

LAPORAN AKHIR PROFESI NERS

**ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT PADA PASIEN Th. P
USIA 45 TAHUN DENGAN *CHEST PAIN***

*Laporan studi kasus ini dibuat dan diajukan untuk memenuhi salah satu syarat
untuk mendapatkan gelar Ners (Ns)*



OLEH

LENY HARTATI. S, S.Kep

R014 19 2006

PEMINATAN KLINIK KEPERAWATAN GAWAT DARURAT

PROGRAM STUDI PROFESI NERS

FAKULTAS KEPERAWATAN

UNIVERSITAS HASANUDDIN

MAKASSAR

2021

LEMBAR PENGESAHAN

**ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT Th. P USIA 45 TAHUN DENGAN
CHEST PAIN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
TAHUN 2021**

Telah dipertahankan di hadapan Sidang Tim Penguji Akhir
Pada:

Hari/ Tanggal : Sabtu/09 Januari 2021
Pukul : 10.30 – 13.00 WITA
Tempat : Daring via zoom meeting

Disusun Oleh :

LENY HARTATI, S, S. Kep
R014 19 2006

Dan yang bersangkutan dinyatakan

LULUS

Pembimbing

Pembimbing I



Moh Svafar S., S.Kep., Ns., MANP
NIP. 19801215 201404 1 001

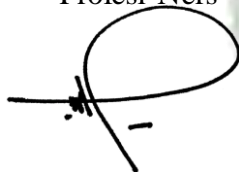
Pembimbing II



Tuti Seniwati, S. Kep., Ns., M. Kes
NIP. 19820607 201504 2 001

Mengetahui,

Ketua Program Studi
Profesi Ners



Dr. Takdir Tahir, S.Kep.,Ns.,M. Kes
NIP. 19770421 200912 1 003

Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Hasanuddin



Dr. Ariyanti Saleh, S. Kp., M. Si
NIP. 19680421 2001112 2 002

PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Leny Hartati. S, S.Kep

NIM : R014 19 2006

Program Studi : Profesi Ners

Jenjang : Profesi

Menyatakan dengan ini bahwa karya ilmiah tulisan saya berjudul "ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT PADA Tn. P USIA 45 TAHUN DENGAN *CHEST PAIN*". Adalah karya tulisan saya sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan orang lain bahwa laporan akhir dan portofolio yang saya tulis ini benar benar merupakan hasil karya saya sendiri. Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan laporan akhir dan portofolio ini hasil karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, 13 Januari 2021

Yang Menyatakan

(Leny Hartati. S, S.Kep)

ABSTRAK

Leny Hartati, S, S.Kep. R014192006. **ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT PADA PASIEN Tn. P USIA 45 TAHUN DENGAN CHEST PAIN.** Dibimbing oleh Moh. Syafar Sangkala, S.Kep.,Ns.,MANP dan Tuti Seniwati, S.Kep.,Ns.,M.Kes.

Latar Belakang: *Infark miocard acute* merupakan gangguan pada aliran darah ke jantung yang menyebabkan sel otot jantung mati. ST- elevation infark miocard (STEMI) merupakan oklusi total dari arteri koroner yang menyebabkan area infark yang lebih luas meliputi seluruh ketebalan miokardium, salah satu manifestasi klinis dari STEMI adalah nyeri dada khas yaitu nyeri dada tipikal.

Tujuan: Untuk mengetahui asuhan keperawatan gawat darurat pada pasien nyeri dada.

Hasil: Berdasarkan 5 diagnosa keperawatan yang telah ditegakkan, diagnosa primer yaitu diagnosa ketidakefektifan pola napas dengan hasil ketidakefektifan pola napas dapat teratasi, penurunan curah jantung dengan hasil penurunan curah jantung pasien dapat teratasi, nyeri akut dengan hasil nyeri yang dirasakan dapat terkontrol dan tingkat nyeri berkurang. Untuk diagnosa sekunder yaitu diagnosa intoleransi aktivitas dengan hasil pasien dapat melakukan kegiatan sehari-hari sesuai dengan kemampuan dan diagnosa ansietas dengan hasil kecemasan yang dialami oleh pasien dapat berkurang.

Kesimpulan: Manajemen pasien dengan Infark miokard STEMI yaitu pemberian suplemen oksigen dengan saturasi oksigen <90%, nitrogliserin, morfin (dinilai efektif mengurangi nyeri dada dan merupakan analgesic pilihan dalam tatalaksana STEMI), aspirin, penyekat beta, serta anjurkan pasien untuk istirahat, pemberian sedasi, pemberian diet, dan memonitor saluran pencernaan. Pengecekan EKG, dan juga mengajarkan cara tirah baring yang benar. Terapi *religious imagery care* dapat menjadi pilihan untuk mengatasi kecemasan. Pasien STEMI juga direkomendasikan untuk diberikan tindakan *percutaneous coronary intervention* (PCI).

Kata Kunci: *Chest pain, Infark miokard acute, Keperawatan Gawat Darurat.*

Sumber Literatur: 22 literature (2008-2019)

Abstract

Leny Hartati. S, S.Kep. R014192006. **EMERGENCY NURSING CARE FOR PATIENT Mr. P 45 YEARS OLD WITH CHEST PAIN.** Supervised by Moh. Syafar Sangkala, S.Kep., Ns., MANP and Tuti Seniwati, S.Kep., Ns., M.Kes.

Background: Acute myocardial infarction is a disruption in blood flow to the heart which causes heart muscle cells to die. ST-elevation myocardial infarction (STEMI) is a total occlusion of the coronary arteries causing a wider infarct area covering the entire thickness of the myocardium. One of the clinical manifestations of STEMI is typical chest pain, namely typical chest pain.

