

**MANAJEMEN ASUHAN KEPERAWATAN PADA KEGAWATDARURATAN
SISTEM KARDIOVASKULER STUDI PENERAPAN *EVIDENCE BASED
NURSING* DENGAN TERAPI OKSIGEN TERHADAP PERUBAHAN
SATURASI OKSIGEN MELALUI PEMERIKSAAN OKSIMETRI
PADA PASIEN INFARK MIOKARD AKUT (IMA), STUDY
PENERAPAN INOVASI PEMBERIAN ISOPROPIL
ALKOHOL DAN INJEKSI RANITIDINE
TERHADAP PENURUNAN MUAL
DI RUANG IGD RSUD ABDUL
WAHAB SJAHRANIE
SAMARINDA**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS



DI SUSUN OLEH

VINY RANISA

P1706045

PROGRAM STUDI PROFESI NERS

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIYATA HUSADA SAMARINDA

2018

**MANAJEMEN ASUHAN KEPERAWATAN PADA KEGAWATDARURATAN
SISTEM KARDIOVASKULER STUDI PENERAPAN *EVIDENCE BASED
NURSING* DENGAN TERAPI OKSIGEN TERHADAP PERUBAHAN
SATURASI OKSIGEN MELALUI PEMERIKSAAN OKSIMETRI
PADA PASIEN INFARK MIOKARD AKUT (IMA), STUDY
PENERAPAN INOVASI PEMBERIAN ISOPROPIL
ALKOHOL DAN INJEKSI RANITIDINE
TERHADAP PENURUNAN MUAL
DI RUANG IGD RSUD ABDUL
WAHAB SJAHRANIE
SAMARINDA**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Diajukan sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar Ners Sarjana Keperawatan

Dalam Program Studi Ilmu Keperawatan Stikes Wiyata Husada Samarinda



DI SUSUN OLEH

VINY RANISA

P1706045

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIYATA HUSADA SAMARINDA**

2018

HALAMAN PENGESAHAN

MANAJEMEN ASUHAN KEPERAWATAN PADA KEGAWATDARURATAN SISITEM
KEPERAWATAN KARDIOVASKULER DENGAN STUDI PENERAPAN *EVIDANCE*
BASED NURSING DENGAN TERAPI OKSIGEN TERHADAP PERUBAHAN
SATURASI OKSIGEN MELALUI PEMERIKSAAN OKSIMETRI PADA
PASIEIN INFARK MIOKARD AKUT (IMA) STUDI PENERAPAN
INOVASI PEMBERIAN ISOPROPIL ALKOHOL DAN INJEKSI
RANITIDINE TERHADAP PENURUNAN MUAL
DI RUANG IGD RSUD ABDUL WAHAB
SJAHRANIE SAMARINDA

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Diusahin Oleh

VINY RANISA

NIM: P1706045

Telah dipertahankan dalam ujian
Pada tanggal 26 Desember 2018

PENGUJI I

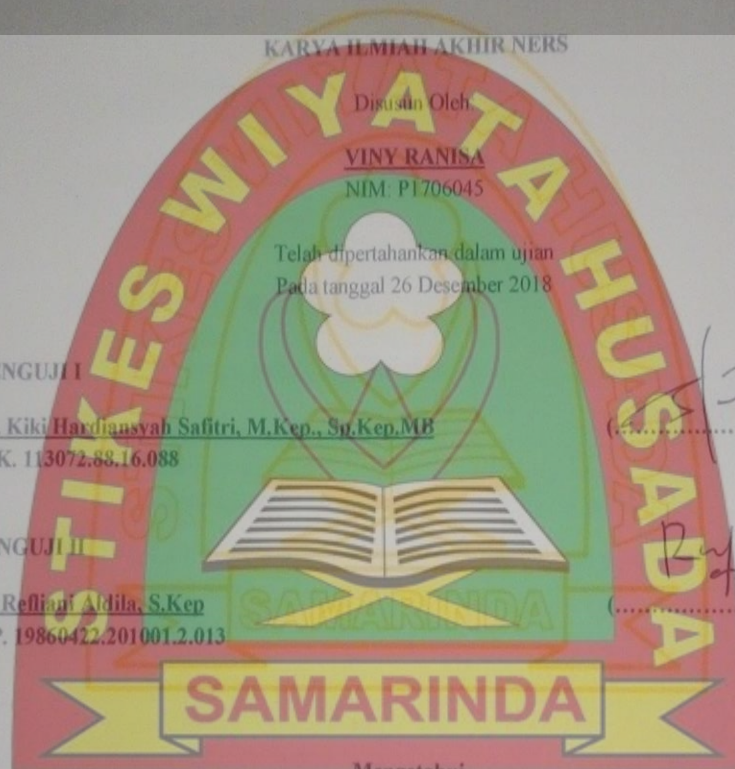
Ns. Kiki Hardiansyah Safitri, M.Kep., Sp.Kep.MB

NIK. 113072.88.16.088

PENGUJI II

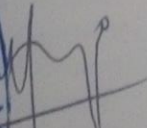
Ns. Refliani Aldila, S.Kep

NIP. 19860422.201001.2.013

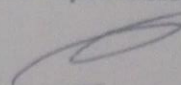


Mengetahui,

Ketua
STIKES Wiyata Husada Samarinda


Ns. Edy Mulyono, S.Pd., S.Kep., M.Kep
NIK: 113072.74.13.045

Ketua Program Studi
Ilmu Keperawatan
STIKES Wiyata Husada Samarinda


Ns. Rusdi, S.Kep., M.Kep
NIK:113072.86.14.071

KATA PENGANTAR

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Assalamu'alaikum Wr. Wb

Dengan menyebut nama Allah yang Maha Pengasih lagi Maha Penyayang, serta shalawat dan salam selalu tercurahkan kepada Rasulullah *Shallallahu 'alaihi Wasallam*. Alhamdulillah berkat ridho dari Allah *Subhanahu Wa Ta'ala* yang telah melimpahkan rahmat, hidayah dan inayah-Nya kepada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners yang berjudul ” Isntalasi Rawat Darurat (IGD) RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2017”.

Penulisan laporan karya ilmiah ini disusun dalam rangka memenuhi salah satu syarat dalam mencapai gelar Ners Keperawatan di STIKES WIYATA HUSADA samarinda tahun 2017.

Selama proses pembuatan karya ilmiah ini, penulis banyak memperoleh bantuan dari segi apapun, baik itu semangat, motivasi dan juga inspirasi dari berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis ingin mengucapkan terima kasih yang setulus-tulusnya kepada kedua orang tua yang selalu senantiasa dalam sujudnya memberikan doa yang terbaik untuk penulis. Penulis juga mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Bapak Mujito Hadi, MM selaku Ketua Yayasan Stikes Wiyata Husada Samarinda
2. Bapak Ns. Edy Mulyono., S.Pd., S.Kep., M.Kep., selaku Ketua STIKES Wiyata Husada Samarinda,
3. Ns. Rusdi, S.Kep ., M. Kep selaku Ketua Program Studi Ners STIKES Wiyata Husada Samarinda. Terima kasih atas masukan dan semua ilmu yang telah diberikan dan juga didekasinya terhadap ilmu keperawatan.

4. Terima kasih kepada Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.
5. Terimakasih kepada kepala ruangan IGD Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.
6. Ns. Kiki Hardiansyah Safitri, M. Kep., Sp. Kep., MB sebagai pembimbing I saya yang telah banyak memberi bimbingan dan saran dalam penyusunan karya tulis ners.
7. Ns. Refliani Aldila., S.Kep. Selaku pembimbing II saya yang telah meluangkan waktu dan dengan sabar memberikan arahan, saran, dan perbaikan serta motivasi kepada penulis selama proses
8. Terima kasih kepada pegawai IGD yang selalu memberikan ilmu dan arahan terhadap penanganan diruangan IGD.
9. Untuk kedua orang tuaku yang saya cintai karena ALLAH Subhanahu Wa Ta'ala, bapak dan mama yang tiada hentinya memberikan semangat, perhatian dan juga doa-doanya yang luar biasa bapak dan mama berikan kepadaku. Saya sangat bersyukur karena bapak dan mama selalu ada untuk penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah ini.
10. Kepada sahabat seperjuangan sekaligus saudara/i bagi saya, Yunita, Limannisa Dintha, Vera Wilanda, Maichel Alexander, Novita Sari, Rudi Hartono, syukron atas kebersamaan selama kurang lebih 1 tahun yang begitu “berwarna”. Kita dipertemukan tanpa sengaja dalam suatu institusi pendidikan STIKES Wiyata Husada Samarinda.
11. Teman-teman NERS 2017, terima kasih untuk kebersamaannya selama ini dalam perjuangan kita menggapai impian sebagai seorang perawat. Apa yang terjadi selama kurang lebih 1 tahun perkuliahan akan selalu menjadi pengalaman yang dikenang.

12. Dan kepada pihak-pihak lain yang telah begitu banyak membantu namun tidak dapat disebutkan satu persatu.

Mohon maaf atas segala kesalahan dan ketidaksopanan yang mungkin telah saya perbuat. Semoga Allah SWT senantiasa memudahkan setiap langkah-langkah kita menuju kebaikan dan selalu menganugerahkan kasih sayang-Nya untuk kita semua. Amin.

Samarinda, Desember 2018



PERSETUJUAN RESPONDEN

Setelah mendapatkan penjelasan dari peneliti, maka saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama/inisial :

Umur :Tahun

Alamat :

Bersedia berpartisipasi sebagai responden yang dilakukan oleh :

Nama : Viny Ranisa

Nim : P1706045

Asal Peneliti : STIKES Wiyata Husada Samarinda

Jurusan : Program Studi Profesi Ners STIKES WHS

Saya mengerti bahwa penelitian ini tidak merugikan bagi saya serta segala informasi yang diberikan terjamin kerahasiaannya.

Saya juga memahami bahwa hasil penelitian ini akan menjadi bahan masukan bagi kualitas pelayanan kesehatan karena itu jawaban saya berikan ini adalah sebenarnya.

Saya telah diberikan penjelasan yang memuaskan, berdasarkan hal tersebut maka dengan ini saya menyatakan secara sukarela menjadi responden dan berpartisipasi aktif dalam penelitian.

Samarinda, 2018

Responden

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



VINY RANISA, Anak pertama dari dua bersaudara ini adalah putri kandung dari pasangan bapak H. Ramlan dan ibu Hj. Masriah. Lahir di Muara uya pada tanggal 03 maret 1993. Dan saat ini penulis tinggal di Jl. Abul hasan Gg 11 no 20 keluraPasar pagi, kecamatan Samarinda ilir kota Samarinda dengan email Viny_ranisa@yahoo.com dan berikut riwayat pendidikan penulis:

Tahun 2002-2006: SD NEGERI 01 Pulau kuu 1 Kalimantan Selatan

Tahun 2007-2009: MTS Almadaniyah (Pon-pes) Jaro Kalimantan Selatan

Tahun 2010-212: MA Almadaniyah (Pon-pes) Jaro Kalimantan Selatan

Tahun 2017-2018: Penulis melanjutkan pendidikan di STIKES Wiyata Husada Samarinda pada Program Profesi Ners.

Dengan ketekunan motivasi untuk terus belajar dan berusaha penulis telah berhasil menyelesaikan pengerjaan tugas karya ilmiah akhir ners ini. Semoga dengan penulisan tugas karya ilmiah akhir ners ini mampu memberikan kontribusi positif bagi dunia keperawatan.

Akhir kata penulis mengucapkan rasa syukur yang sebesar-besarnya atas terselesaikannya karya ilmiah akhir ners yang berjudul “**Manajemen Asuhan Keperawatan Pada Kegawatdaruratan Sistem Kardiovaskuler Studi Penerapan *Evidence Based Nursing* Dengan Terapi Oksigen Terhadap Perubahan Saturasi Oksigen Melalui Pemeriksaan Oksimetri Pada Pasien *Infark Miokard* Akut (IMA), Studi Penerapan Inovasi Pemberian Isopropil Alkohol Dan Injeksi Ranitidine Terhadap Penurunan Mual Diruang IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda**”.

