih sesekali tampak gelisah, tekanan darah 131/80 mmHg, frekuensi nadi 74x/menit, frekuensi napas 20x/menit, suhu 36,2 C, saturasi oksigen 99%

Analisa : tujuan teratasi sebagian

Perencanaan : intervensi dilanjutkan, identifikasi skala nyeri, ajarkan teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi nyeri, kolaborasi terapi obat isdn dan levanox, fasilitasi istirahat dan tidur.

Tanggal 28 Mei 2024, pukul 15.00 WIB

Subjektif : pasien mengatakan nyeri sudah berkurang dan tidak terlalu berasa

Objektif : pasien hanya sesekali meringis, skala nyeri 2 dari 1-10, pasien masih sesekali tampak gelisah, tekanan darah 126/74, frekuensi nadi 88x/menit, frekuensi napas 20x/menit, suhu 36,4C, saturasi oksigen 99%

Analisa : tujuan teratasi sebagian

Perencanaan : intervensi dilanjutkan, identifikasi skala nyeri, ajarkan teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi nyeri, kolaborasi terapi obat isdn dan lavenox, fasilitasi istirahat dan tidur

Tanggal 29 Mei 2024, pukul 15.00 WIB

Subjektif : pasien mengatakan nyeri sudah tidak ada, pasien mengatakan nyeri hanya sesekali dan tidak berasa

Objektif : pasien sudah tidak meringis, skala nyeri 1 dari 1-10, pasien sudah tidak tampak gelisah, tekanan darah 125/79, frekuensi nadi 92x/menit, frekuensi napas 20x/menit, suhu 36,6 C, saturasi oksigen 99%

Analisa : tujuan teratasi sebagian

Perencanaan : intervensi dipertahankan

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis akan membahas tentang kesenjangan antara teori dan kasus yang ada pada saat penulis memberikan asuhan keperawatan pada Tn. j dengan kasus *ST Elevation Miokard Infark* di ruang kardiologi Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta yang telah dilaksanakan dari tanggal 27 Mei 2024 sampai 29 Mei 2024. Selain itu penulis juga akan membahas mengenai faktor pendukung serta faktor penghambat yang ditemukan penulis pada saat memberikan asuhan keperawatan pada Tn. J serta alternatif pemecahan masalah yang penulis berikan selama melakukan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

A. Pengkajian

Data yang telah dikumpulkan melalui pengkajian berupa data pengkajian, observasi, wawancara yang dilakukan pada pasien maupun keluarga pasien. Sedangkan data sekunder diperoleh dari catatan medis maupun tim kesehatan lainnya. Pengkajian yang dilakukan pada pasien sama dengan teori, pengkajian mulai dari Berat badan pasien sebelum sakit 77 kg dan sesudah sakit 74 kg, tinggi badan pasien, 174 cm, tekanan

darah 134/86 mmHg, frekuensi nadi 84x/menit, frekuensi napas 22x/menit, suhu tubuh 36,4 C, keadaan umum pasien dalam keadaan ringan, dan tidak ada pembesaran kelenjar getah bening. Hal ini sesuai dengan teori dan tidak ditemukan adanya kesenjangan antara teori dan praktik. Posisi mata pasien simetris, kelopak mata normal, pergerakan bola mata normal, konjungtiva merah muda, kornea normal tidak terdapat perdarahan, sklera anikterik, pupil mata isokor, tidak ada kelianan otot mata, fungsi penglihatan kedua mata baik, tidak terdapat tanda-tanda radang dikedua mata, pasien tidak menggunakan kacamata, tidak memakai lensa kontak dan terhadap cahaya positif. Hal ini sesuai dengan teori dan tidak ditemukan adanya kesenjangan antara teori dan praktik. Keadaan mulut, yaitu tidak terdapat karies pada gigi, bagian gusi belakang. Tidak ada stomatitis, lidah pasien terlihat bersih, pengeluaran saliva normal dan saat pengkajian pasien mengalami mual namun tidak terdapat muntah, bising usus pasien 16 x/menit, pasien tidak mengalami diare, pasien mengatakan tidak nyeri diperut. Hepar tidak teraba dan abdomen pasien normal. Hal ini sesuai dengan teori dan tidak ditemukan adanya kesenjangan antara teori dan praktik.

Pada etiologi tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus dimana pada kasus terdapat pasien merokok 10 batang perhari dan terkadang meminum minuman keras pasien juga jarang untuk berolah raga, dan pada manifestasi klinik juga terdapat kesenjangan. Manifestasi klinis Menurut (M. Asikin, M. Nuralamsyah, 2016) yaitu Nyeri dada, biasanya intens dan berlangsung terus menerus selama 30-60 menit, Gejala pada epigastrium, misalnya rasa mual dan kembung, serta muntah, Adanya gejala prodromal, misalnya letih, rasa tidak

enak pada dada atau malaise, sesak napas dan batuk, keringat yang berlebih dan gelisah, namun pada kasus tidak ditemukan gejala batuk dan keringat yang berlebih dikarenakan penulis melakukan pengkajian pada hari ke tujuh sehingga tanda dan gejala yang muncul pada pasien sudah tidak begitu pada pasien ditemukan sesak yang tidak begitu berasa dan tidak juga ditemukan sputum pada pasien.

Pada data penunjang ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus, pemeriksaan penunjang yang dilakukan kepada pasien yaitu hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 25 Mei 2024 adalah pemeriksaan laboratorium : Hematologi, Analisa Gas Darah, Glukosa Sewaktu, Echo carfiografi, EKG sedangkan pada kasus tidak terdapat pemeriksaan Studi radioneculide untuk melihat lokasi infark.