Objective: To determine emergency nursing care for chest pain patient.

Results: Based on 5 nursing diagnoses that have been established, the primary diagnosis is the diagnosis of ineffective breathing patterns with ineffective breath patterns resolved, decreased cardiac output with decreased patient cardiac output can be resolved, acute pain results in controlled pain and reduced pain levels. Secondary diagnosis is a diagnosis of activity intolerance with the result that the patient can carry out daily activities according to the ability and diagnosis of anxiety with the result that the anxiety experienced by the patient can be reduced.

Conclusion: Management of patients with STEMI myocardial infarction is giving oxygen supplements with oxygen saturation <90%, nitroglycerin, morphine (considered effective in reducing chest pain and is the analgesic of choice in the management of STEMI), aspirin, beta-blockers, and encouraging patients to rest, give sedation. , providing diet, and monitoring the digestive tract. EKG checks, and also teaches proper bed rest. STEMI patients are also recommended for percutaneous coronary intervention (PCI).

Keywords: Chest pain, acute myocardial infarction, Emergency Nursing

Literature Source: 22 literature (2008-2019)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur patut penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat dan hidayah-NYA, sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Akhir yang berjudul “*ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT PADA PASIEN Tn. P USIA 45 TAHUN DENGAN CHEST PAIN*” sebagai salah satu persyaratan akademis dalam rangka menyelesaikan studi di Program Studi Profesi Ners Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin.

Selama penulis melaksanakan Profesi Ners, tentunya penulis mengalami berbagai kesulitan dan hambatan. Akan tetapi, berkat bimbingan, arahan dan masukan dari berbagai pihak, sehingga penulis dapat mengatasi hal tersebut. Saya sebagai penulis laporan akhir ini, izinkan saya menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp.,M.Si selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin.
2. Dr. Takdir Tahir, S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku Ketua Program Studi Profesi Ners Universitas Hasanuddin.
3. Moh. Syafar Sangkala, S.Kep.,Ns.,MANP dan Tuti Seniwati, S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku pembimbing I dan pembimbing II pada Stase Peminatan Klinik Keperawatan Gawat Darurat.
4. Kedua Orang Tua penulis Ayahanda Samsul A. dan Ibunda Waode Salwiah dan saudara penulis Muh. Rifat. S yang senantiasa mendoakan serta selalu memberikan dukungan kepada penulis baik dalam bentuk moril maupun materil selama proses penyelesaian studi.
5. Terima Kasih kepada teman-teman seperjuangan saya di Profesi Ners, serta teman-teman Stase Peminatan Klinik Keperawatan Gawat Darurat (Nurul Fadhalna, Sri Rahayu, Andi Dewi Sumaya, dan Heriani) yang telah memberikan banyak bantuan selama proses penyelesaian studi.

6. Terima Kasih kepada teman seperjuangan saya *Gercep Wanna Be* yang senantiasa memotivasi serta memberikan bantuan dan masukan kepada penulis selama pelaksanaan studi.
7. Terima Kasih juga kepada teman-teman *TRI6EMINUS* yang tetap memberikan dukungan kepada penulis selama proses penyelesaian studi.

Penulis menyadari ada banyak kekurangan dan ketidaksempurnaan dari laporan akhir ini. Oleh karena itu, penulis berharap masukan yang bersifat membangun sehingga penulis dapat berkarya lebih baik lagi di masa yang akan datang. Akhir kata, penulis memohon maaf apabila terdapat kesalahan maupun kekurangan dalam laporan akhir ini. Semoga kita semua senantiasa diberkahi oleh Tuhan Yang Maha Esa.

Makassar, 13 Januari 2021

Penulis

DAFTAR ISI

| | |
|---|------------|
| LEMBAR PENGESAHAN | i |
| PERNYATAAN KEASLIAN | ii |
| ABSTRAK | iii |
| KATA PENGANTAR | v |
| DAFTAR ISI | vii |
| BAB I PENDAHULUAN (KONSEP MEDIS) | 1 |
| A. INFARK MIOCARD ACUTE..... | 1 |
| B. ETIOLOGI | 2 |
| C. MANIFESTASI KLINIS | 4 |
| D. KOMPLIKASI | 5 |
| E. PEMERIKSAAN PENUNJANG | 8 |
| F. PENATALAKSAAN | 9 |
| BAB II KONSEP KEPERAWATAN | 11 |
| A. PENGKAJIAN | 11 |
| B. DIAGNOSA KEPERAWATAN..... | 13 |
| C. RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN | 14 |
| D. PENYIMPANGAN KDM..... | 20 |
| BAB III ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT | 21 |
| PENGKAJIAN PRIMER | 22 |
| PENGKAJIAN SEKUNDER..... | 29 |
| WOC KASUS..... | 31 |
| PRIORITAS MASALAH KEPERAWATAN | 32 |
| RENCANA KEPERAWATAN (dari pengkajian sekunder) | 33 |
| BAB IV PEMBAHASAN | 36 |
| KESESUAIAN/ KESENJANGAN ANTARA KONSEP DAN PRAKTIK SERTA EVIDANCE BASE PRACTICE TERKAIT KASUS | 36 |

| | |
|----------------------------------|-----------|
| BAB V PENUTUP | 41 |
| A. KESIMPULAN | 41 |
| B. SARAN | 42 |
| DAFTAR PUSTAKA | 43 |
| LAMPIRAN – LAMPIRAN | 45 |