STUDI KASUS: ASUHAN KEPERAWATAN KEGAWATDARURATAN SISTEM KARDIOVASKULER DI RUANG IGD RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA

Viny Ranisa¹, Kiki Hardiansyah Safitri², Refliani Aldila³

¹Mahasiswa Program Profesi Ners, STIKES Wiyata Husada, Jl. Kadrie Oening No. 77, Samarinda, Kalimantan Timur.

e-mail : Viny-ranisa@yahoo.com

²Dosen, STIKES Wiyata Husada, Jl. Kadrie Oening No. 77, Samarinda, Kalimantan Timur.

e-mail: kikihardiansyahs@stikeswhs.ac.id

³Pembimbing Klinik, RSUD Abdul Wahab Sjahranie, Jl. Palang Merah No.1, Samarinda, Kalimantan Timur.

email: lee_young13@yahoo.com

ABSTRAK

Latar belakang: Infark miokard akut adalah kematian sel-sel otot jantung akibat iskemia berkepanjangan karena oklusi arteri koroner di. Salah satu langkah-langkah untuk pencegahan infark miokard adalah terapi oksigen. Terapi oksigen bertujuan untuk mempertahankan oksigenasi memadai jaringan tetap dan dapat mengurangi miokard pekerjaan karena kurangnya pasokan oksigen. Studi ini dilakukan untuk menentukan efek terapi oksigen pada nilai saturasi oksigen melalui pemeriksaan oximetri pada pasien infark miokard akut (AMI) di ruang gawat darurat RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. **Tujuan:** Melakukan analisis terhadap kasus kelolalan melakukan *evidence based nursing* pemberian terapi oksigen terhadap perubahan saturasi oksigen melalui pemeriksaan oksimetri dengan pasien infark miokard akut (IMA) di ruang gawat darurat RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. **Metode:** Sebuah studi kasus dengan seorang laki-laki berusia 68 tahun dengan riwayat *Infark Miokard Akut* (IMA). **Hasil:** Seorang laki-laki berusia 68 tahun dengan diagnosa utama yang diangkat sesuai keluhan klien yaitu nyeri akut, kemudian diberikan intervensi tindakan keperawatan pasien yaitu terapi oksigen 3 lpm dengan posisi semi *fowler* setelah diberikan tindakan keperawatan pasien diberikan tindakan terapi medis dengan klien yaitu terapi obat clopidogril selama 15 menit setelah diberikan terapi obat clopidogril dan 30 menit kemudian klien diberikan terapi obat aspilet. Evaluasi tindakan nyeri sebagian teratasi dengan skala 6 dan klien dirawat Inap dengan Indikasi TD =140/100 mmHg, Nadi = 112 x/menit, RR = 40x/menit SpO2 94%. **Kesimpulan:** Manajemen asuhan keperawatan pada klien kardiovaskuler setelah diberikan intervensi masalah teratasi sebagian dengan skala nyeri 6 TD =140/100 mmHg, Nadi = 78 x/menit, RR = 40x/menit SpO2 94%, klien dirawat inap. **Saran:** Diharapkan pada klien kardiovaskuler perlu diperhatikan untuk mengurangi rasa nyeri klien disarankan untuk melakukan tehnik relaksasi non farmakologi relaksasi nafas dalam.

Kata Kunci: Terapi Oksigen, Saturasi Oksigen, Infark Miokard Akut.

CASE STUDY: NURSING CARE OF CIVIL EDUCATION IN CARDIOVASCULAR SYSTEMS IN THE SPACE

OF EDUCATION ABDUL WAHAB RSUD

SJAHRANIE SAMARINDA

Viny Ranisa¹, Kiki Hardiansyah Safitri², Refliani Aldila³

¹Mahasiswa Program Profesi Ners, STIKES Wiyata Husada, Jl. Kadrie Oening No. 77,
Samarinda, Kalimantan Timur.
e-mail : Viny-ranisa@yahoo.com

²Dosen, STIKES Wiyata Husada, Jl. Kadrie Oening No. 77, Samarinda, Kalimantan Timur.
e-mail: kikihardiansyahs@stikeswhs.ac.id

³Pembimbing Klinik, RSUD Abdul Wahab Sjahrnie, Jl. Palang Merah No.1, Samarinda,
Kalimantan Timur.
email: lee_young13@yahoo.com

ABSTRACT

Background: Acute myocardial infarction is the death of heart muscle cells due to prolonged ischemia due to coronary artery occlusion at. One of the steps to prevent myocardial infarction is oxygen therapy. Oxygen therapy aims to maintain adequate oxygenation of fixed tissue and can reduce occupational myocardium due to lack of oxygen supply. This study was conducted to determine the effect of oxygen therapy on the value of oxygen saturation through oximetry examination in patients with acute myocardial infarction (AMI) in the emergency room at the Abdul Wahab Sjahrnie Hospital in Samarinda. **Objective:** To conduct an analysis of cases of manageability by performing evidence based nursing of oxygen therapy on changes in oxygen saturation through oximetry examination with patients with acute myocardial infarction (IMA) in the emergency room of Abdul Wahab Sjahrnie Hospital, Samarinda. **Method:** A case study with a 68-year-old male with a history of Acute Myocardial Infarction (IMA). **Results:** A 68-year-old man with a primary diagnosis who was appointed according to client complaints, namely acute pain, then given a patient nursing action intervention that is 3 lpm oxygen therapy with a semi fowler position after being given nursing action. clopidogril for 15 minutes after being given clopidogril drug therapy and 30 minutes later the client was given aspilet drug therapy. Pain evaluation was partially resolved with a scale of 6 and the client was hospitalized with TD indications = 140/100 mmHg, Pulse = 112 x / minute, RR = 40x / minute SpO2 94%. **Conclusion:** Management of nursing care for cardiovascular clients after being given intervention problems was partially resolved with a 6 TD pain scale = 140/100 mmHg, Pulse = 78 x / minute, RR = 40x / minute SpO2 94%, clients hospitalized. **Advice:** Expected to clients cardiovascular needs to be considered to reduce the pain of the client is advised to do non-pharmacological relaxation techniques deep breath relaxation.

Keywords: Oxygen Therapy, Oxygen Saturation, Acute Myocardial Infarction

DAFTAR ISI

	Hal
Halaman Judul.....	i
Lembar Persetujuan.....	ii
Kata Pengantar.....	iii
Daftar Riwayat Hidup.....	iv
Abstrak.....	v
Daftar Isi.....	vii
Daftar Tabel.....	ix
Daftar Skema.....	x
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	5
C. Tujuan.....	6
D. Tujuan Umum.....	6
E. Tujuan Khusus.....	6
F. Manfaat.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Anatomi Fisiologi Jantung.....	15
B. Pengertian Infark Miokard Akut (IMA).....	15
C. Etiologi.....	17
D. Tanda dan Gejala.....	18
E. Patofisiologi.....	18
F. Asuhan Keperawatan Infark Miokard Akut (IMA).....	23
BAB III LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA	
A. Identitas Klien.....	33
B. Pengkajian Kasus.....	33
C. Hasil Rontgen.....	41
D. Diagnosa Keperawatan.....	46
E. Implementasi Keperawatan.....	47
F. Evaluasi Keperawatan.....	52
G. Proyek inovasi.....	94
BAB IV PEMBAHASAN	
A. Profil Lahan Praktik.....	62
B. Pengkajian.....	88
C. Pengkajian Kasus Utama.....	90

D. Pembahasan EBN.....	78
E. Penerapan EBN.....	87
F. Pembahasan Kasus Resume.....	90
G. Penerapan Proyek Inovasi.....	98
BAB V PENUTUP	
A. Kesimpulan.....	110
B. Saran.....	110
Daftar Pustaka	



DAFTAR TABEL

- 2.1 Tabel lokasi dan Gangguan EKG
- 2.2 Tabel prosedur pemberian terapi oksigen lewat nasal kanul
- 2.3 Tabel pengukuran dan menggunakan oksimetri
- 3.1 Tabel skala norton
- 3.2 Tabel nama obat dan cara kerjanya obat
- 3.3 Tabel distribusi responden tingkat usia
- 3.4 Tabel distribusi responden jenis kelamin
- 3.5 Tabel analisis PICO



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Keperawatan gawat darurat adalah pelayanan profesional keperawatan yang diberikan pada pasien dengan kebutuhan urgen dan kritis. Namun UGD dan klinik kedaruratan sering digunakan untuk masalah yang tidak urgen. Yang kemudian filosofi tentang keperawatan gawat darurat menjadi luas, kedaruratan yaitu apapun yang dialami pasien atau keluarga harus dipertimbangkan sebagai kedaruratan. Pelayanan gawat darurat adalah pelayanan yang memerlukan penanganan cepat, tepat, dan cermat dalam menentukan prioritas kegawatdaruratan pasien untuk mencegah kecacatan dan kematian (Mahyawati dan Widaryati, 2015). Salah satu fasilitas kesehatan yang memberikan pelayanan kegawatdaruratan adalah Rumah Sakit dengan Instalasi Gawat Darurat (IGD). IGD merupakan gerbang utama jalan masuknya penderita gawat darurat. IGD adalah suatu instalasi bagian rumah sakit yang melakukan tindakan berdasarkan *triage* terhadap pasien (Musliha, 2010). Kegawatdaruratan pada sistem Pernapasan dapat menimbulkan fenomena penanganan asma yang terjadi di rumah sakit, pasien selalu diberikan obat-obatan bronkodilator, kortikosteroid, terapi aerosol (Jauhar dan Bararah, 2012). Penyakit jantung termasuk penyakit jantung koroner telah menjadi penyebab kematian utama di Indonesia. Penyebabnya adalah terjadinya hambatan aliran darah pada arteri koroner yang mensuplai darah ke otot jantung. Hambatan tersebut berupa plak, dan prosesnya memakan waktu yang amat panjang, bahkan dapat bertahun-tahun, mungkin dimulai sejak masa muda yang seringkali “berkulminasi” menjadi serangan jantung koroner (Soeharto, 2012). Saat ini penyakit jantung koroner (PJK) termasuk penyebab utama kematian pada penduduk Indonesia berusia di atas 40 tahun. Jantung koroner bukan tipe penyakit yang datang seketika. Penyakit ini tumbuh perlahan-lahan pada penggemar makanan berkadar lemak tinggi.

Penyakit jantung sampai saat ini merupakan penyakit yang banyak diderita dan banyak menyebabkan kematian di dunia, termasuk Indonesia. Berdasarkan Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) 2001, penyakit sirkulasi (jantung dan pembuluh darah) menempati urutan tertinggi sebagai penyakit penyebab kematian di Indonesia (26,4 %). Persentase ini meningkat dibandingkan SKRT sebelumnya (SKRT 1995: 19 %; SKRT 1992: 9,9 %). Data SKRT tahun 2002 menunjukkan bahwa kematian akibat penyakit jantung dan pembuluh darah (usia di atas 15 tahun) sebesar 6,0% dan pada tahun 2005 sebanyak 8,4%. Di Amerika Serikat sekarang ini, sekitar 12,6 juta orang mengalami penyakit jantung dan 25 % dari seluruh rakyatnya memiliki minimal satu faktor yaitu penyakit jantung (Khomsan, 2007).