Pada penatalaksanaan medis ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus dimana pada teori terdapat penatalaksanaan medis morfin dan tidak diberikan pada pasien, pasien tidak diberikan dikarenakan nyeri pada pasien skala 3 dan hilang timbul. Penatalaksanaan medis yang didapatkan pasien yaitu infus asering 500cc/24jam, aspilet 1x80mg oral, CPG 1x75mg oral, ISDN 3x5mg oral, Simvastatin 1x20 oral dan Lavenox 2x0,6 sc.

Faktor pendukung yang penulis rasakan saat pengkajian yaitu, pasien kooperatif saat menjawab pertanyaan saat dikaji, penulis dapat memantau langsung fisik dan keadaan pasien. Penulis dapat melihat langsung data untuk pengkajian melalui rekam medis, dan perawat ruangan dengan mudah.

Faktor penghambat yang penulis rasakan yaitu penulis mendapatkan data yang berbeda dengan rekam medis. Ternyata pasien tidak jujur untuk beberapa data seperti identitas. Pasien harus melakukan pendekatan yang baik sehingga pasien memberikan data yang benar. Solusinya dalam penghambat ini yaitu dengan bertanya langsung dengan perawat ruangan yang kebetulan sudah merawat pasien tersebut dengan pasien dan keluhan yang sama.

B. Diagnosa Keperawatan

Menurut (M. Asikin, M. Nuralamsyah, 2016) dan (Sudarta, 2018), pada kasus STEMI terdapat tujuh diagnosa keperawatan yang terjadi kepada pasien yaitu penurunan curah jantung, gangguan pertukaran gas, nyeri akut, intoleransi aktivitas, defisit pengetahuan, ansietas, resiko penurunan curah jantung, namun ditemukan kesenjangan pada kasus dan teori dimana pada kasus hanya ditemukan enam diagnosa keperawatan yang sesuai dengan teori dan satu kasus tidak terdapat pada teori. Dan terdapat satu diagnosa keperawatan yang terdapat dalam teori namun tidak ditemukan pada kasus.

Diagnosa yang terdapat pada kasus dan sesuai dengan teori yaitu penurunan curah jantung, gangguan pertukaran gas, nyeri akut, intoleransi aktivitas, defisit pengetahuan, ansietas, untuk diagnosa yang saya ambil yaitu penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung, gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidak seimbangan ventilasi – perfusi, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidak seimbangan antara suplay oksigen dan kebutuhan oksigen, defisi pengetahuan berhubungan dengan kurang

terpaparnya informasi, ansietas berhubungan dengan krisis situasional.

Diagnosa yang ditemukan pada teorir dan tidak terdapat pada kasus yaitu resiko penurunan curah jantung, diagnosa ini tidak diangkat oleh penulis dikarenakan penulis sudah memasukan diagnosa penurunan curah jantung sehingga faktor resiko sudah tidak bisa diangkat, dan tidak sesuai dengan tanda mayor dan minor pada diagosa tersebut.

Faktor pendukung pada penentuan diagnosa dibantu dengan adanya buku SDKI yang membantu penulis menentukan diagnosa apa yang cocok baik dengan keadaan pasien maupun dengan teori. Adanya buku ini sekaligus menjadi pertimbangan penulis dalam menyusun asuhan keperawatan yang sesuai dengan kondisi pasien. Adapun persyaratan dari diagnosa keperawatan ialah perumusan wajib jelas dan singkat dari respons pasien terhadap situasi yang dihadapi, spesifik dan akurat, memberikan arahan pada aspek, bisa dikerjakan oleh perawat dan mencerminkan keadaan kesehatan klien.

Faktor penghambat dalam penentuan diagnosa yaitu kurangnya beberapa data yang tidak menunjang dalam penentuan diagnosa di dalam buku SDKI sehingga membuat penulisa harus lebih teliti dalam menentukan diagnosa.

C. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan merupakan tahap selanjutnya setelah pengkajian dan penentuan diagnosa keperawatan. Perencanaan juga merupakan petunjuk tertulis yang menggambarkan secara tepat mengenai rencana tindakan yang

dilakukan terhadap pasien sesuai dengan tingkat kebutuhan berdasarkan diagnosa keperawatan yang muncul. Salah satu sistem yang disusun adalah dengan menyusun struktur pencatatan keperawatan dengan elektronik yang terintegrasi dengan standar keperawatan internasional untuk mendukung kecakapan dan keakuratan perencanaan keperawatan.

Pada perencanaan tidak ditemukannya kesenjangan antara teori dan kasus, pada diagnosa penurunan curah jantung semua perencanaan yang terdapat pada teori dituliskan dalam perencanaan pada kasus hal ini dikarenakan pasien masih merasakan sesak dan nyeri yang hilang timbul, pada diagnosa gangguan pertukaran gas semua perencanaan yang terdapat pada teori dituliskan dalam perencanaan pada kasus hal ini dikarenakan pasien masih suka merasakan sesak hilang timbul, pada diagnosa nyeri akut perencanaan yang terdapat pada teori dituliskan dalam perencanaan pada kasus hal ini dikarenakan pasien masih merasakan nyeri didada bagian kiri dan nyeri hilang timbul, pada diagnosa intoleransi aktivitas perencanaan yang terdapat pada teori dituliskan dalam perencanaan pada kasus hal ini dikarenakan pasien masih kesulitan untuk melakukan aktivitas dan jika melakukan aktivitas berlebih pasien merasakan sesak dan nyeri pada dada, pada diagnosa defisit pengetahuan perencanaan yang terdapat pada teori dituliskan dalam perencanaan pada kasus hal ini dikarenakan pasien masih tidak mengetahui tentang penyakit yang dideritanya sama sekali dan pasien masih merasa bingung jika ditanya soal penyakitnya, pada diagnosa ansietas perencanaan yang terdapat pada teori dituliskan dalam perencanaan pada kasus hal ini dikarenakan pasien merasa khawatir dengan kondisinya sehingga menyebabkan mual namun tidak muntah, pasien juga tampak gelisah