DAFTAR LAMPIRAN

| | |
|--|-----|
| Lampiran 1. Laporan & Hasil Kritisi Jurnal serta Lampiran Jurnal | 46 |
| Lampiran 2. Asuhan Keperawatan Gawat Darurat | 61 |
| LAPORAN KASUS 1 MINGGU KE- 1 | 61 |
| Asuhan Keperawatan Gawat Darurat pada pasien Tn. P berusia 45 tahun dengan <i>Chest Pain</i> | 61 |
| LAPORAN KASUS 2 MINGGU KE-2 | 81 |
| Asuhan Keperawatan Gawat Darurat pada pasien Ny. G berusia 25 tahun dengan <i>Asthma</i> | 81 |
| LAPORAN KASUS 1 MINGGU KE-2 | 98 |
| Asuhan Keperawatan Gawat Darurat pada pasien An. J berusia 3 tahun dengan Napas berisik | 98 |
| LAPORAN KASUS 2 MINGGU KE - 2 | 114 |
| Asuhan Keperawatan Gawat Darurat pada An. X dengan Luka Bakar | 114 |
| LAPORAN KASUS 1 MINGGU KE- 3 | 129 |
| Asuhan Keperawatan Gawat Darurat pada pasien Tn. X berusia 50 tahun dengan <i>burn thorax</i> | 129 |
| LAPORAN KASUS 2 MINGGU KE- 3 | 144 |
| ASUHAN KEPERAWATAN PERIOPERATIF | 144 |
| DENGAN DIAGNOSA TRAUMATIC BRAIN INJURY | 144 |
| TINDAKAN PEMBEDAHAN CRANIOTOMI DAN KRANIEKTOMI EVAKUASI CYTO | 144 |

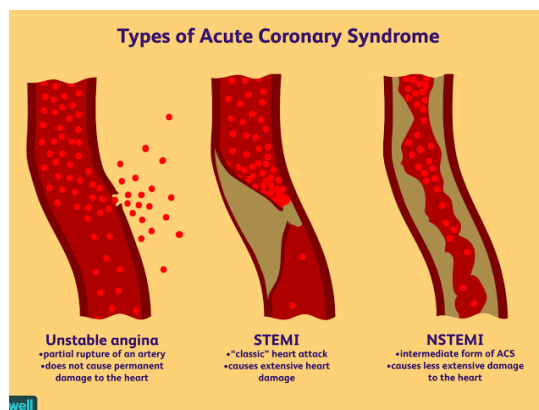
BAB I

PENDAHULUAN (KONSEP MEDIS)

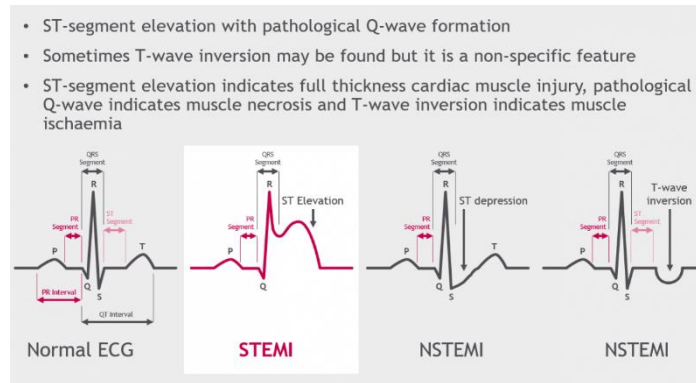
A. *INFARK MIOCARD ACUTE*

Infark miocard acute merupakan gangguan pada aliran darah ke jantung yang menyebabkan sel otot jantung mati. Aliran darah di pembuluh darah terhenti setelah terjadi sumbatan koroner akut, kecuali sejumlah kecil aliran kolateral dari pembuluh darah di sekitarnya. Daerah otot di sekitar yang sama sekali tidak mendapat aliran darah atau alirannya sangat sedikit sehingga tidak dapat mempertahankan fungsi otot jantung, dikatakan mengalami infark (Black & Hawks, 2014).

Infark miocard acute atau IMA diklasifikasikan berdasarkan EKG 12 lead dalam dua kategori, yaitu ST- elevation infark miocard (STEMI) dan non ST-elevation infark miocard (NSTEMI). STEMI merupakan oklusi total dari arteri koroner yang menyebabkan area infark yang lebih luas meliputi seluruh ketebalan miokardium, yang ditandai dengan adanya elevasi segmen ST pada EKG. Sedangkan NSTEMI merupakan oklusi sebagian dari arteri koroner tanpa melibatkan seluruh ketebalan miokardium, sehingga tidak ada elevasi segmen ST pada EKG (Black & Hawks, 2014).



Gambar 1. Perbedaan kondisi pembuluh darah pada pasien Stemi, Non Stemi dan Unstable angina



Gambar 2. Gelombang EKG pada pasien Stemi

B. ETIOLOGI

Infark miokard disebabkan oleh oklusi arteri koroner setelah terjadinya *rupture vulnerable atherosclerotic plaque*. Sebagian besar kasus, terdapat beberapa faktor presipitasi yang muncul sebelum terjadinya STEMI seperti aktivitas fisik yang berlebihan, stress emosional, dan penyakit dalam lainnya. Sedangkan beberapa faktor yang dapat meningkatkan risiko terjadinya IMA pada individu dibagi menjadi 2 (dua) yaitu faktor resiko yang tidak dapat diubah dan faktor resiko yang dapat diubah menurut Smeltzer & Bare (2013) yaitu:

1. Faktor yang tidak dapat diubah :
 - a. Usia

Walaupun akumulasi plak *atherosclerotic* merupakan proses yang progresif, biasanya tidak akan muncul manifestasi klinis sampai lesi mencapai ambang kritis dan mulai menimbulkan kerusakan organ pada usia menengah maupun usia lanjut. Oleh karena itu, pada usia antara 40 dan 60 tahun, insiden infark miokard pada pria meningkat lima kali lipat.