Laporan dari rumah sakit dan puskesmas, prevalensi kasus penyakit jantung koroner di Provinsi Jawa Tengah mengalami peningkatan dari 0,09% pada tahun 2006 menjadi 0,10% pada tahun 2007, dan 0,11% pada tahun 2008. Prevalensi sebesar 0,11% berarti setiap 10.000 orang terdapat 11 orang penderita jantung koroner. Penyakit jantung dan pembuluh darah yaitu sebanyak 554.771 kasus (67,57%) lebih rendah dibanding tahun 2011 (634.860 kasus/ 72,13%). Berdasarkan profil kesehatan Provinsi Jawa Tengah tahun 2012 terdapat sebanyak 554.771 kasus (67,57%) penyakit jantung dan pembuluh darah adalah penyakit yang mengganggu jantung dan sistem pembuluh darah seperti penyakit jantung koroner (angina pectoris, akut miokard infark), dekompensasio kordis, hipertensi, stroke, penyakit jantung rematik merupakan kasus penyakit tertinggi tidak menular. Peningkatan kasus ini disebabkan karena paparan faktor risiko seperti konsumsi lemak jenuh, rendah serat dan kurang olah raga. Selain itu karena adanya perbaikan sistem surveilans pada beberapa kabupaten/ kota (Profil Kesehatan Prov.Jateng, 2012). Faktor risiko erat kaitannya dengan zat makanan yang masuk ke dalam tubuh (*intake*) sewaktu makan, dalam arti macam dan jumlahnya. Faktor resiko secara langsung terkait dengan diabetes mellitus, kadar lemak darah yang abnormal, dan kegemukan.

Kandungan kalori pada makanan dan proses metabolisme dalam tubuh yang berpengaruh terhadap kesehatan jantung pada umumnya dan khususnya PJK. Semua zat makanan yang diperlukan dapat dipenuhi dalam jumlah yang mencukupi. Penyebab terjadinya penyakit jantung selain dari pola konsumsi karbohidrat, makanan tinggi lemak dan kolesterol, kurangnya asupan serat juga berpengaruh terhadap terjadinya penyakit jantung khususnya PJK. Serat juga dapat membantu menurunkan absorpsi lemak dan kolesterol darah. Penelitian menunjukkan bahwa diet serat berasal dari konsumsi makanan tinggi kacang polong, termasuk kacang merah, mampu menurunkan kadar kolesterol darah hingga 10 % pada penderita hiperkolesterolemia. *Infark miokard akut (IMA)* adalah suatu keadaan kematian jaringan otot jantung akibat ketidakseimbangan antara kebutuhan dan suplai oksigen yang terjadi secara mendadak. Penyebab paling sering adalah adanya sumbatan jantung. Sehingga terjadi gangguan aliran darah yang diawali dengan *hipoksia miokard* (Kasron, 2012).

Menurut laporan *World Health Organization* (WHO), pada tahun 2004, penyakit IMA merupakan penyebab kematian utama di dunia (WHO, 2011). Sangat sering terjadi 250.000 IMA per tahun di Inggris (satu kejadian tiap 2 menit) 100.000 kematian (Patrick, 2005).

Indonesia merupakan negara berkembang dimana *prevelansi* penyakit jantung dari tahun ke tahun semakin meningkat terutama IMA. Di Indonesia pada tahun 2002, penyakit IMA merupakan penyebab kematian pertama, dengan angka mortalitas 220.000 (14%). Direktorat Jendral Pelayanan Medik Indonesia meneliti, bahwa pada tahun 2007 (Data Riskesdas 2007), jumlah pasien penyakit jantung yang menjalani rawat inap dan rawat jalan di rumah sakit di Indonesia adalah 239.548 jiwa. Kasus terbanyak adalah panyakit jantung *iskemia*, yaitu sekitar 110,183 kasus. *Case Fatality Rate* (CFR) tertinggi terjadi pada IMA (13,49%) dan kemudian diikuti oleh gagal jantung (13,42%) dan penyakit jantung lainnya (13,37%) (Depkes, 2009). Prevalensi di RSUD Dr. Moewardi Surakarta pada tahun 2013 52 orang, tahun 2014 sebanyak 41 orang, dan tahun 2015 sebanyak 18 orang, jadi terdapat 111 pasien IMA.

Penyakit IMA merupakan kematian sel-sel otot jantung karena *iskemia* yang berlangsung lama akibat adanya *oklusi* di *arteri koroner* (Thygesen, 2012; Verdy, 2012). Adanya kematian sel-sel *miokard* pada proses penyakit IMA akibat kurangnya suplai oksigen ke *miokard*, maka kompensasi dari *miokard* adalah dengan melakukan metabolisme *anaerob* agar jantung tetap dapat memberikan suplai oksigen ke seluruh tubuh. Hasil dari metabolisme *anaerob* inilah yang menyebabkan nyeri dada yaitu *asam laktat*.

Penyakit IMA merupakan kematian sel-sel otot jantung karena *iskemia* yang berlangsung lama akibat adanya *oklusi* di *arteri koroner* (Thygesen, 2012; Verdy, 2012). Adanya kematian sel-sel *miokard* pada proses penyakit IMA akibat kurangnya suplai oksigen ke *miokard*, maka kompensasi dari *miokard* adalah dengan melakukan metabolisme *anaerob* agar jantung tetap dapat memberikan suplai oksigen ke seluruh tubuh. Hasil dari metabolisme *anaerob* inilah yang menyebabkan nyeri dada yaitu *asam laktat*.

Salah satu tindakan untuk mencegah perluasan IMA adalah terapi oksigen. Terapi oksigen bertujuan untuk mempertahankan oksigenasi jaringan tetap adekuat dan dapat menurunkan kerja miokard akibat kekurangan suplai oksigen (Harahap, 2004). Hasil penelitian Widiyanto dan Yamin (2014) bahwa pemberian terapi oksigenasi terhadap perubahan *saturasi* oksigen melalui pemeriksaan *oksimetri* mampu mempengaruhi peningkatan suplai oksigen pada pasien dengan gangguan jantung. Untuk melihat efek pemberian terapi oksigen adalah dengan menilai *saturasi* oksigen. *Saturasi* oksigen adalah kemampuan hemoglobin mengikat oksigen. Yang ditunjukkan sebagai derajat kejenuhan atau *saturasi SpO2*

Berdasarkan latar belakang permasalahan di atas penulis tertarik mengangkat judul karya tulis tentang pemberian terapi oksigenasi terhadap perubahan *saturasi* oksigen melalui pemeriksaan *oksimetri* pada pasien *infark Miokard Akut* (IMA) dengan harapan dapat meningkatkan suplai oksigen.

B. Rumusan Masalah

Pelayanan gawat darurat adalah pelayanan yang memerlukan penanganan cepat, tepat, dan cermat dalam menentukan prioritas kegawatdaruratan pasien untuk mencegah kecacatan dan kematian. Kegawatdaruratan sistem kardiovaskuler pada pasien jantung adalah nyeri dada. Nyeri dada timbul pada saat merasa lelah atau terlalu beraktivitas. Kegawatdaruratan pada sistem pencernaan penyakit gastroenteritis adalah penyebab paling umum yang mengakibatkan terjadinya mual dan muntah. gastroenteritis adalah infeksi yang disebabkan oleh bakteri atau virus di perut. selain menyebabkan mual dan muntah studi inovasi yang di berikan isopropil alkohol dan injeksi ranitidin untuk terapi antiempatik pada pseien mual. Berdasarkan uraian latar belakang masalah, maka penulis membuat perumusan masalah penelitian untuk melaksanakan asuhan keperawatan yang akan dituangkan dalam bentuk karya ilmiah akhir ners dengan intervensi dan edukasi inovasi Manajemen asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Kardiovaskuler Dengan Studi Penerapan *Evidence Nursing* pemberian terapi oksigenasi terhadap perubahan saturasi oksigen melalui pemeriksaan oksimetri pada pasien *infark Miokard Akut* (IMA), Studi Penerapan Inovasi pemberian Isopropil alkohol dan injeksi Ranitidin untuk terapi antiempatik pada pasien Mual di Ruang IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie.

C. Tujuan Penulisan

1. Tujuan umum

Manajmen asuhan keperwatan gangguan sistem kardiovaskuler dengan studi penerapan *Evidence Nursing* Pemberian Terapi Oksigenasi Terhadap Perubahan Saturasi Oksigen Melalui Pemeriksaan *Oksimetri* pada pasien *infark Miokard Akut* (IMA), Studi Penerapan Pemberian Isopropil Alkohol dan Injeksi Ranitidine untuk Terapi antiempatik pada Pasien Mual di ruang IGDRSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

2. Tujuan Khusus

- a) Penulis mampu melakukan pengkajian sampai evaluasi pada pasien dengan masalah utama pasien jantung *infark Miokard Akut (IMA)*.
- b) Penulis mampu menarapkan *Evidence Based Nursing* manajemen pemberian terapi oksigenasi terhadap perubahan *saturasi* oksigen melalui pemeriksaan *oksimetri* pada pasien *infark Miokard Akut (IMA)*.
- c) Penulis mampu melakukan tindakan terapi pemberian isopropil alkohol dan injeksi ranitidine terhadap penurunan mual di ruang IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

D. Manfaat Penulisan

1. Teoritis

Pengetahuan ini diharapkan menambah wawasan dan pengalaman serta sebagian bahan untuk pengembangan ilmu pengetahuan dan penelitian khususnya dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien *infark Miokard Akut (IMA)* pada tenaga kesehatan.

2. Praktis

a) Bagi rumah sakit

Sebagai bahan pertimbangan oleh pihak rumah sakit dalam menjalankan asuhan keperawatan pada pasien dengan *infark Miokard Akut (IMA)*.

b) Bagi pasien dan keluarga

Pasien dan keluarga mendapatkan informasi dan pengetahuan tentang cara meningkatkan suplai oksigen pada pasien dengan pemberian informasi.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Anatomi Fisiologi Jantung

Jantung merupakan organ otot berongga. Berbentuk kerucut dengan basisnya diatas serta apexnya (puncak) miring ke sebelah kiri bawah. Jantung pada orang dewasa mempunyai berat antara 220-300 gram. Jantung mempunyai fungsi sebagai pemompa darah. Letak jantung berada dalam rongga thoraks di area mediastinum (ruang antar paru) dan di belakang sternum dan lebih menghadap ke kiri daripada ke kanan. Terletak di atas diafragma. Kedudukannya yang tepat dapat digambarkan pada kulit dada kita.

1. Lapisan Otot Jantung

Dinding jantung terdiri atas 3 lapisan, yaitu :

a. Lapisan Luar atau Perikardium

- 1) Parietal perikardium : bagian yang tidak menempel dengan jantung, cenderung lebih tebal dan keras, berfungsi fiksasi posisi jantung, mencegah infeksi.
- 2) Viseral perikardium : bagian yang menempel pada bagian epikardial jantung, lebih tipis dan fleksibel, berfungsi memudahkan jantung untuk bergerak.

Diantara lapisan parietal dan viseral terdapat kavum perikardium yang berisi cairan ± 10 ml. Cairan tersebut berfungsi untuk melindungi dari gesekan yang berlebihan saat jantung berdenyut atau berkontraksi dan meminyaki jantung sehingga jantung dapat bergerak bebas. Secara umum perikardium berfungsi untuk membungkus bagian epikardial (dalam) jantung, mempertahankan posisi jantung, memberi pelumasan dan menahan pembesaran berlebihan yang terjadi apabila jantung terisi darah dalam jumlah yang melebihi kapasitas normalnya.

- b. Lapisan Tengah atau Miokardium
Jantung Manusia – Terdiri atas otot jantung. Gunanya adalah kontraksi jantung. Miokardium paling tebal berada pada bagian apeks dan paling tipis di basal.
- c. Lapisan Dalam atau Endokardium
Berhubungan dengan pembuluh darah termasuk struktur intrakardiak (otot-otot parilary dan katup).

2. Katup Jantung

Ada dua jenis katup dalam jantung, yaitu :

- a. Atrioventrikular, katup yang memisahkan atrium dan ventrikel. Katup ini berfungsi memungkinkan darah mengalir dari masing-masing atrium ke ventrikel pada masa diastol ventrikel dan mencegah aliran balik atau regurgitasi saat sistol ventrikel (kontraksi). Katup atrioventrikular dibagi menjadi 2 yaitu : Katup Mitralis (Bikuspidalis), terdiri atas 2 daun katup yang memisahkan antara atrium kiri dengan ventrikel kiri. Katup Trikuspidalis, terdiri atas 3 daun katup yang memisahkan antara atrium kanan dengan ventrikel kanan.
- b. Semilunaris, katup yang memisahkan arteri pulmonalis dan aorta dari ventrikel. Katup ini memungkinkan darah mengalir dari masing-masing ventrikel ke arteri pulmonalis atau aorta selama sistol ventrikel dan mencegah aliran balik atau regurgitasi waktu diastol ventrikel. Katup semilunaris dibagi menjadi 2 yaitu : Katup Semilunaris Pulmonalis, katup yang memisahkan antara ventrikel kanan dengan arteri pulmonalis. Katup Semilunaris Aorta, katup yang memisahkan antara ventrikel kiri dengan aorta.