dan khawatir

Faktor pendukung pada perencanaan keperawatan yaitu data pasien sinkron dengan data mayor minor pada buku SDKI. Sehingga mempermudah merencanakan asuhan keperawatan. Membandingkan dengan kondisi pasien, status kesehatan di rekam medis menunjang penulis melakukan perencanaan keperawatan yang tepat.

Faktor penghambat pada perencanaan keperawatan, ada perencanaan yang tujuannya sama tetapi dengan kata berbeda dan pasien yang menolak untuk tindakan. Solusinya penulis hanya merencanakan salah satu perencanaan yang umum sering dilakukan dan melakukan pendekatan kepada pasien.

D. Pelekasanaan Keperawatan

Penulis melakukan pelaksanaan keperawatan sesuai dengan rencana keperawatan yang sudah ditulis, pelaksanaan keperawatan ini berjalan selama 3x24 jam, dan semua tindakan keperawatan yang telah dilakukan oleh penulis sudah dokumentasikan dalam catatan keperawatan.

Dalam diagnosa pertama, penurunan curah jantung, dimana terdapat kesenjangan antara teori perencanaan dan kasus, perencanaan perawat memberikan terapi oksigen untuk mengurangi rasa sesak dan nyeri dada yang dirasakan oleh pasien namun pasien menolak dikarenakan pasien merasa sesak yang tidak begitu mengganggu dan tidak merasa nyaman dengan pemakaian oksigen. Diagnosa kedua gangguan pertukaran gas tidak terdapat kesenjangan

antara kasus dan teori, dimana perawat memonitor frekuensi napas, irama dan upaya napas untuk mngetahuin sesak pada pasien.

Diagnosa ketiga nyeri akut tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus dimana pasien sudah diajarkan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyerinya. Teknik relaksasi merupakan alternatif non obat-obatan dalam strategi penanggulangan nyeri, disamping metode. Relaksasi merupakan kebebasan mental dan fisik dari ketegangan dan stress, karena dapat mengubah persepsi kognitif dan motivasi afektif pasien. Teknik relaksasi membuat pasien dapat mengontrol diri ketika terjadi rasa tidak nyaman atau nyeri, stress fisik dan emosi pada nyeri.

Diagnosa keempat intoleransi aktivitas tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus, perawat mengidentifikasi dan mengelola penggunaan energi untuk mengatasi atau mencegah dan mengoptimalkan peoses menyembuhan. Diagnosa kelima dan keenam, defisit pengetahuan,ansietas tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus fokus implementasi adalah dengan memberikan informasi kesehatan terkait penyakit pasien. Dalam penelitian ditemukan hal ini terbukti menurunkan kecemasan pasien yang mendapat pendidikan kesehatan dengan pasien yang tidak diberi pendidikan kesehatan.

Dalam melakukan tindakan keperawatan perawat perlu mengetahui alasan ilmiah pasien harus mendapatkan tindakan keperawatan. perawat perlu membekali diri dengan pengetahuan keperawatan yang menyeluruh. Serta Keterampilan interpersonal digunakan pada saat perawat berkomunikasi dengan pasien, keluarganya dan anggota tim kesehatan. Perhatian dan rasa

saling percaya ditunjukkan ketika anda komunikasi secara terbuka dan jujur. Penyuluhan dan konseling harus dilakukan sehingga tingkat pemahaman yang diinginkan sesuai dengan pengharapan pasien. Juga perlu keterampilan psikomotor adalah kompetensi perawat dalam melakukan tindakan.

Faktor pendukung dalam pelaksanaan keperawatan dimana pasien kooperatif saat diberikan asuhan keperawatan, menerima dan mempraktekkan ulang. Sehingga pelaksanaan berjalan dengan baik dan memberikan efek baik.

Faktor penghambat dalam pelaksanaan keperawatan dimana penulis tidak bisa melakukan asuhan keperawatan penuh selama 24 jam dikarenakan keterbatasan jadwal dinas , dan hanya melakukan pelaksanaann semaksimal mungkin ketika berdinas. Solusi yang dilakukan penulis adalah melihat catatan perkembangan pasien di rekam medis, menanyakan langsung ke pasien dan kepada perawat ruangan.

E. Evaluasi

Pada tahap evaluasi pasien mengambil evaluasi hari terakhir yaitu tanggal 29 Mei 2022. Sesuai dengan tujuan yaitu 3 x 24 jam sudah dilakukan. Evaluasi dilakukan setelah penulis melakukan tindakan keperawatan setiap harinya. Enam diagnosa yang diangkat penulis, hanya tercapai sebagian dikarenakan harus ada yang dilakukan berulang sesuai kondisi pasien. Enam diagnosa tersebut penurunan curah jantung berhubungan dengan perbuahan irama jantung, gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidak seimbangan ventilasi – perfusi, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidak seimbangan antara

suplay oksigen dan kebutuhan oksigen, deficit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi, ansietas berhubungan dengan krisis situasional.