- b. Jenis kelamin

Infark miokard jarang ditemukan pada wanita premenopause kecuali jika terdapat diabetes, hiperlipidemia, dan hipertensi

berat. Setelah menopause, insiden penyakit yang berhubungan dengan *atherosclerosis* meningkat bahkan lebih besar jika dibandingkan dengan pria. Hal ini diperkirakan merupakan pengaruh dari hormon estrogen.

c. Ras

Amerika-Afrika lebih rentan terhadap aterosklerosis dari pada orang kulit putih.

d. Riwayat keluarga

Riwayat keluarga yang positif terhadap penyakit jantung Okoroner (saudara, orang tua yang menderita penyakit ini sebelum usia 50 tahun) meningkatkan kemungkinan timbulnya IMA.

2. Faktor resiko yang dapat diubah :

a. Hiperlipidemia

Peningkatan kolesterol atau trigliserida serum di atas batas normal. Peningkatan kadar kolesterol di atas 180 mg/dl akan meningkatkan resiko penyakit arteri koronaria, dan peningkatan resiko ini akan lebih cepat terjadi bila kadarnya melebihi 240 mg/dl. Peningkatan kolesterol LDL dihubungkan dengan meningkatnya resiko penyakit arteri koronaria, sedangkan kadar kolesterol HDL yang tinggi berperan sebagai faktor pelindung terhadap penyakit ini.

b. Hipertensi

Faktor risiko mayor dari IMA, baik tekanan darah *systole* maupun *diastole* memiliki peran penting. Hipertensi dapat meningkatkan risiko *ischemic heart disease* (IHD) sekitar 60% dibandingkan dengan individu normotensive. Tanpa perawatan, sekitar 50% pasien hipertensi dapat meninggal karena IHD atau gagal jantung kongestif, dan sepertiga

lainnya dapat meninggal karena stroke.

c. Merokok

Faktor risiko pasti pada pria, dan konsumsi rokok mungkin merupakan penyebab peningkatan insiden dan keparahan *atherosclerosis* pada wanita. Penggunaan rokok dalam jangka waktu yang lama meningkatkan kematian karena IHD sekitar 200%. Berhenti merokok dapat menurunkan risiko secara substansial.

d. Diabetes mellitus menginduksi hiperkolesterolemia dan juga meningkatkan predisposisi *atherosclerosis*. Insiden infark miokard dua kali lebih tinggi pada seseorang yang menderita diabetes daripada tidak. Juga terdapat peningkatan risiko stroke pada seseorang yang menderita diabetes mellitus

e. Stres Psikologik, stres menyebabkan peningkatan katekolamin yang bersifat aterogenik serta mempercepat terjadinya serangan.

C. MANIFESTASI KLINIS

Gejala klinis yang pasien infark miokard akut pada umumnya ditandai dengan adanya nyeri dada khas, yaitu nyeri dada tipikal. Nyeri yang dirasakan pada pasien infark miokard akut dapat bervariasi dari segi intensitas, biasanya nyeri timbul saat beristirahat atau timbul dengan aktivitas > 10 menit, serta berlangsung lebih dari 30 menit dan sering selama beberapa jam. Biasanya pasien menggambarkan ketidaknyamanan dengan adanya rasa menusuk, berat, tertindih, tertekan atau terbakar. Ketidaknyamanan yang dirasakan biasanya terlokalisasi secara retrosternal dan sering menyebar pada kedua sisi bagian anterior dada, menjalar ke bahu, leher, rahang, dan juga sering kali rasa nyeri menyebar ke sisi ulnar dari lengan kiri sehingga menimbulkan sensasi kesemutan di pergelangan tangan kiri, tangan, dan jari.

Pada beberapa pasien, rasa nyeri akibat sindrom koroner akut dapat dimulai di epigastrium dan mensimulasikan berbagai gangguan pada abdomen yang seringkali menyebabkan infark miokard akut salah diagnosa sebagai “gangguan pencernaan”. Pada pasien dengan angina pectoris yang sudah ada sebelumnya rasan nyeri yang dirasakan umumnya menyerupai angina sehubungan dengan lokasi, namun biasanya terasa jauh lebih parah, berlangsung lebih lama serta tidak lega karena istirahat dan pemberian nitrogliserin. Mual dan muntah dapat terjadi, hal ini kemungkinan disebabkan karena adanya aktivasi refleksi vagal atau stimulasi reseptor LV yang merupakan bagian dari refleksi Bezold-Jarisch.