3. Sitem Sirkulasi Darah Jantung

Sistem sirkulasi darah dibedakan menjadi dua, yaitu:

- a. Sistem sirkulasi darah kecil (sirkulasi pulmonal/paru)
Darah yang kembali ke jantung melalui *vena cava* dan mengalir menuju *atrium kanan* jantung, darah yang berada di atrium kanan adalah darah yang konsentrasi oksigennya rendah karena telah diambil oleh jaringan tubuh. Darah dari atrium kanan kemudian dialirkan

menuju *ventrikel (bilik) kanan*, darah kemudian dipompa keluar melalui *arteri pulmonalis* menuju paru-paru. Di paru-paru terjadi pertukaran udara antara CO₂ dan O₂.

b. Sistem peredaran darah besar (sirkulasi sistemik)

Darah yang berasal dari paru-paru dan telah kaya akan O₂ dikembalikan ke *atrium kiri* jantung melalui *vena pulmonalis*, darah dari atrium kiri ini kemudian dialirkan menuju *ventrikel kiri* jantung yang kemudian akan dipompa ke seluruh tubuh kecuali paru. Ventrikel kiri ini akan memompa darah menuju *aorta* yang akan bercabang menjadi arteri-arteri besar untuk menelusuri seluruh bagian tubuh. Sebagian darah yang dipompa ventrikel kiri mengalir ke otot, sebagian ke ginjal, sebagian ke otak, dan sebagainya. Karena itu aliran arteri tidak akan membawa darah yang telah kehilangan oksigennya akibat diserap oleh jaringan tertentu, arteri akan menyebar secara merata supaya kebutuhan oksigen dan nutrisi setiap jaringan dapat terpenuhi secara optimal.

Setelah jaringan menyerap oksigen dari pembuluh kapiler yang merupakan percabangan dari arteri, darah akan dialirkan menuju vena kemudian menuju vena dan kemudian akan dialirkan ke vena terbesar yaitu vena cava inferior dan vena cava superior untuk dialirkan kembali menuju jantung melalui atrium kanan dan dialirkan ke sirkulasi paru. Begitulah seterusnya sirkulasi yang tiada berujung ini akan terjadi sepanjang hidup seorang manusia.

4. Sistem Konduksi Jantung

- a. Jantung memiliki sistem intrinsik, yakni otot jantung secara otomatis terstimulasi untuk berkontraksi tanpa stimulus eksternal (autoritmesitas)
- b. Sumber listrik :
 - 1) Sa nodes : dinding atrium kanan, pacemaker utama (kontraksi atrium)
 - 2) Av node : disepatum atrium, pacemaker kedua

3) Berkas Av/his: menghantarkan impuls dari av node ke apeks (kontraksi ventrikular)

c. Sistem Penghantar Khusus:

1) SA node (pace maker), di dinding atrium kanan dekat muara vena cava superior; 70-80x/mnt

2) AV node, di dasar atrium kanan dekat sekat atrium-ventrikel; 40-60x/mnt

3) Berkas his, berkas dari AV node masuk ke septum interventrikel

4) Serat purkinje, serat yang menyebar ke miokard ventrikel

5. Saraf Yang Mempersyarafi Jantung

Jantung dipengaruhi saraf autonom yang berasal dari medula oblongata yaitu : simpatis dan parasimpatis

a. Syaraf simpatik mempersyarafi sa dan av node serta miokardium atrium dan ventrikel. Stimulasi syaraf simpatik meningkatkan denyut jantung

b. Syaraf parasimpatik mempersyarafi otot atrium, sa node dan av node. Stimulasi syaraf parasimpatik mengurangi denyut jantung.

6. Siklus Jantung

a. Fungsi utama : mempertahankan sirkulasi darah. Jantung bekerja sebagai pompa dengan serangkaian kejadian (siklus jantung)

b. Siklus jantung/menit = 60-80x/mnt. Siklus terdiri : sistol atrium, sistol ventrikular, dan diastole jantung komplet (relaksasi atrium dan ventrikel)

7. Elektrokardiogram

Dasar tubuh manusia bersifat sebagai konduktor sehingga memungkinkan penempatan elektroda di permukaan tubuh dapat merekam peristiwa listrik di dalam tubuh. EKG merupakan penjumlahan aktivitas listrik yang berasal dari semua sel otot jantung aktif

8. Interpretasi EKG

No	Interpretasi EKG	Hasil
a.	Gelombang P:	Depolarisasi atrium
b.	Gelombang Q:	Depolarisasi di berkas his
c.	Gelombang R:	Depolarisasi menyebar dari bagian dalam ke bagian luar dasar ventrikel
d.	Segmen PR:	Waktu yang dibutuhkan oleh impuls dari SA Node ke AV nod: terjadi perlambatan AV node
e.	Gelombang S:	Depolarisasi naik menyebar dari bagian Dari ventrikel
f.	Kompleks QRS:	Depolarisasi ventrikel
g.	Segmen ST:	Waktu sejak akhir depolarisasi ventrikel Sebelum terjadi repolarisasi (fase plateau) Saat terjadi kontraksi & pengosongan ventrikel
h.	Gelombang T:	Repolarisasi atrium Interval TP: waktu Saat terjadinya relaksasi & pengisian Ventrikel

9. Suara Jantung

- S1 (lub). Terjadi saat penutupan katup AV karena vibrasi pada dinding ventrikel & arteri; dimulai pada awal kontraksi/ sistol ventrikel ketika tekanan ventrikel melebihi tekanan atrium.
- S2 (dup). Terjadi saat penutupan katup semilunar; dimulai pada awal relaksasi/ diastol ventrikel akibat tekanan ventrikel kiri & kanan lebih rendah dari tekanan di aorta & arteri pulmonal.
- S3. Disebabkan oleh vibrasi dinding ventrikel karena darah masuk ke ventrikel secara tiba-tiba pada saat pembukaan AV, pada akhir pengisian cepat ventrikel. S3 sering terdengar pada anak dengan dinding toraks yang tipis atau penderita gagal ventrikel.
- S4. Terjadi akibat osilasi darah & rongga jantung yang ditimbulkan oleh kontraksi atrium. Jarang terjadi pada individu normal

1. Bising Jantung (Murmur)

Suara jantung abnormal akibat adanya arus turbulen di dalam rongga jantung & pembuluh darah. Arus turbulen umumnya terjadi karena kelainan katup, yaitu: stenosis (katup tidak dapat membuka secara sempurna) atau insufisiensi katup (katup tidak dapat menutup secara sempurna). Murmur atau bising jantung terbagi menjadi 2 yaitu :

- a. Murmur diastol: setelah S2 akibat stenosis katup AV atau insufisiensi katup semilunar
- b. Murmur sistol: setelah S1 akibat insufisiensi katup AV atau stenosis katup semilunar.

2. Pengontrolan Curah Jantung

- a. Curah jantung (cardiac output) : jumlah darah yang dipompa oleh tiap ventrikel dalam waktu 1 menit
- b. Pada orang dewasa (istirahat) ± 5 L/menit; meningkat sesuai dengan kebutuhan
- c. Curah jantung = Isi sekuncup x denyut jantung per menit
- d. Isi sekuncup (stroke volume) : volume darah yang dipompa ventrikel tiap denyut.
- e. Setiap berdenyut, ventrikel memompa $\pm 2/3$ volume ventrikel;
 - 1) jumlah darah yang dipompa : fraksi ejeksi
 - 2) sisa darah yg masih ada di ventrikel setelah sistol berakhir: volume akhir sistol (ESV = end systolic volume)
 - 3) jumlah darah yang dpt ditampung ventrikel sampai diastol berakhir: volume akhir diastol (ESD = end diastolic volume)

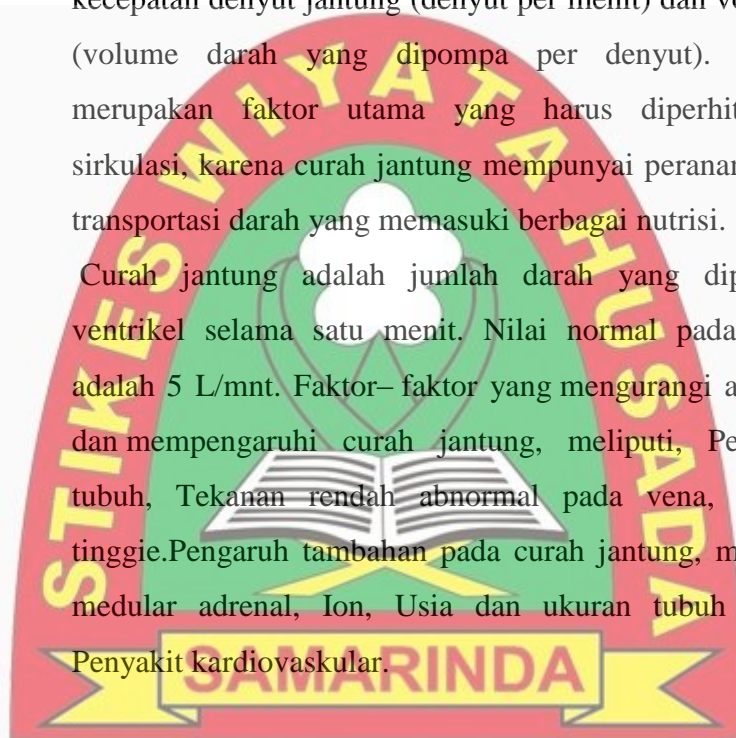
3. Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Curah Jantung

CO Adalah volume darah yang dikeluarkan oleh kedua ventrikel per menit. Curah jantung terkadang disebut volume jantung per menit. Volume nya kurang lebih 5 liter per menit pada laki – laki berukuran rata – rata dan kurang 20% pada perempuan.