Diagnose penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung tujuan tercapai ditandai dengan data subjektif : klien mengatakan sesak sudah tidak ada sama sekali, data objektif : pasien dilakukan echo dengan hasil nilai EF 62%, pasien sudah tidak merasakan sesak, pasien dapat melakukan aktivitas tanpa keluhan sesak, frekuensi napas 20x/menit, pasien sudah tidak tampak pucat, tekana darah 125/79 mmHg, frekuensi nadi 92x/menit, frekuensi napas 20x/menit, suhu tubuh 36,6 C, saturasi oksigen 99%. Diagnose gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidak seimbangan ventilasi – perfusi tujuan tercapai ditandai dengan data subjektif : pasien mengatakan sudah tidak merasakan sesak lagi dan dapat melakukan aktivitas data objektif : ferkuensi napas 20x/menit, frekuensi nadi 92x/menit, pasien sudah tidak tampak pucat, pasien sudah tidak tampak gelisah. Diagnose nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis tujuan tercapai sebagian data subjektif : pasien mengatakan nyeri sudah hilang namun sesekali masih muncul dengan skala 1 dari 1 sampai 10 dan nyeri tidak berasa data objektif : pasien sudah tidak meringis, skala nyeri 1 dari 1 sampai 10, pasien sudah tidak tampak gelisah, tekanan darah 125/79, frekuensi nadi 92x/menit, frekuensi napas 20x/menit, suhu 36,6 C, saturasi oksigen 99%. Diagnose intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidak seimbangan antara suplai oksigen dan kebutuhan oksigen tujuan tercapai data subjektif : pasien mengatakan sudah tidak merasakan kelemahan pada badannya, pasien

mengatakan bisa melakukan aktivitas seperti biasa, data objektif : pasien sudah tidak tampak lemas, pasien sudah tidak tampak pucat, pasien tampak sering berjalan – jalan dilorong. Diagnose defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi tujuan tercapai data subjektif : pasien mengatakan sudah paham tentang penyakitnya dan bagaimana cara mengurangnya, data objektif : pasien tidak tampak bingung, pasien dapat menjawab tentang tanda dan gejala STEMI dan bagaimana cara mencegahnya. Diagnose ansietas berhubungan dengan krisis situasional tujuan tercapai data subjektif : pasien mengatakan sudah tidak merasakan mual, pasien mengatakan sudah tidak khawatir dengan kondisinya, data objektif : pasien sudah tidak tampak gelisah dan pasien sudah tidak tampak cemas.

Dalam menentukan evaluasi penulis membuat evaluasi formatif yang berorientasi pada aktivitas proses keperawatan dan hasil tindakan keperawatan yang disebut sebagai evaluasi proses. Serta evaluasi yang dilakukan setelah perawat melakukan serangkaian tindakan keperawatan. evaluasi ini berfungsi menilai dan memonitor kualitas asuhan keperawatan yang diberikan. Pada evaluasi ini berorientasi pada masalah keperawatan yang sudah ditegaskan, menjelaskan keberhasilan /ketidakberhasilan, rekapitulasi, dan atau kesimpulan status kesehatan klien sesuai dengan kerangka waktu yang telah ditetapkan.

Faktor pendukung pada evaluasi keperawatan yaitu pasien tampak kooperatif, perkembangan pasien yang memungkinkan sehingga asuhan keperawatan yang diberikan didapatkan perkembangan. Kerja sama perawat

dan tenaga medis lainnya yang berperan penting sehingga adanya perkembangan dengan kondisi pasien setiap harinya.

Faktor penghambat pada evaluasi ini dimana keterbatasan waktu sehingga evaluasi dilakukan semaksimal mungkin. Tercapai sebagian tujuan asuhan keperawatan yang dipengaruhi juga dengan kondisi pasien serta waktu memberikan asuhan keperawatan. Solusinya dengan asuhan keperawatan dilanjutkan oleh perawat ruangan, dan menanyakan kondisi pasien langsung melalui komunikasi offline.

BAB V

PENUTUP

Hasil pelaksanaan asuhan keperawatan pada Tn.J dengan ST Elevation Miokard Infark dapat dilakukan beberapa kesimpulan yang berkaitan dengan landasan teori dan tujuan yang telah ditetapkan. Penulis juga mengemukakan saran demi perbaikan asuhan keperawatan khususnya pada pasien dengan penyakit ST Elevation Miokard Infark.

A. Kesimpulan

Dari hasil pengkajian yang dilakukan penulis menemukan hal-hal yang ada pada kasus sebagian besar sama dengan teori, namun berdasarkan pengkajian STEMI yang dilakukan kepada pasien, ternyata ada beberapa kesenjangan antara teori dan kasus yaitu hal yang didapatkan pada pasien merokok 10 batang perhari dan terkadang meminum minuman alcohol , pasien juga jarang untuk berolahraga dan untuk polamakan pasien sering memakan makanan sembarangan, makanan berlemak dan tinggi kolesterol, dan terdapat kesenjangan pula pada faktor yang tidak dapat dimodifikasi antaranya usia, kelamin dan genetik, ditemukan usia pasien 46 tahun dan pasien memiliki ibu yang mempunyai riwayat penyakit jantung, faktor yang tidak ditemukan pada