Gejala lain yang dapat dirasakan termasuk perasaan lemah, pusing, jantung berdebar, keringat dingin, serta rasa malapetaka yang akan datang. Terkadang gejala yang timbul dari episode emboli otak atau embolisme arteri sistemik lainnya dapat menyebabkan infark miokard akut. Ketidaknyamanan dada mungkin tidak menyertai pada gejala ini. (Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia, 2015)

D. KOMPLIKASI

Komplikasi yang muncul akibat dari STEMI menurut Smeltzer & Bare (2013) :

1. Disfungsi ventrikel

Setelah STEMI, ventrikel kiri mengalami perubahan bentuk, ukuran, dan ketebalan baik pada segmen yang infark maupun non infark. Proses ini dinamakan remodeling ventricular. Secara akut, hal ini terjadi karena ekspansi infark, disrupsi sel-sel miokardial yang normal, dan kehilangan jaringan pada zona nekrotik. Pembesaran yang terjadi berhubungan dengan ukuran dan lokasi infark

2. Gagal pemompaan (*pump failure*)

Merupakan penyebab utama kematian di rumah sakit pada STEMI. Perluasan nekrosis iskemia mempunyai korelasi yang baik dengan tingkat gagal pompa dan mortalitas, baik pada awal (10 hari infark) dan sesudahnya. Tanda klinis yang sering dijumpai adalah ronkhi basah di paru dan bunyi jantung S3 dan S4 gallop. Pada pemeriksaan rontgen dijumpai kongesti paru.

3. Aritmia

Insiden aritmia setelah STEMI meningkat pada pasien setelah gejala awal. Mekanisme yang berperan dalam aritmia karena infark meliputi ketidakseimbangan sistem saraf otonom, ketidakseimbangan elektrolit, iskemia, dan konduksi yang lambat pada zona iskemik.

4. Gagal jantung kongestif

Hal ini terjadi karena kongesti sirkulasi akibat disfungsi miokardium. Disfungsi ventrikel kiri atau gagal jantung kiri menimbulkan kongesti vena pulmonalis, sedangkan disfungsi ventrikel kanan atau gagal jantung kanan mengakibatkan kongesti vena sistemik.

5. Syok kardiogenik

Diakibatkan oleh disfungsi ventrikel kiri sesudah mengalami infark yang massif, biasanya mengenai lebih dari 40% ventrikel kiri. Timbul lingkaran setan akibat perubahan hemodinamik progresif hebat yang ireversibel dengan manifestasi seperti penurunan perfusi perifer, penurunan perfusi koroner, peningkatan kongesti paru-paru, hipotensi, asidosis metabolic, dan hipoksemia yang selanjutnya makin menekan fungsi miokardium.

6. Edema paru akut

Edema paru adalah timbunan cairan abnormal dalam paru, baik di rongga interstisial maupun dalam alveoli. Edema paru merupakan tanda adanya kongesti paru tingkat lanjut, di mana cairan

mengalami kebocoran melalui dinding kapiler, merembes keluar, dan menimbulkan dispnea yang sangat berat. Kongesti paru terjadi jika dasar vascular paru menerima darah yang berlebihan dari ventrikel kanan yang tidak mampu diakomodasi dan diambil oleh jantung kiri. Oleh karena adanya timbunan cairan, paru menjadi kaku dan tidak dapat mengembang serta udara tidak dapat masuk, akibatnya terjadi hipoksia berat.

7. Disfungsi otot papilaris

Disfungsi iskemik atau ruptur nekrotik otot papilaris akan mengganggu fungsi katup mitralis, sehingga memungkinkan eversi daun katup ke dalam atrium selama sistolik. Inkompetensi katup mengakibatkan aliran retrograde dari ventrikel kiri ke dalam atrium kiri dengan dua akibat yaitu pengurangan aliran ke aorta dan peningkatan kongesti pada atrium kiri dan vena pulmonalis.

8. Defek septum ventrikel

Nekrosis septum interventrikular dapat menyebabkan ruptur dinding septum sehingga terjadi defek septum ventrikel.

9. Rupture jantung

Rupture dinding ventrikel yang bebas dapat terjadi pada awal perjalanan infark selama fase pembuangan jaringan nekrotik sebelum pembentukan parut. Dinding nekrotik yang tipis pecah, sehingga terjadi perdarahan massif ke dalam kantong pericardium yang relative tidak elastic dapat berkembang. Kantong pericardium yang terisi oleh darah menekan jantung, sehingga menimbulkan tamponade jantung. Tamponade jantung ini akan mengurangi aliran balik vena dan curah jantung.

10. Aneurisma ventrikel

Aneurisma ini biasanya terjadi pada permukaan anterior atau apeks jantung. Aneurisma ventrikel akan mengembang bagaikan balon pada setiap sistolik dan teregang secara pasif oleh sebagian curah sekuncup.

11. Tromboembolisme

Nekrosis endotel ventrikel akan membuat permukaan endotel menjadi kasar yang merupakan predisposisi pembentukan thrombus.

Pecahan thrombus mural intrakardium dapat terlepas dan terjadi embolisasi sistemik.

12. Perikarditis

Infark transmural dapat membuat lapisan epikardium yang langsung berkontak dan menjadi kasar, sehingga merangsang permukaan pericardium dan menimbulkan reaksi peradangan.

E. PEMERIKSAAN PENUNJANG

Pemeriksaan penunjang untuk penderita STEMI (Smeltzer & Bare, 2013):

a. Elektrokardiogram

EKG memberi informasi mengenai elektrofisiologi jantung. Lokasi dan ukuran relative infark juga dapat ditentukan dengan EKG (Smeltzer & Bare, 2011). Pemeriksaan EKG harus dilakukan segera dalam 10 menit sejak kedatangan di IGD. Sebagian besar pasien dengan presentasi awal elevasi segmen ST mengalami evolusi menjadi gelombang Q yang akhirnya didiagnosis infark miokard gelombang Q. Sebagian kecil menetap menjadi infark miokard non-Q. Jika obstruksi tidak bersifat total, obstruksi bersifat sementara, atau ditemukan banyak.

b. Angiografi coroner

Angiografi coroner adalah pemeriksaan diagnostic invasif yang dilakukan untuk mengamati pembuluh darah jantung dengan menggunakan teknologi pencitraan sinar-X. angiografi coroner memberikan informasi mengenai keberadaan dan tingkat keparahan PJK.

c. Foto Polos Dada

Tujuan pemeriksaan adalah untuk menentukan diagnosis banding, identifikasi komplikasi dan penyakit penyerta.

d. Pemeriksaan Laboratorium

- Creatinin Kinase-MB (CK-MB) : meningkat setelah 2-4 jam bila ada infark miokard dan mencapai puncak dalam 12-20 jam dan kembali normal dalam 2-3 hari.
- Ceratinin Kinase (CK) : meningkat setelah 3-6 jam bila ada infark miokard dan mencapai puncak dalam 12-24 jam dan kembali normal dalam 3-5 hari.