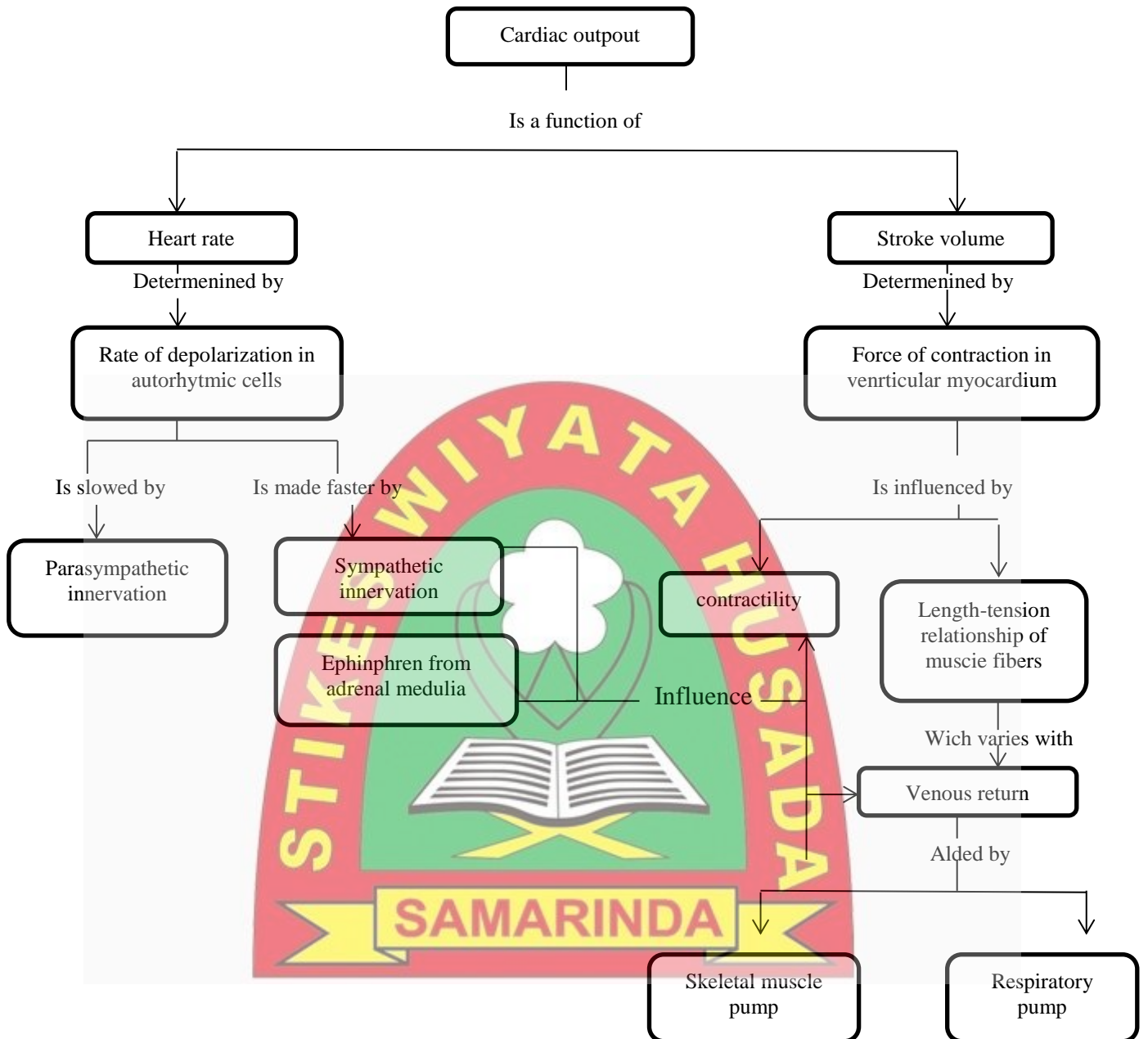
Cardiac Output adalah volume darah yang di pompa oleh tiap-tiap ventrikel per menit (bukan jumlah total darah yang di pompa oleh jantung). Selama setiap periode tertentu, volume darah yang mengalir melalui sirkulasi paru ekuivalen dengan volume yang mengalir melalui sirkulasi sistemik. Dengan demikian, curah jantung dari kedua ventrikel dalam keadaan normal identik, walaupun apabila diperbandingkan denyut demi denyut, dapat terjadi variasi minor.

Dua faktor yang mempengaruhi cardiac output adalah kecepatan denyut jantung (denyut per menit) dan volume sekuncup (volume darah yang dipompa per denyut). Curah jantung merupakan faktor utama yang harus diperhitungkan dalam sirkulasi, karena curah jantung mempunyai peranan penting dalam transportasi darah yang memasuki berbagai nutrisi.

Curah jantung adalah jumlah darah yang dipompakan oleh ventrikel selama satu menit. Nilai normal pada orang dewasa adalah 5 L/mnt. Faktor-faktor yang mengurangi aliran balik vena dan mempengaruhi curah jantung, meliputi, Perubahan posisi tubuh, Tekanan rendah abnormal pada vena, Tekanan darah tinggi. Pengaruh tambahan pada curah jantung, meliputi Hormon medular adrenal, Ion, Usia dan ukuran tubuh seseorang dan Penyakit kardiovaskular.



Skema 2.1 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Curah Jantung



Sumber: *Cambrriage Communication Limited, 1947*

B. Pengertian Penyakit jantung Infark Miokard Akut (IMA).

1. Infark Miokard Akut (IMA)

a. Definisi

Infark adalah kematian jaringan yang disebabkan oleh iskemia (Philip & Jeremy, 2008). *Miokard* adalah lapisan otot jantung, yang bertanggung jawab untuk tindakan pemompaan jantung, yang memasok seluruh tubuh dengan darah (Philip & Jeremy, 2008).

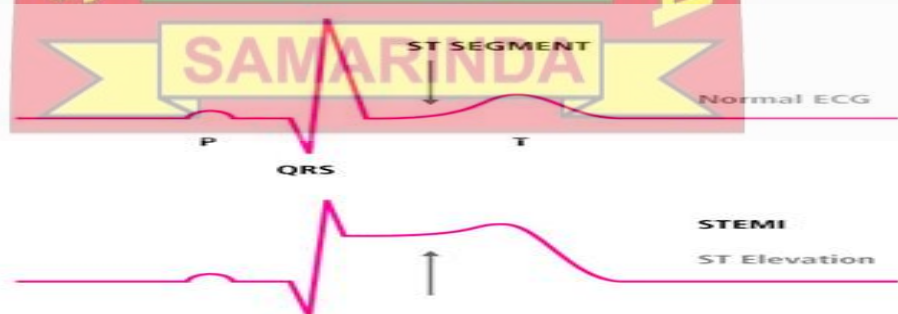
Infark miokard adalah *iskemia* lama yang menyebabkan kerusakan sel *ireversibel* dan kematian otot (Patricia, 2012). *Infark miokard akut (IMA)* adalah suatu keadaan kematian jaringan otot jantung akibat ketidakseimbangan antara kebutuhan dan suplai oksigen yang terjadi secara mendadak. Penyebab paling sering adalah adanya sumbatan jantung. Sehingga terjadi gangguan aliran darah yang diawali dengan *hipoksia miokard*. *Infark miokard akut* adalah *nekrosis iskemik* pada *miokard* akibat sumbatan akut pada *arteri koroner* (Kasron, 2012).

Penyakit jantung merupakan penyebab kematian nomor satu baik di negara maju maupun negara berkembang termasuk Indonesia. Menurut World Health Organization (WHO) sebagaimana dikutip dalam Kusuma (2012), sebanyak 60% dari seluruh penyebab kematian pada penyakit jantung adalah akibat penyakit jantung koroner (PJK) yang di dalamnya termasuk Infark Miokard Akut (IMA). IMA merupakan kematian sel-sel otot jantung karena iskemia yang berlangsung lama akibat adanya oklusi di arteri koroner (Thygesen, 2012; Verdy, 2012).

Akibat adanya kematian sel-sel miokard pada proses penyakit Infark Miokard Akut akibat kurangnya suplai oksigen ke miokard, maka kompensasi dari miokard adalah dengan melakukan metabolisme anaerob agar jantung tetap dapat memberikan suplai oksigen ke seluruh tubuh. Hasil dari metabolisme anaerob inilah yang menyebabkan nyeri dada yaitu asam laktat.

Salah satu tindakan untuk mencegah perluasan infark miokard adalah terapi oksigen. Terapi oksigen bertujuan untuk mempertahankan oksigenasi jaringan tetap adekuat dan dapat menurunkan kerja miokard akibat kekurangan suplai oksigen (Harahap, 2014). Saturasi oksigen adalah kemampuan hemoglobin mengikat oksigen. Ditujukan sebagai derajat kejenuhan atau saturasi (SpO₂) (Rupii, 2015). Faktor-faktor yang mempengaruhi saturasi oksigen adalah: jumlah oksigen yang masuk ke paru-paru (ventilasi), kecepatan difusi, dan kapasitas hemoglobin dalam membawa oksigen (Potter & Perry, 2016). Untuk meningkatkan jumlah oksigen yang masuk ke paru-paru dapat dilakukan dengan tindakan terapi oksigen.

Gambar 2.2 Lokasi infark miokard berdasarkan perubahan gambaran EKG



Sumber : Sistem Kardiovaskuler buku ajar keperawatan edisi kedua

Tabel 2.1 Lokasi dan Gambaran EKG

No	Lokasi	Gambaran EKG
1	Anterior	Elevasi segmen ST dan/atau gelombang Q di V1-V4/V5
2	Anteroseptal	Elevasi segmen ST dan/atau gelombang Q di V1-V3
3	Anterolateral	Elevasi segmen ST dan/atau gelombang Q di V1-V6 dan I dan aVL
4	Lateral	Elevasi segmen ST dan/atau gelombang Q di V5-V6 dan inversi gelombang T/elevasi ST/gelombang Q di I dan aVL
5	Inferolateral	Elevasi segmen ST dan/atau gelombang Q di II, III, aVF, dan V5-V6 (kadang-kadang I dan aVL).
6	Inferior	Elevasi segmen ST dan/atau gelombang Q di II, III, dan aVF
7	Inferoseptal	Elevasi segmen ST dan/atau gelombang Q di II, III, aVF, V1-V3
8	True posterior	Gelombang R tinggi di V1-V2 dengan segmen ST depresi di V1-V3. Gelombang T tegak di V1-V2
9	RV Infraction	Elevasi segmen ST di precordial lead (V3R-V4R). Biasanya ditemukan konjungsi pada infark inferior. Keadaan ini hanya tampak dalam beberapa jam pertama infark

b) Etiologi

IMA terjadi jika suplai oksigen yang tidak sesuai dengan kebutuhan tidak tertangani dengan baik sehingga menyebabkan kematian sel-sel jantung tersebut (Kasron, 2012). Beberapa hal yang menimbulkan gangguan oksigenasi tersebut diantaranya :

- 1) Suplai oksigen ke *miocard* berkurang yang disebabkan oleh 3 faktor :
 - Faktor pembuluh darah : *Atherosclerosis, Spasme, Arteritis.*
 - a) Faktor sirkulasi : *Hipotensi, Stenosis aorta, Isufisiensi.*
 - b) Faktor darah : *Anemia, Hipoksemia, Polisitemia.*
 - 2) Curah jantung yang meningkat karena : Aktifitas yang berlebihan, Emosi, Makan yang banyak, *Hypertiroidisme*
 - 3) Kebutuhan oksigen *miokard* meningkat pada : Kerusakan *miokard*, *Hypertropimiocard, Hypertensi diastolic*
- Faktor predisposisi :
- (a) Faktor risiko yang dapat diubah :

1. Mayor: Hiperlipidemia, Hipertensi, Merokok, Diabetes, Obesitas, Diet tinggi lemak jenuh, kalori.
2. Minor: Usia, Jenis kelamin, Riwayat keluarga
Riwayat anggota keluarga sedarah yang mengalami PJK sebelum usia 70 tahun merupakan faktor risiko independent untuk terjadinya PJK. Agregasi PJK keluarga menandakan adanya *predisposisi genetic* pada keadaan ini. Terdapat bukti bahwa riwayat positif pada keluarga mempengaruhi onset penderita PJK pada keluarga dekat.

c. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala pada pasien *infark miokard* menurut Kasron (2012) yaitu : Nyeri dada seperti tertekan dan panas, Nyeri menyebar ke rahang, leher, tangan, bahu dan punggung, Lemah, mual, muntah, sesak, pusing, keringat dingin, berdebar- debar atau *sinkope*, Klien gelisah dan cemas.

d. Patofisiologi

IMA terjadi karena kekurangan oksigen yang terjadi berlangsung cukup lama yaitu lebih dari 30-45 menit sehingga menyebabkan kerusakan seluler yang *irreversibel*. Bagian jantung yang terkena *infark* akan berhenti berkontraksi selamanya. Kekurangan oksigen yang paling banyak disebabkan oleh penyakit *arteri koroner* atau *koronari arteri disease* (CAD). Pada penyakit ini terdapat materi lemak yang telah terbentuk dalam beberapa tahun dalam *lumen arteri koronaria* (*arteri* yang mensuplai darah dan oksigen pada jantung). *Plaque* dapat ruptur sehingga dapat menyebabkan terbentuknya bekuan darah pada permukaan *plaque*. Jika bekuan menjadi cukup besar maka bisa menghambat aliran darah baik total maupun sebagian pada *arteri koroner* (Kasron, 2012)

Terbendungnya aliran darah menghambat aliran darah yang kaya dengan oksigen mencapai bagian otot jantung yang disuplai oleh *arteri* tersebut. Kurangnya oksigen akan merusak otot jantung. Jika sumbatan itu tidak ditangani dengan cepat, otot jantung yang rusak itu akan mulai mati.