saat pengkajian ke pasien diantara lain adalah pasien tidak kurang aktivitas dikarenakan pasien selalu memiliki aktivitas setiap harinya yaitu bekerja dari pagi hingga malam hari dan pasien pun tidak merasakan stress yang berkepanjangan karena pasien dapat mengalihkan semua pikirannya dengan cara mencari kesibukan yaitu dengan menonton tv dan bermain handphone. Dan terdapat kesenjangan pada manifestasi klinis pada kasus dan tidak terdapat pada pasien yaitu batuk dan berkeringat berlebih dilakukan pemeriksaan seputum pada pasien dan tidak terdapat penumpukan seputum pada pasien dan pasien merasa tenang, untuk pemeriksaan penunjang ditemukan kesenjangan pada pasien dimana pasien tidak dilakukan pemeriksaan Studi radioneculide untuk melihat lokasi infark dan digantikan dengan pemeriksaan Echo Cardiografi, pada penatalaksanaan medis juga terdapat kesenjangan antara teori dan kasus dimana pada kasus pasien tidak mendapatkan morfin namun digantikan dengan ISDN dan levanox untuk mengurangi nyeri yang dirasakan pasien.

Pada diagnosa ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus dimana terdapat tujuh diagnosa yaitu penurunan curah jantung, gangguan pertukaran gas, nyeri akut, intoleransi aktivitas, defisit pengetahuan, ansietas dan resiko penurunan curah jantung yang ada pada teori namun penulis hanya menemukan enam diagnosa dan untuk diagnosa yang tidak diangkat yaitu resiko penurunan curah jantung dikarenakan pada pasien sudah ditemukan penurunan curah jantung sehingga faktor resiko sudah tidak bisa lagi diangkat dan tidak sesuai dengan tanda mayor dan minor pada diagnosa tersebut.

Penatalaksanaan pada kasus untuk terapi non medis yaitu dengan melanjutkan pasien untuk tirah baring agar mengurangi aktivitas dikarenakan dapat dibuktikan jika pasien melakukan aktivitas berlebih maka pasien akan merasa sesak dan nyeri pada bagian dada, dan pasien juga diajarkan relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri yang ada, terapi medis yang ditemukan pada pasien yaitu obat infus asering 500cc/24 jam, CPG 1x75mg oral untuk mengencerkan darah, Aspilet 1x80mg oral untuk mencegah terjadinya serangan jantung, ISDN 3x5mg oral untuk mencegah atau mengatasi nyeri dada, Simvastatin 1x20mg oral untuk menurunkan kadar kolesterol dan lavenox 2x0,6cc sc untuk mengencerkan darah agar tidak terjadi penyumbatan pada jantung.

Pada tahap evaluasi pasien, penulis mengambil evaluasi pada hari terakhir yaitu pada tanggal 29 Mei 2024, sesuai dengan tujuan yaitu 3x24 jam sudah dilakukan, evaluasi dilakukan setiap kali penulis melakukan tindakan kepada pasien, dari enam diagnosa yang diangkat oleh penulis hanya ada satu diagnosa yang tujuan masih tercapai sebagian, yaitu diagnosa nyeri akut dimana pasien masih memiliki rasa nyeri dengan skala 1 dari 1-10, pada evaluasi ini berorientasi pada masalah keperawatan yang sudah ditegakan, menjelaskan keberhasilan atau tidak berhasil dan atau kesimpulan status kesehatan pasien sesuai dengan waktu yang ditetapkan.

B. Saran

Untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dalam memberikan asuhan keperawatan khususnya pada pasien dengan ST Elevation Miokard Infark, maka penulis ingin memberikan saran sebagai berikut:

1. Bagi pendidikan keperawatan

Penelitian ini di harapkan menjadi sumber pengembangan ilmu pengetahuan keperawatan terkait dengan karya tulis ilmiah dan memberikan pengalaman baru dalam melakukan intervensi untuk dapat meningkatkan keterampilan serta peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan mandiri secara holistik pada pasien ST Elevation Miokard Infark

2. Bagi rumah sakit

Menambah pengetahuan dalam praktik keperawatan tentang perawatan mandiri pasien *ST Elevation Miokard Infark*, sebagai acuan atau rujukan dalam mewujudkan evidence based practice, sehingga dalam memberikan edukasi kepada pasien ST Elevation Miokard Infark dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dalam hal melakukan intervensi secara mandiri.

3. Bagi peneliti selanjutnya

Di sarankan tetap mampu untuk melakukan penelitian. Peneliti selanjutnya dapat melakukan intervensi mandiri pada pasien ST Elevation Miokard Infark

DAFTAR PUSTAKA

- Astuti, D. P. T. (2017). Gagal Jantung Tinjauan pustaka. *Ilmu Penyakit Dalam*, 1002005139, 1513.
- Badan Pusat Statistika. (2022). Profil Statistik Kesehatan. *Badan Pusat Statistik*, 148.
- Darlina, D. (2019). Manajemen Pasien St Elevasi Miokardial Infark (Stemi) St. *Idea Nursing Journal*, 1(1), 14–20.
- Doenges, M. E. (2018). *Rencana Asuhan Keperawatan: Pedoman Asuhan Klien Anak-Dewasa, Ed. 9, Volume 1* (D. Yulianti (ed.)). EGC.
- Dr. Ns. Muhammad Thabran Talib, S. K. M. M. (2022). *MANAJEMEN REKAM MEDIS “SI-JANTUNG” RUMAH SAKIT*. CV. AZKA PUSTAKA.
<https://books.google.co.id/books?id=OVd-EAAAQBAJ>
- Gabriella, M. (2023). *Karya Ilmiah Akhir Pneumonia*.
- Irdan, & Herman. (2022). Faktor Resiko Penyakit Infark Miokard Akut di Rumah Sakit Umum Dewi Sartika Kota Kendari. *Jurnal Ilmiah Karya Kesehatan*, 02(Mei), 1–7. <https://stikesks-kendari.e-journal.id/JIKK/article/view/467>
- Kemenkes. (2018). Laporan Provinsi DKI Jakarta: Riskesdas 2018. In *Laporan Provinsi DKI Jakarta*.
- Kurnia, A. (2021). STEMI Inferior dengan Infark Ventrikel Kanan dan Posterior. *Cermin Dunia Kedokteran*, 48(11), 349.