F. PENATALAKSAAN

Tujuan tatalaksana di IGD pada pasien yang dicurigai STEMI mencakup mengurangi/menghilangkan nyeri dada, identifikasi cepat pasien yang merupakan kandidat terapi reperfusi segera, triase pasien risiko rendah ke ruangan yang tepat di RS dan menghindari pemulangan cepat pasien dengan STEMI. Terapi awal yang diberikan pasien dengan STEMI dengan keluhan angina di ruang gawat darurat, dapat diberikan Morfin, Oksigen, Nitrat, Aspirin yang dikenal dengan istilah MONA yang tidak harus diberikan semua ataupun secara bersamaan (Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia, 2015).

1. Tirah baring
2. Pemberian suplemen oksigen harus diberikan segera bagi pasien dengan saturasi oksigen arteri $<95\%$ atau mengalami distress respirasi
3. Suplemen oksigen dapat diberikan pada semua pasien *sindrom coroner acute* dalam 6 jam pertama, tanpa mempertimbangkan saturasi oksigen arteri
4. Aspirin 160-320 mg diberikan segera pada semua pasien yang tidak diketahui intoleransinya terhadap aspirin. Aspirin

sendiri tidak bersalut sehingga lebih terpilih mengingat absorpsi sublingual yang lebih cepat

5. Pemberian penghambat reseptor ADP (*adenosine diphosphate*)
 - a. Dosis awal ticagrelor yang dianjurkan yaitu 180 mg dilanjutkan dengan dosis pemeliharaan 2 x 90 mg/ hari, kecuali pada pasien STEMI yang direncanakan untuk reperfusi menggunakan agen fibrinolitik.
 - b. Selain menggunakan ticagrelor, dapat juga menggunakan dosis awal clopidogrel yaitu 300 mg kemudian dilanjutkan dengan pemberian dosis pemeliharaan 75 mg/hari (untuk pasien yang direncanakan terapi reperfusi menggunakan agen fibrinolitik, penghambat reseptor ADP yang dianjurkan yaitu clopidogrel
6. Nitrogliserin *spray*/tablet sublingual bagi pasien dengan nyeri dada yang masih berlangsung saat tiba di ruang gawat darurat. Apabila nyeri dada tidak hilang dengan satu kali pemberian, maka pemberian dapat diulang setiap 5 menit sampai maksimal 3 kali. Nitrogliserin intravena diberikan pada pasien yang tidak responsif dengan terapi tiga dosis NTG sublingual. Kemudian apabila dalam keadaan NTG tidak tersedia, maka isosorbid dinitrat (SDN) dapat diberikan sebagai pengganti
7. Morfin sulfat 1-5 mg intravena, dapat diberikan ulang setiap 10-30 menit, bagi pasien yang tidak responsif dengan terapi tiga dosis NTG sublingual

BAB II

KONSEP KEPERAWATAN

A. PENGKAJIAN

1. Identitas pasien
2. Nyeri atau ketidaknyamanan

Gejala :

- Nyeri dada yang timbulnya mendadak (dapat atau tidak berhubungan dengan aktifitas), tidak hilang dengan istirahat atau nitroglicerine (meskipun kebanyakan nyeri dalam dan viseral).
- Lokasi : tipikal pada dada anterior, substernal , prekordial, dapat menyebar ke tangan, rahang, wajah. Tidak tertentu lokasinya seperti epigastrium, siku, rahang, abdomen, punggung, leher.
- Kualitas : “crushing ”, menyempit, berat, menetap, tertekan.
- Intensitas : biasanya 10 (pada skala 1 -10), mungkin pengalaman nyeri paling buruk yang pernah dialami.

Catatan : nyeri mungkin tidak ada pada pasien pasca operasi, diabetes mellitus, hipertensi, lansia

3. Pernafasan

Gejala :

- Dispnea saat aktivitas ataupun saat istirahat
- Dispnea nocturnal
- Batuk dengan atau tanpa produksi sputum
- Riwayat merokok, penyakit pernafasan kronis.

Tanda :

- Peningkatan frekuensi pernafasan
- Nafas sesak / kuat
- Pucat, sianosis
- Bunyi nafas (bersih, krekles, mengi), sputum

4. Sirkulasi

Gejala : riwayat IMA sebelumnya, penyakit arteri coroner, masalah tekanan darah, diabetes mellitus

Tanda :

- TD : dapat normal atau naik/turun, perubahan postural dicatat dari tidur sampai duduk/berdiri
- Nadi : dapat normal, penuh atau tidak kuat atau lemah / kuat kualitasnya dengan pengisian kapiler lambat, tidak teratur (disritmia) mungkin terjadi.
- Bunyi jantung : bunyi jantung ekstra : S3 atau S4 mungkin menunjukkan gagal jantung atau penurunan kontraktilitas atau complain ventrikel.
- Murmur : bila ada menunjukkan gagal katup atau disfungsi otot papilar
- Friksi : dicurigai perikarditis
- Irama jantung dapat teratur atau tidak teratur
- Edema : distensi vena juguler, edema dependent , perifer, edema umum, krekles mungkin ada dengan gagal jantung atau ventrikel.
- Warna : pucat atau sianosis, kuku datar , pada membran mukosa atau bibir

5. Aktifitas

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

Tanda : takikardi, dispnea pada istirahat atau aktifitas.