Selain disebabkan oleh terbentuknya sumbatan oleh *plaque* ternyata *infark* juga bisa terjadi pada orang dengan *arteri koroner* normal (5%).

Diasumsikan bahkan *spasme* arteri koroner berperan dalam beberapa kasus ini. *Spasme* yang terjadi di PICU oleh beberapa hal antara lain mengkonsumsi obat-obatan tertentu, stress emosional, merokok dan paparan suhu tinggi yang ekstrim.

Spasme bisa terjadi pada pembuluh darah yang mengalami *aterosklerotik* sehingga bisa menimbulkan *oklusi* kritis sehingga bisa terjadi koma jika terlambat dalam penanganannya (Kasron, 2012).

Letak *infark* ditentukan oleh letak sumbatan *arteri koroner* yang mensuplai darah ke jantung. Terdapat *arteri koroner* besar yaitu *arteri koroner* kanan dan kiri. Kemudian *arteri koroner* kiri bercabang menjadi dua yaitu *desenden anterior* dan *arteri sirkumpleks* kiri. *Arteri koronaria desenden anterior* kiri berjalan melalui bawah anterior dinding kearah afeks jantung. Bagian ini mensuplai aliran dua pertiga dari septum *intraventrikel*, sebagian besar afeks, dan ventrikel kiri anterior. Sedangkan cabang *sirkumpleks* kiri berjalan dari koroner kiri kearah dinding *lateral* kiri dan *ventrikel* kiri. Daerah yang disuplai meliputi *atrium* kiri, seluruh dinding *posterior*, dan sepertiga *septum intraventrikel posterior*.

Selanjutnya arteri koroner kanan berjalan dari aorta sisi kanan arteri pulmonal kearah dinding *lateral* kanan sampai ke *posterior* jantung. Bagian jantung yang disuplai meliputi *atrium* kanan, *ventrikel* kanan, nodus SA, nodus AV, septum *interventrikel*, *posterior superior*, bagian *atrium* kiri, dan permukaan diafragmatik *ventrikel* kiri. Berdasarkan hal diatas maka dapat diketahui jika *infark anterior* kemungkinan disebabkan oleh gangguan pada cabang *desenden anterior* kiri, sedangkan *infark inferior* bisa disebabkan oleh lesi pada arteri koroner kanan (Kasron, 2012).

e. Komplikasi

Menurut Lily (2004) komplikasi klinik pada pasien *infark miokard akut* yaitu : Gangguan irama dan konduksi, *Renjatan kardiogenik*, Gagal jantung kiri, Gagal ventrikel kanan, *Emboli paru* dan *infark paru*, *Emboli arteri sistemik*, Sumbatan pembuluh darah otak, *Ruptur jantung*, *Disfungsi* dan *ruptur muskulus papilaris*

Menurut Kasron (2012) pada pasien *infark miokard akut* yaitu :

- 1) *Aritmia* : *aritmia* yang lazim ditemukan pada fase akut IMA. Hal ini dapat pula dipandang sebagai bagian perjalanan penyakit IMA. *Aritmia* perlu diobati bila menyebabkan gangguan hemodinamik, meningkatkan kebutuhan oksigen *miokard*, bila merupakan predisposisi untuk terjadinya *aritmia* yang lebih gawat seperti takikardia ventrikel, fibrilasi ventrikel atau asistol.
- 2) Bradikardia sinus adalah: Irama nodal, Asistolik, Takikardia sinus, Kontraksi atrium premature, Ruptur miokardial, Bekuan darah, Klasifikasi pada *infark miokard akut* menurut Philip & Jeremy (2010) yaitu
 - a. NSTEMI (*Infark miokard non-elevasi segmen ST*) adalah *oklusi koroner* yang cukup untuk menyebabkan *nekrosis subendokardium*, sehingga tidak ada elevasi segmen ST pada EKG.
 - b. STEMI (*Infark miokard elevasi segmen ST*) adalah oklusi koroner yang cukup untuk menyebabkan *nekrosis jantung transmural*, meliputi seluruh ketebalan *miokardium*, yang ditandai dengan adanya elevasi segmen ST pada EKG.

f. Pemeriksaan Diagnostik Pada *Infark Miokard Akut (IMA)*

Pemeriksaan diagnostik yang dapat dilakukan untuk menegakkan diagnosa medis menurut Wajan (2010) yaitu :

1. Pemeriksaan fisik adalah sebagai berikut: *Vital sign*: tekanan darah meningkat, nadi meningkat, Suara paru: *crakles (ronchi basah)*, S1 dan S2 meningkat (*murmur*), *Distensi vena jugularis*, *Congesti pulmonal*
2. Pemeriksaan penunjang sebagai berikut : EKG: *segmen elevasi*, gelombang T inversi, gelombang Q patologis, *Thorax foto: cardiomegali* dan tanda-tanda kegagalan ventrikel kiri, *Echocardiogram*: menilai struktur dan fungsi abnormal otot dan katup jantung
3. Analisa gas darah: menilai oksigenasi jaringan (*hipoksia*) dan perubahan keseimbangan asam-basa darah
4. *Angiografi coroner*: melihat lokasi *stenosis* atau *oklusi*
5. *Serum enzym*: SGOT meningkat dalam 8-12 jam, LDH meningkat dalam 6-12 jam.

g. Penatalaksanaan Medik

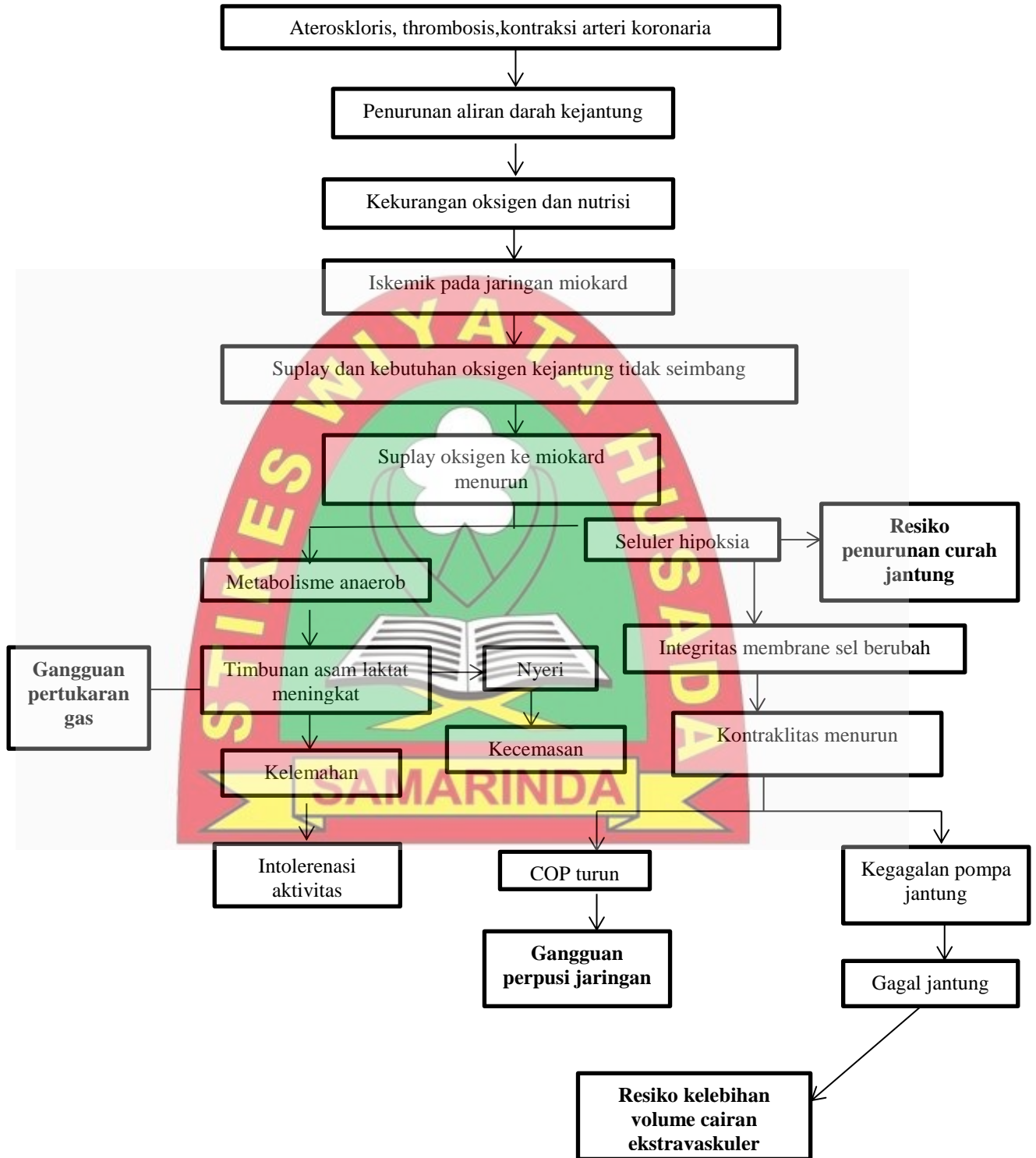
Menurut Kasron (2012) penatalaksanaan medis *infark miokard akut*.

dibagi menjadi 2 cara, yaitu:

1. Farmakologi, Diagnosa, Diet makanan lunak dan rendah garam, Terapi oksigen, Monitor EKG, Akses intravena, Penghilang rasa sakit
2. Non farmakologi: Pengobatan *trombolitik* sebagai usaha *reperfusion* paling efektif dimulai dalam waktu 1 jam setelah timbul gejala pertama, Beta blocker: *cardioselective (metoprolol 100mg, atenolol 50-100mg, aseptolol 200mg)* dan non *cardioselective (propranolol 10mg)*, Angiotensin-converting enzyme (ACE) inhibitors, captopril 2,5mg, Obat-obatan antikoagulan seperti heparin 15-20g, Obat-obatan antiplatelet seperti aspirin 25-50m.

h. Pathway Keperawatan

Skema 2.3 Pathway Keperawatan *Infark Miokard Acute*



Sumber: M.Askin-M. Nuraliamsyah-Susaldi, Edisi Ketiga

B. Asuhan Keperawatan IMA

Asuhan keperawatan adalah pernyataan yang menguraikan respons aktual dan potensial klien terhadap masalah kesehatan yang perawat mempunyai izin dan berkompeten untuk mengatasinya (respons aktual dan potensial klien didapatkan dari data dasar pengkajian, tinjauan literatur yang berkaitan, catatan medis klien masa lalu, dan konsultasi dengan profesional lain yang kesemuanya dikumpulkan melalui pengkajian (Potter & Perry, 2005).

1) Pengkajian

Pengkajian sekunder menurut Potter & Perry (2005) meliputi :

- Pola persepsi kesehatan – manajemen kesehatan: , Pola nutrisi metabolic, Pola eliminasi Terjadi edema sehingga menyebabkan bising usus menurun.
- Pola aktivitas – latihan,: Pasien mengalami kelemahan, kelelahan, tidak dapat tidur, pola hidup menetap, jadwal olahraga tidak teratur.
- Pola kognitif – perseptual
- Pola tidur – istirahat
- Pola konsep diri – persepsi diri
- Pola peran – berhubungan
- Peran utama dan tanggung jawab pasien terhambat.
- Pola seksualitas – reproduktif Rasa tidak puas yang dirasakan pasien pada tahap dan pola reproduksi.
- Pola koping – stress – toleransi
- Pola nilai keyakinan

2) Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul menurut Wajan (2010)

- a) Nyeri akut berhubungan dengan *iskemia* dan *injuri miokard*
- b) Penurunan curah jantung berhubungan dengan tidak efektifnya *perfusi jaringan kardiopulmoner*, otak, ginjal, dan *perifer*.
- c) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen *miokard*, efek *cardiac depressant*, *β-blocker* dan anti- *disritmia* sekunder terhadap *iskemia miokard*
- d) Kerusakan pertukaran gas berhubungan dengan akumulasi cairan dalam alveoli sekunder kegagalan fungsi jantung kiri (jika didapat edema paru).
- e) Kecemasan berhubungan dengan keadaan fisik yang tidak dapat diperkirakan atau tidak diketahui, lingkungan yang tidak familiar, dan ancaman kematian akibat proses penyakit.