<https://doi.org/10.55175/cdk.v48i11.1555>

Lemogoum, D., Kamdem, F., Ba, H., Ngatchou, W., Hye Ndindjock, G., Dzudie, A., Monkam, Y., Mouliom, S., Hermans, M. P., Bika Lele, E. C., & van de Borne, P. (2021). Epidemiology of acutely decompensated systolic heart failure over the 2003–2013 decade in Douala General Hospital, Cameroon. *ESC Heart Failure*, 8(1), 481–488. <https://doi.org/10.1002/ehf2.13098>

LeMone, P., Burke, K. M., & Bauldoff, G. (2016). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah. In *EGC*. Jakarta.

M. Asikin, M. Nuralamsyah, S. (2016). *keperawatan medikal bedah sistem kardiovaskular*.

Prihatiningsih, D., & Sudyasih, T. (2018). Perawatan Diri Pada Pasien Gagal Jantung. *Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia*, 4(2). <https://doi.org/10.17509/jpki.v4i2.13443>

Riyanti, A., Irawati Wibowo, Y., & Irawati, S. (2023). Faktor yang Mempengaruhi Keterlambatan Pra-Rumah Sakit pada Pasien ST Elevation Myocardial Infarction (STEMI): Kajian Literatur. *Keluwih: Jurnal Kesehatan Dan Kedokteran*, 4(2), 73–87. <https://doi.org/10.24123/kesdok.v4i2.5629>

Sari, G. P., Kosim, M. Y., & Prananingrum, F. (2024). Indikasi dan Kontraindikasi Pemberian Fibrinolisis pada Pasien ST Elevation Myocardial Infarction Anterolateral Inferior (STEMI) dengan Syok Kardiogenik: Studi Kasus. *Jurnal Keperawatan Klinis Dan Komunitas (Clinical and Community Nursing*

Journal), 8(1), 21. <https://doi.org/10.22146/jkkk.95003>

Siregar, M. F., Akbar, N. Z., Nasution, A. N., Hasan, H., & Lubis, H. A. P. (2020). Comparison of Myocardial Blush Grade in Stemi Patients With and Without Resolution on Reciprocal St Segment Depression Undergoing Primary Percutaneous Coronary Intervention. *International Journal of Research Science and Management*, 7(10), 19–23. <https://doi.org/10.29121/ijrsm.v7.i10.2020.3>

Sudarta, I. W. (2018). *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler*.

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), Edisi 1*. Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia.

Triyuliadi, A., Gandini, A. L. A., & Setiani, D. (2023). PENGARUH RELAKSASI NAFAS DALAM KOMBINASI TERAPI FARMAKOLOGI TERHADAP NYERI PADA PASIEN STEMI SAAT TROMBOLISIS DI IGD RSD dr. H. SOEMARNO SOSROATMODJO TANJUNG SELOR. *Aspiration of Health Journal*, 1(2), 346–353. <https://doi.org/10.55681/aohj.v1i2.114>