6. Integritas ego

Gejala :

- Menyangkal gejala penting atau adanya kondisi takut mati
- Perasaan ajal sudah dekat
- Marah pada penyakit atau perawatan
- Khawatir tentang keuangan, kerja dan keluarga.

Tanda : menolak, menyangkal, cemas, kurang kontak mata, gelisah, marah, perilaku menyerang, fokus pada diri sendiri, koma nyeri.

7. Eliminasi (Tanda : normal, bunyi usus menurun)

8. Makanan atau cairan

Gejala :

- Mual
- Kehilangan nafsu makan
- Bersendawa
- Nyeri ulu hati atau rasa terbakar

Tanda :

- Penurunan turgor kulit
- Kulit kering/berkeringat.
- Muntah.
- Perubahan berat badan.

9. Higiene (Gejala atau tanda : kesulitan melakukan tugas perawatan)

10. Neurosensori

Gejala :

- Pusing
- Berdenyut selama tidur atau saat bangun (duduk atau istirahat)

Tanda :

- Perubahan mental
- Kelemahan

B. DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Ketidakefektifan pola napas
2. Penurunan curah jantung
3. Nyeri akut
4. Intoleransi aktivitas
5. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
6. Risiko Kelebihan volume cairan

C. RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN

| Diagnosa Keperawatan | NOC (Tujuan) | NIC (Intervensi) |
|---|---|---|
| <p>Ketidakefektifan pola napas</p> | <p>NOC:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Stastus pernapasan: Pertukaran gas ❖ Keseimbangan asam Basa, Elektrolit ❖ Stastus Pernapasan : ventilasi ❖ Tanda-tanda vital <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 15 menit ketidakefektifan pola napas pasien teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Mendemonstrasikan peningkatan ventilasi dan oksigenasi yang adekuat ○ Memelihara kebersihan paru paru dan bebas dari tanda tanda distress pernafasan ○ Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips) ○ Tanda tanda vital dalam rentang normal ○ AGD dalam batas normal ○ Status neurologis dalam batas norma | <p>NIC :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi 2. Lakukan fisioterapi dada jika perlu 3. Keluarkan sekret dengan batuk atau suction 4. Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan 5. Berikan bronkodilator ; 6. Barikan pelembab udara 7. Atur intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan. 8. Monitor respirasi dan status O2 9. Catat pergerakan dada,amati kesimetrisan, penggunaan otot tambahan, retraksi otot supraclavicular dan intercostal 10. Monitor suara nafas, seperti dengkur 11. Monitor pola nafas : bradipena, takipenia, kussmaul, hiperventilasi, cheyne stokes, biot 12. Auskultasi suara nafas, catat area penurunan / tidak adanya ventilasi dan suara tambahan 13. Monitor TTV, AGD, elektrolit dan ststus mental 14. Observasi sianosis khususnya membran mukosa 15. Jelaskan pada pasien dan keluarga tentang persiapan tindakan dan tujuan penggunaan alat tambahan (O2, Suction, Inhalasi |

| | | |
|---------------------------------------|---|---|
| <p>Penurunan curah jantung</p> | <p>NOC :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Keefektifan pompa jantung ❖ Status sirkulasi ❖ Tanda-tanda vital ❖ Perfusi jaringan: perifer <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 jam penurunan kardiak output klien teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Tanda Vital dalam rentang normal (Tekanan darah, Nadi, respirasi) ○ Dapat mentoleransi aktivitas, tidak ada kelelahan ○ Tidak ada edema paru, perifer, dan tidak ada asites ○ Tidak ada penurunan kesadaran ○ AGD dalam batas normal ○ Tidak ada distensi vena leher ○ Warna kulit normal | <p>NIC :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi adanya nyeri dada 2. Catat adanya disritmia jantung 3. Catat adanya tanda dan gejala penurunan cardiac putput 4. Monitor status pernafasan yang menandakan gagal jantung 5. Monitor balance cairan 6. Monitor respon pasien terhadap efek pengobatan antiaritmia 7. Atur periode latihan dan istirahat untuk menghindari kelelahan 8. Monitor toleransi aktivitas pasien 9. Monitor adanya dyspneu, fatigue, tekipeu dan ortopneu 10. Anjurkan untuk menurunkan stress 11. Monitor TD, nadi, suhu, dan RR 12. Monitor VS saat pasien berbaring, duduk, atau berdiri 13. Auskultasi TD pada kedua lengan dan bandingkan 14. Monitor TD, nadi, RR, sebelum, selama, dan setelah aktivitas 15. Monitor jumlah, bunyi dan irama jantung 16. Monitor frekuensi dan irama pernapasan 17. Monitor pola pernapasan abnormal 18. Monitor suhu, warna, dan kelembaban kuit 19. Monitor sianosis perifer 20. Monitor adanya cushing triad (tekanan nadi yang melebar, bradikardi, peningkatan sistolik) 21. Identifikasi penyebab dari perubahan vital sign 22. Jelaskan pada pasien tujuan |
|---------------------------------------|---|---|