3) Intervensi

Intervensi yang dapat dilakukan menurut Wajan (2010) antara lain:

a) Nyeri akut berhubungan dengan *iskemia* dan *injuri miokard*

(1) Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x... jam nyeri akut pasien dapat berkurang.

(2) Kriteria hasil: Nyeri dada berkurang, Ekspresi wajah rileks atau tenang, tidak tegang, Tidak gelisah, Nadi 60-100, TD 120/80 mmHg

(3) Intervensi: Observasi karakteristik, lokasi, waktu, dan perjalanan rasa nyeri dada tersebut.

(a) Anjurkan klien menghentikan aktifitas selama ada serangan dan istirahat.

(b) Bantu klien melakukan relaksasi, misalnya nafas dalam, perilaku *distraksi*, *visualisasi*, atau bimbingan imajinasi.

(c) Pertahankan oksigenasi dengan bikanul contohnya (2-4 liter/menit).

(d) Monitor tanda-tanda vital (nadi dan tekanan darah) tiap 2

jam.

- (e) Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgesik.
- (f) Penurunan curah jantung berhubungan dengan tidak efektifnya perfusi jaringan *kardiopulmoner*, otak, ginjal, dan perifer.

(4) Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x...jam diharapkan curah jantung membaik.

(5) Kriteria hasil : Tidak ada *edema*, Tidak ada *disritmia*, *Haluaran urin* normal, TTV dalam batas normal.

(6) Intervensi :

- (a) Pertahankan tirah baring selama fase akut
- (b) Kaji dan laporkan adanya tanda-tanda penurunan COP, TD
- (c) Monitor haluaran urin
- (d) Kaji dan pantau TTV tiap jam
- (e) Kaji dan pantau EKG tiap hari
- (f) Berikan oksigen sesuai kebutuhan
- (g) Pertahankan cairan parenteral dan obat-obatan sesuai advis
- (h) Berikan makanan sesuai diitnya

b) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen *miokard*, efek *cardiac depressant*, β -blocker dan anti-*disritmia sekunder* terhadap *iskemia miokard*.

(1) Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x...jam diharapkan terjadi peningkatan toleransi pada pasien.

(2) Kriteria hasil : Klien berpartisipasi dalam aktifitas sesuai kemampuan klien, Frekuensi jantung 60-100 x/menit, TD 120/80 mmHg.

(3)Intervensi :

- a) Catat frekuensi jantung, irama dan perubahan TD selama dan sesudah aktifitas
- b) Batasi aktifitas pada dasar nyeri dan berikan aktifitas sensoriyang tidak berat
- c) Jelaskan pola peningkatan bertahap dari tingkat aktifitas, contoh bangun dari tempat tidur bila tidak ada nyeri
- d) Kerusakan pertukaran gas berhubungan dengan akumulasi cairan dalam alveoli sekunder kegagalan fungsi jantung kiri (jika didapat edema paru).

(4)Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x...jam diharapkan oksigenasi dengan GDA dalam rentang normal ($pa O_2 < 80 \text{ mmHg}$, $pa Co_2 > 45 \text{ mmHg}$ dan saturasi $< 80 \text{ mmHg}$)

(5)Intervensi :

- a) Catat frekuensi & kedalaman pernafasan, penggunaan otot bantu pernafasan
- b) Auskultasi paru untuk mengetahui penurunan atau tidak adanya bunyi nafas dan adanya bunyi tambahan masil ronkhi dan lain-lain
- c) Lakukan tindakan keperawatan untuk memperbaiki atau mempertahankan jalan nafas
- c) Kecemasan berhubungan dengan keadaan fisik yang tidak dapat diperkirakan atau tidak diketahui, lingkungan yang tidak familiar, dan ancaman kematian akibat proses penyakit.

2. Terapi Oksigen

a. Definisi

Salah satu tindakan untuk mencegah perluasan *infark miokard* adalah terapi oksigen. Terapi oksigen bertujuan untuk mempertahankan oksigenasi jaringan tetap adekuat dan dapat menurunkan kerja *miokard* akibat kekurangan suplai oksigen. Terapi oksigen diberikan pada pasien dengan menggunakan kanul dikutip dalam jurnal Widiyanto dan Yamin (2014).

Hipoksia menimbulkan *metabolisme anaerob* dan *metabolik asidosis*, yang akan menurunkan efektivitas obat-obatan dan terapi elektrik (DC Shock). Pemberian oksigen menurunkan perluasan daerah *iskemik* (Kasron, 2012). Terapi oksigen diberikan pada pasien dengan menggunakan kanul.

Meningkatnya volume oksigen dalam hal ini FiO_2 yang masuk kedalam paru-paru secara tidak langsung juga menambah kapasitas difusi paru dan meningkatkan tekanan parsial O_2 (PO_2) akan semakin banyak oksigen yang diikat oleh hemoglobin yang diantarkan ke jaringan diseluruh tubuh sehingga dapat mengembalikan saturasi oksigen ke nilai normal dikutip dalam jurnal Widiyanto dan Yamin (2014).

b. Macam-Macam Terapi Oksigen

Macam-macam terapi oksigen menurut Potter & Perry (2006) meliputi :

1) Nasal kanula

Merupakan peralatan yang sederhana dan nyaman. Kanula nasal dengan panjang sekitar 1,5 cm, muncul dari bagian tengah selang sekali pakai dan diinsersikan ke dalam hidung.

Oksigen diberikan melalui nasal kanula dengan kecepatan aliran dari 2 liter/menit sampai 6 liter/menit. Kecepatan aliran lebih dari 6 liter/menit jarang digunakan karena efek yang ditimbulkannya menyebabkan mukosa kering dan juga karena jumlah oksigen yang diberikan relatif sedikit lebih besar.

2) Kateter nasal

Kateter nasal lebih jarang digunakan daripada nasal kanula, tetapi bukan berarti kateter nasal tidak digunakan prosedur pemasangan kateter ini meliputi insersi kateter oksigen kedalam hidung sampai nasofaring.

3) Oksigen transtrakea (OTT)

Merupakan metode pemberian oksigen bagi klien yang mengalami penyakit paru, dengan sebuah kateter kecil berukuran intravena diinsersi langsung ke dalam trakea melalui suatu saluran leher bagian bawah yang dibedah dan oksigen dihantarkan langsung ke trakea.

4) Masker oksigen

Merupakan peralatan yang digunakan untuk memberikan oksigen, kelembaban yang dipanaskan.

c. Cara Pemberian Terapi Oksigen

Cara pemberian terapi oksigen melalui nasal kanula menurut Potter & Perry (2008) yaitu :

- 1) Inspeksi tanda dan gejala pada klien yang berhubungan dengan *hipoksia* dan *sekresi* pada jalan nafas.
- 2) Jelaskan pada klien dan keluarga hal-hal yang diperlukan dalam prosedur dan tujuan terapi oksigen.
- 3) Kumpulkan suplai dan peralatan yang dibutuhkan :
 - a) Kanula nasal
 - b) Selang oksigen
 - c) Alat pelembab (humidifier)
 - d) Air steril hasil penyaringan
 - e) Sumber oksigen dengan alat pengukur aliran (flowmeter)
 - f) Tanda “dilarang merokok”
- 4) Cuci tangan.
- 5) Pasang nasal kanula ke selang oksigen dan hubungkan ke sumber oksigen yang di lembabkan dan diatur sesuai dengan kecepatan yang di programkan.
- 6) Letakkan ujung kanula ke dalam lubang hidung atau lubang kanula yang elastis sampai kanula benar-benar pas menempati hidung dan nyaman bagi klien.

- 7) Pertahankan selang oksigen cukup kendur dan sambungkan ke pakaian klien.
- 8) Periksa kanula setiap 8 jam dan pertahankan tabung pelembab terisi setiap waktu.
- 9) Observasi hidung dan permukaan superior kedua telinga klien untuk melihat adanya kerusakan kulit.
- 10) Periksa kecepatan aliran oksigen dan program dokter setiap 8 jam.
- 11) Cuci tangan.
- 12) Inspeksi klien untuk melihat apakah gejala yang berhubungan dengan *hipoksia* telah hilang.

Mencatat metode pemberian oksigen, kecepatan aliran, kepatenan nasal kanula, repons klien, dan pengkajian pernapasan di catatan perawat.

Tabel 2.1
Prosedur Pemberian Terapi Oksigen Lewat Nasal Kanul

No	Aspek Yang Dinilai	Bobot	1	2
A Fase Orientasi				
1.	Mengucapkan salam	2		
2.	Memperkenalkan diri	2		
3.	Menjelaskan tujuan tindakan	2		
4.	Menjelaskan tujuan prosedur	2		
5.	Menanyakan kesiapan pasien	2		
C. Fase Kerja				
No	Aspek Yang Dinilai	Bobot	1	2
1.	Mencuci tangan	5		
2.	Menyiapkan tabung oksigen dan manometernya	5		
3.	Mengisi aquadest pada tabung humidifier Sesuai batas	10		
4.	Mengatur posisi semi fowler	5		
5.	Membuka flowmeter dengan ukuran 2-6 liter/menit	15		
6.	Memastikan ada aliran udara pada punggung tangan	10		
7.	Memasang nasal kanul pada hidung pasien dengan benar	10		
8.	Melakukan fiksasi sedang nasal kanul dengan benar	5		

9.	Mencuci tangan	5
----	----------------	---

D. Fase Terminasi

1.	Melakukan evaluasi tindakan	4
2.	Menyampaikan rencana tindak lanjut	4
3.	Berpamitan dengan pasien	2

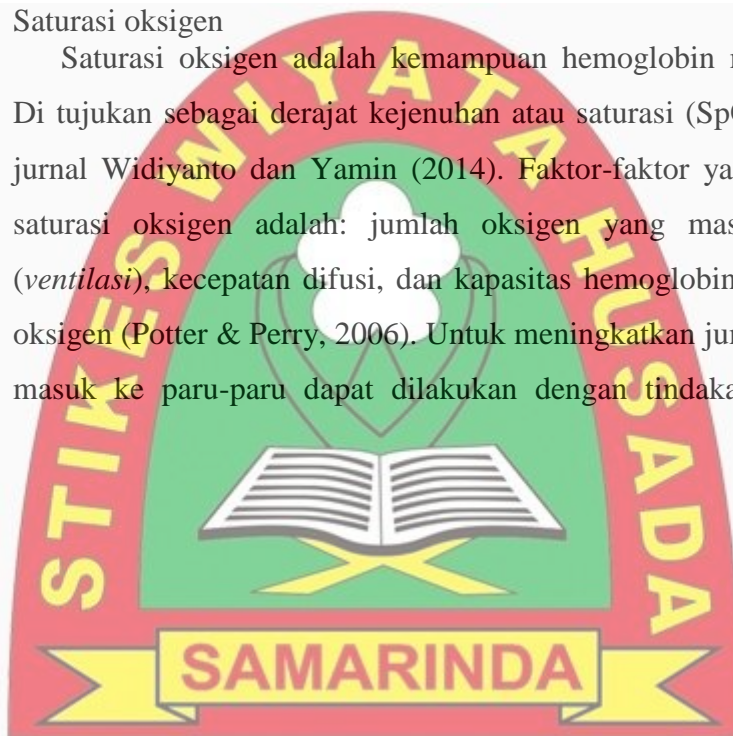
E. Penampilan Selama Tindakan

1.	Ketenangan	2
2.	Melakukan terapeutik selama tindakan	3
3.	Menjaga keamanan pasien	3
4.	Menjaga keamanan perawat	2

Sumber : Ain Fitroh Febriyanti

Saturasi oksigen

Saturasi oksigen adalah kemampuan hemoglobin mengikat oksigen. Di tujukan sebagai derajat kejenuhan atau saturasi (SpO₂) dikutip dalam jurnal Widiyanto dan Yamin (2014). Faktor-faktor yang mempengaruhi saturasi oksigen adalah: jumlah oksigen yang masuk ke paru-paru (*ventilasi*), kecepatan difusi, dan kapasitas hemoglobin dalam membawa oksigen (Potter & Perry, 2006). Untuk meningkatkan jumlah oksigen yang masuk ke paru-paru dapat dilakukan dengan tindakan terapi oksigen.