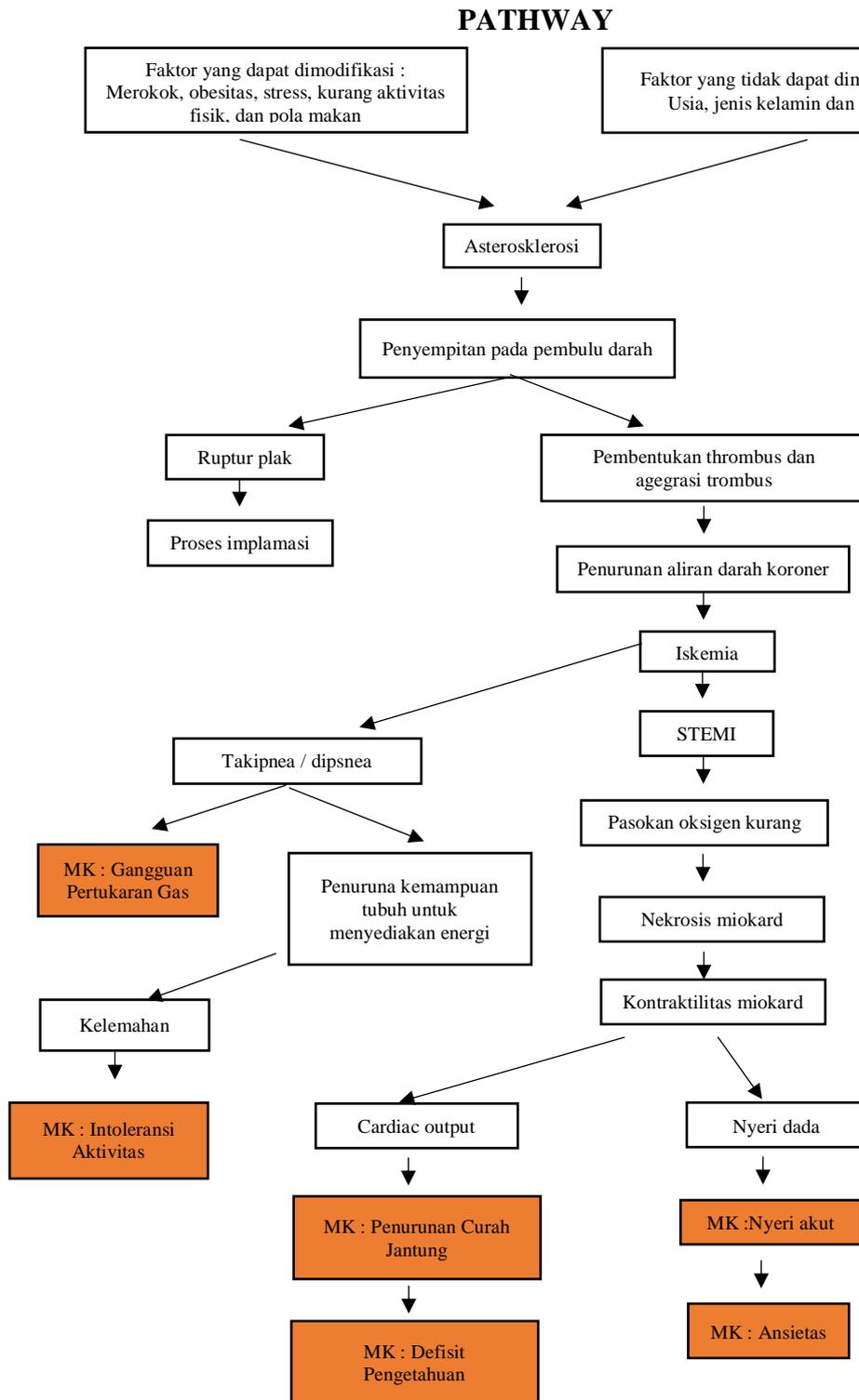
Tsao, C. W., Aday, A. W., Almarzooq, Z. I., Anderson, C. A. M., Arora, P., Avery, C. L., Baker-Smith, C. M., Beaton, A. Z., Boehme, A. K., Buxton, A. E., Commodore-Mensah, Y., Elkind, M. S. V., Evenson, K. R., Eze-Nliam, C., Fugar, S., Generoso, G., Heard, D. G., Hiremath, S., Ho, J. E., ... Martin, S. S. (2023). Heart Disease and Stroke Statistics—2023 Update: A Report From the American Heart Association. In *Circulation*.

<https://doi.org/10.1161/cir.0000000000001123>

Wati, P. Y., & Krisdiyanto, M. A. (2020). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien St Elevasi (Stemi)*. 5, 6.

World Health Organization. (2021). WHO list of priority medical devices for management of cardiovascular diseases and diabetes. In *WHO medical device technical series*.

Lampiran 1 : pathway



Sumber : (M. Asikin, M. Nuralamsyah, 2016)

Analisa Obat

1. Aspilet

Indikasi : mencegah serangan jantung dan meredakan nyeri

Kontraindikasi : hipersensitivitas

Efek samping : sakit kepala, sakit perut, rasa panas didada, kentut berlebih

2. Clopidogrel Bisulfat (CPG)

Indikasi : mencegah terjadinya aterotrombosis pada penyakit jantung koroner terutama pada sindrom koroner akut, pada stroke, dan pada penyakit arteri perifer

Kontraindikasi : Hipersensitivitas, perdarahan patologis aktif (misalnya, tukak lambung, perdarahan intracranial)

Efek samping : Infeksi saluran pernapasan atas, nyeri dada, sakit kepala, sindrom flulike, arthralgia, nyeri, pusing, diare, ruam, rinitis, depresi, infeksi saluran kencing

3. Isosorbide Dinitra (ISDN)

Indikasi : pencegahan penyakit jantung coroner dan meredakan nyeri dada

Kontraindikasi : hipersensitivitas, infark miokard akut, hipotensi, syok, trauma serebral, anemia

Efek samping : sakit kepala, hipotensi postural, ruam kulit

4. Simvastatin

Indikasi : menurunkan kadar kolesterol

Kontraindikasi : penyakit hati akut atau peningkatan persisten transaminase serum yang tidak bisa dijelaskan , tidak boleh digunakan selama masa kehamilan dan menyusui

Efek samping : sakit perut, kembung, sembelit, diare, mual dan muntah, sakit kepala, hidung tersumbat.