| | | |
|-------------------|--|--|
| | | <p>dari pemberian oksigen</p> <p>23. Sediakan informasi untuk mengurangi stress</p> <p>24. Kelola pemberian obat anti aritmia, inotropik, nitrogliserin dan vasodilator untuk mempertahankan kontraktilitas jantung</p> <p>25. Kelola pemberian antikoagulan untuk mencegah trombus perifer</p> |
| Nyeri akut | <p>NOC :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Tingkat nyeri ❖ Kontrol nyeri ❖ Tingkat kenyamanan <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 jam Pasien tidak mengalami nyeri, dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan) ○ Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri ○ Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri) ○ Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang ○ tanda vital dalam rentang normal ○ Tidak mengalami gangguan tidur. | <p>NIC :</p> <p>Manajemen Nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi 2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan 3. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan 4. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan 5. Kurangi faktor presipitasi nyeri 6. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi 7. Ajarkan tentang teknik non farmakologi: napas dalam, relaksasi, distraksi, kompres hangat/ dingin 8. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri: 9. Tingkatkan istirahat 10. Berikan informasi tentang nyeri seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan berkurang dan antisipasi ketidaknyamanan dari prosedur 11. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali |

| | | |
|-------------------------------------|--|---|
| <p>Intoleransi aktivitas</p> | <p>NOC :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Self Care : ADLs ❖ Toleransi aktivitas ❖ Konservasi energi <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 8 jam Pasien bertoleransi terhadap aktivitas dengan</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi dan RR ○ Mampu melakukan aktivitas sehari hari (ADLs) secara mandiri ○ Keseimbangan aktivitas dan istirahat | <p>NIC :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas 2. Kaji adanya faktor yang menyebabkan kelelahan 3. Monitor nutrisi dan sumber energi yang adekuat 4. Monitor pasien akan adanya kelelahan fisik dan emosi secara berlebihan 5. Monitor respon kardiovaskuler terhadap aktivitas (takikardi, disritmia, sesak nafas, diaporesis, pucat, perubahan hemodinamik) 6. Monitor pola tidur dan lamanya tidur/istirahat pasien 7. Kolaborasi dengan Tenaga Rehabilitasi Medik dalam merencanakan program terapi yang tepat. 8. Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan 9. Bantu untuk memilih aktivitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik, psikologi dan sosial 10. Bantu untuk mengidentifikasi dan mendapatkan sumber yang diperlukan untuk aktivitas yang diinginkan 11. Bantu untuk mendapatkan alat bantuan aktivitas seperti kursi roda, krek 12. Bantu untuk mengidentifikasi aktivitas yang disukai 13. Bantu klien untuk membuat jadwal latihan diwaktu luang 14. Bantu pasien/keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas |
|-------------------------------------|--|---|

| | | |
|---|--|---|
| | | <p>15. Sediakan penguatan positif bagi yang aktif beraktivitas</p> <p>16. Bantu pasien untuk mengembangkan motivasi diri dan penguatan</p> <p>17. Monitor respon fisik, emosi, sosial dan spiritual</p> |
| <p>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh</p> | <p>NOC : Setelah perawatan selama 8 jam, diagnosa dapat teratasi dengan kriteria:</p> <p>Status nutrisi (asupan makanan dan cairan)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Asupan makanan secara oral menjadi adekuat. ○ Asupan cairan secara oral menjadi adekuat | <p>NIC : Monitor nutrisi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Timbang berat badan pasien 2. Lakukan pengukuran antropometrik pada komposisi tubuh seperti IMT 3. Identifikasi perubahan berat badan terakhir 4. Monitor turgor kulit dan mobilitas 5. Monitor adanya mual muntah 6. Identifikasi abnormalitas eliminasi bowel 7. Identifikasi perubahan nafsu makan dan aktivitas akhir-akhir ini 8. Lakukan evaluasi kemampuan menelan 9. Identifikasi adanya ketidaknormalan dalam rongga mulut 10. Lakukan pemeriksaan laboratorium dan monitor hasil kolesterol, albumin, dan lain-lain 11. Tentukan faktor-faktor yang mempengaruhi asupan nutrisi seperti ketersediaan dan kemudahan memperoleh makanan 12. tentukan rekomendasi pemberian nutrisi berdasarkan karakteristik klien |

| | | |
|--|---|--|
| <p>Risiko Kelebihan Volume cairan</p> | <p>NOC :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Electrolit and acid base balance ❖ Fluid balance ❖ Hydration <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 8 jam Kelebihan volume cairan teratasi dengan kriteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Terbebas dari edema, efusi, anaskara ○ Bunyi nafas bersih, tidak ada dyspneu/ortopneu ○ Terbebas dari distensi vena jugularis, ○ Memelihara tekanan vena sentral, tekanan kapiler paru, output jantung dan vital sign DBN ○ Terbebas dari kelelahan, kecemasan atau bingung | <p>NIC :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan catatan intake dan output yang akurat 2. Pasang urin kateter jika diperlukan 3. Monitor hasil lab yang sesuai dengan retensi cairan (BUN , Hmt , osmolalitas urin) 4. Monitor vital sign 5. Monitor indikasi retensi / kelebihan cairan (cracles, CVP , edema, distensi vena leher, asites) 6. Kaji lokasi dan luas edema 7. Monitor masukan makanan / cairan 8. Monitor status nutrisi 9. Berikan diuretik sesuai interuksi 10. Kolaborasi pemberian obat: 11. Monitor berat badan 12. Monitor elektrolit 13. Monitor tanda dan gejala dari odema |
|--|---|--|

D. PENYIMPANGAN KDM