5. Lavenox

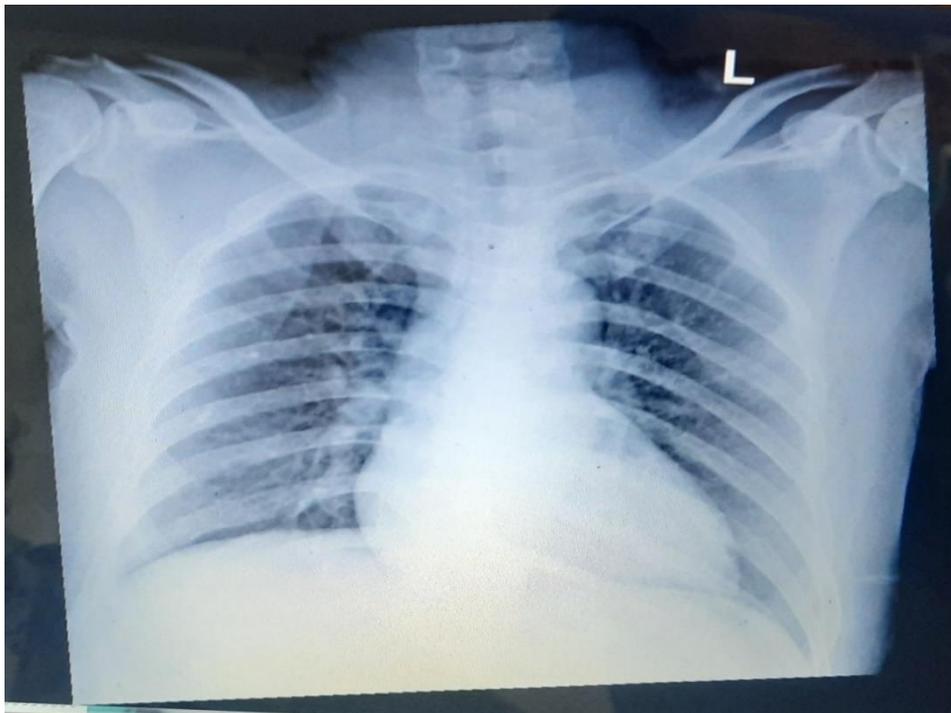
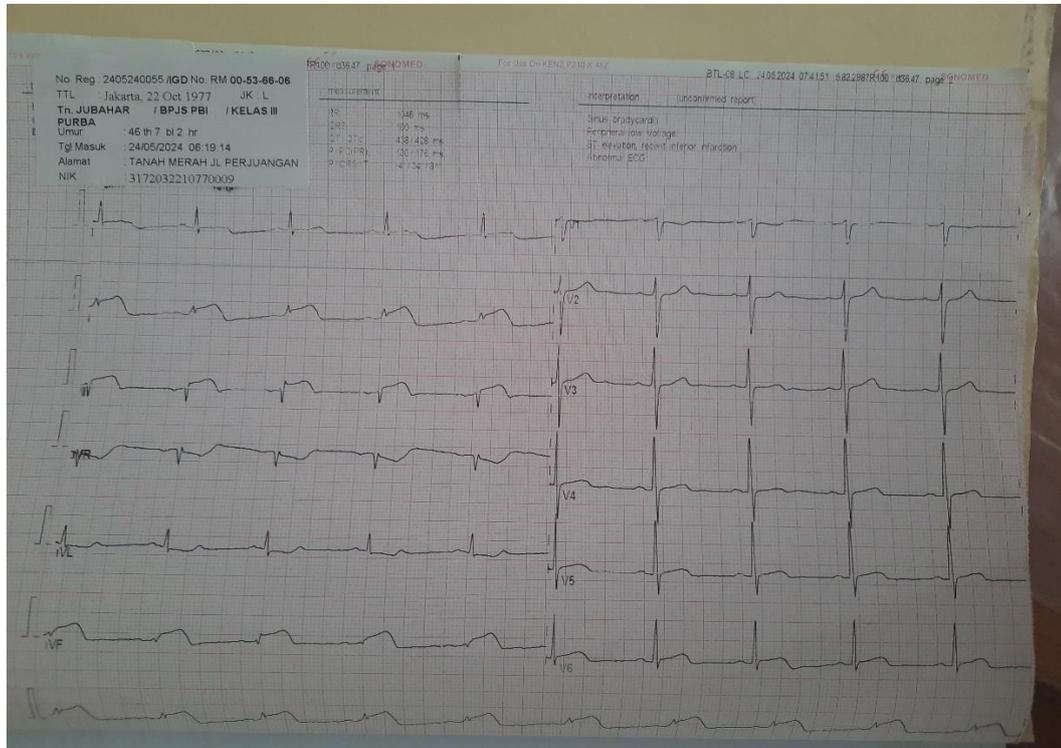
Indikasi : mencegah tromboembolik vena

Kontraindikasi : hipersensivitas, perdarahan mayor aktif

Efek samping : kemeraha, edema, pendarahan, peningkatan enzim hati, reaksi alergi.

Lampiran 3 : Foto Thorax dan EKG

Foto Thorax dan EKG



LEMBAR KONSULTASI

Nama Pembimbing : Ns. Yarwin Yari, M.Biomed, M.Kep

Nama Mahasiswa : Syaefudin Dwi Fadillah

Judul : Asuhan Keperawatan Pada TN.J Dengan ST Elevation Miokard Infark Di

Ruangan Kardiologi Lantai 6 RSUD Koja Jakarta Utara

No	Tanggal	Konnsultasi (saran/perbaikan)	Tanda Tangan
1	20 Mei 2024	Bimbingn sebelum pengambilan kasus	
2	30 Mei 2024	Bimbingan askep setelah pengambilan kasus	
3	3 Juni 2024	Konsul askep dan revisi	
4	7 Juni 2024	Konsul BAB 1 dan BAB 2	
5	8 Juni 2024	Revisi BAB 1 dan BAB 2	
6	10 Juni 2024	Revisi BAB 2	
7	11 Juni 2024	Konsul BAB 3	
8	15 Juni 2024	Revisi BAB 3	
9	20 Juni 2024	Konsul BAB 4 dan ACC BAB 3	
10	21 Juni 2024	Revisi BAB 4 dan konsul BAB 5	

11	22 Juni 2024	Revisi BAB 5 dan Revisi Magrin	
12	24 Juni 2024	Revisi BAB 4 dan BAB 5	
13	25 Juni 2024	Revisi tataletak , jarak dan penulisan	