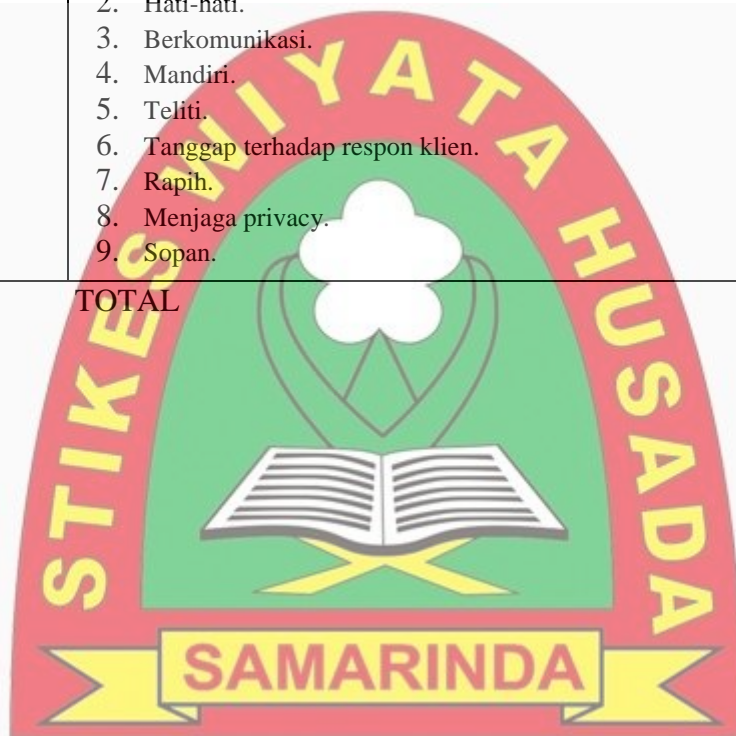
Tabel 2.2
Pengukuran dengan Menggunakan Oksimetri

NO	TINDAKAN	BOBOT	NILAI
I	<p>PENGAJIAN</p> <ul style="list-style-type: none"> – Mengkaji status respirasi klien : sesak nafas, gelisah, hipoksia atau adanya sianosis. – Mengkaji pengisian kapiler (<i>capillary refill</i>) proksimal. – Mengkaji hasil pemeriksaan kadar hemoglobin klien. – Mengkaji kondisi jari atau tempat lain sebagai tempat untuk meletakkan sensor oksimetri nadi. 	2	
II	<p>INTERVENSI</p> <p>A. Persiapan Alat :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Oksimetri nadi dengan sensor yang sesuai. 2. Kapas alcohol. 3. Tissue. 4. Nierbeken / bengkok. <p>B. Persiapan Klien :</p> <p>Menjelaskan prosedur dan tujuan dilakukannya pemeriksaan oksimetri nadi.</p>	3	
III	<p>IMPLEMENTASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mencuci tangan. 2. Memilih sensor yang sesuai. 3. Memilih tempat yang sesuai untuk sensor. Jika perfusi baik kapiler baik gunakan jari tangan atau ibu jari kaki. Jika klien mempunyai perfusi yang buruk gunakan telinga atau hidung sebagai tempat sensor. 4. Membersihkan area sensor yang dipilih dengan kapas alcohol dan keringkan dengan tissue (bila klien menggunakan pewarna kuku, bersihkan terlebih dahulu). 5. Memasang sensor, pastikan sensor terpasang dengan sempurna. 6. Menghubungkan kabel sensor ke oksimetri, nyalakan oksimeter. 7. Membaca hasil pemeriksaan, dan laporkan ke dokter jika hasil pemeriksaan abnormal. 8. Merapikan klien dan peralatan. 9. Mencuci tangan. 	3	

IV	EVALUASI		
	1. Mengevaluasi hasil pemeriksaan. 2. Mengobservasi respon klien selama pelaksanaan prosedur.	1	
V	DOKUMENTASI		
	1. Mencatat hasil pemeriksaan, tempat sensor yang digunakan. 2. Mencatat respon klien selama pelaksanaan prosedur. 3. Mencatat intervensi yang dilakukan bila hasil pemeriksaan oksimetri nadi kurang dari normal.	1	
VI	SIKAP		
	1. Sistematis. 2. Hati-hati. 3. Berkomunikasi. 4. Mandiri. 5. Teliti. 6. Tanggap terhadap respon klien. 7. Rapih. 8. Menjaga privacy. 9. Sopan.		

TOTAL

10



BAB III TINJAUAN KASUS

A. Identitas Klien

Nama klien: Tn. K, umur 68 tahun, jenis kelamin: laki-laki, agama: Islam, pendidikan: SD, pekerjaan: petani, alamat: Sempaja, Tanggal masuk rumah sakit pada tanggal 5 Desember 2018, No. RM: 01-29-29-83, Diagnosa Medis: *Akut Miokard Infark* (AMI).

A. PENGKAJIAN KASUS

Pengkajian dilakukan pada tanggal 05 Desember 2018 pukul 15.30 WIB. Pengkajian ini dilakukan dengan metode *autoanamnesa* dan *alloanamnesa*, mengadakan pengamatan atau observasi secara langsung, pemeriksaan fisik, serta dengan melihat catatan medis dan catatan keperawatan sebelumnya.

I. ANAMNESA (PENGKAJIAN AWAL)

1. Keluhan Utama :

pasien mengatakan nyeri pada dada.

2. Riwayat Kesehatan/Pengobatan perawatan sekarang :

Pasien mengatakan sempat dibawa ke dari RS. DIRGAHAYU datang dengan keluhan nyeri dada seperti terbakar sejak 6 jam sebelum masuk rumah sakit dirasakan kurang lebih 20 menit, tetapi tidak menjalar, badan terasa lemas, kepala pusing, keluar keringat dingin, mual, kemudian pasien dibawa ke RSUD Abdul Wahab Sjahranie tanggal 05 Desember 2018 pasien diperiksa di IGD dan didapat tekanan darah 140/110 mmHg, nadi 120 kali per menit, *respirasi* 40 kali per menit, suhu 36.8 °C. Dan mendapatkan terapi infus RL 30 cc/jam, O₂ 3 liter per menit,

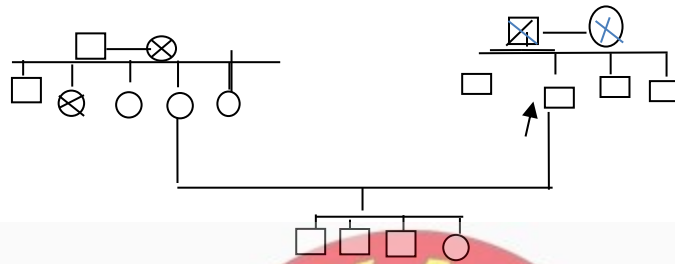
3. Riwayat penyakit dahulu:

Pasien mengatakan baru pertama kali menderita penyakit *Akut Miokard Infark* (AMI) dan belum pernah dirawat di rumah sakit sebelumnya.

4. Riwayat kesehatan keluarga:

Keluarga pasien mengatakan kalau keluarganya tidak memiliki penyakit keturunan seperti DM, *Hipertensi*, Asma, dan penyakit menular seperti TBC, *hepatitis*, dsb.

5. Riwayat Penyakit Keluarga (Genogram Keluarga)



Keterangan :

□ : Laki-Laki

○ : Perempuan

⊗ : Meninggal

↙ : Pasien

--- : Tinggal Serumah

Kesimpulan : Tipe keluarga : Keluarga Tn. K merupakan tipe keluarga (*Nuclear Family*) yang terdiri dari Ayah, Ibu, dan anak. Dimana ayah sebagai pencari nafkah dan ibu sebagai ibu rumah tangga dan Nenek dari ibu Tn.K memiliki riwayat DM dan jantung. Orang tua Tn.K meninggal karena sakit jantung dan memiliki riwayat hipertensi dan DM.

II. Pengkajian Primer

Pengkajian primer pasien didapatkan

- a) *airway* : jalan nafas paten, tidak ada benda asing pada jalan nafas seperti muntahan, darah, *secret*.
- b) *Breathing*: Frekuensi nafas 40x/menit, irama teratur, gerakan dada simetris, suara nafas vesikuler, tidak ada tanda jejas, hasil thorax foto kesan pembesaran pada jantung (cardiomegali). Tindakan keperawatan yang telah dilakukan adalah memberikan posisi fowler, memberikan oksigen nasal 3 liter/menit, dan melakukan thorax foto.
- c) *Circulation*: Teraba nadi 112 x/menit, teratur, denyutan kuat, tidak ada ketegangan pada vena cordis , tekanan darah 140/100 mmHg, suhu 36,8 C, ekstremitas hangat, ada edema pada ekstremitas bawah, capillary refill kanan 3 detik dan kiri 2 detik, tidak ada perdarahan, kulit elastis. Tindakan keperawatan yang dilakukan adalah memberi posisi fowler, kolaborasi untuk pemberian cairan, pemasangan infus RL 20 tetes/menit, melakukan EKG, memberi injeksi furosemid 20 mg IV.
- d) *Disability*: kesadaran *composmetis* dan GCS E: 4, V: 5, M: 6.
- e) *Exposure*: suhu pasien 36,8° C, pasien menggunakan selimut.

III. Secondary Survey

- a) Keadaan umum lemah, kesadaran *compos mentis*, tampak klien memegang dada sebelah kiri, posisi klien duduk dengan 2-3 bantal. Klien mengatakan sesak 3 hari SMRS saat aktivitas dan nyeri pada dadanya.
- b) Penyakit lain yang diderita/penyakit keluarga adalah hipertensi

Dalam pengkajian pola kesehatan fungsional pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan pasien mengatakan kesehatan itu penting, jika ada keluarga yang sakit segera dibawa ke rumah sakit. Intake nutrisi makan dan minum, sebelum sakit klien mengatakan makan 3 kali sehari habis 1 porsi dengan nasi, lauk, sayur dan tidak ada keluhan. Selama sakit klien mengatakan makan 3 kali sehari yaitu nasi, lauk, sayur 1/2 porsi habis dan tidak ada keluhan. Sebelum sakit pasien mengatakan minum kurang lebih 5 kali sehari dengan jenis air putih, susu, kurang lebih 1000cc dan tidak ada keluhan. Selama sakit pasien mengatakan minum kurang lebih 5 kali sehari, jenis air putih, susu, kurang lebih 1000cc dan keluhan tidak ada.

Pola *eliminasi* sebelum sakit klien mengatakan BAB 1 kali per hari setiap pagi dengan konsistensi lunak berbentuk, berbau khas, dengan warna kuning kecoklatan dan tidak ada keluhan. BAK 6-8 kali per hari sekitar 1000cc, warna kuning jernih, berbau *amoniak*, dan tidak ada keluhan. Selama sakit klien mengatakan BAB 1 kali per hari, *konsistensi* lunak berbentuk, berbau khas, warna kuning kecoklatan, dan tidak ada keluhan. BAK pada hari kedua terpasang *kateter* kurang lebih 500 cc/8jam, warna kuning jernih.

Pola aktifitas dan latihan sebelum sakit pasien mengatakan semua kegiatan dilakukan secara mandiri seperti makan, *toileting*, berpakaian, mobilitas ditempat tidur, berpindah, ambulasi/ROM. Selama sakit pasien mengatakan kegiatan seperti makan, berpakaian, mobilitas ditempat tidur, berpindah dibantu dengan orang lain, *toileting* dibantu orang lain dan alat.

Pola istirahat tidur pasien mengatakan sebelum sakit pasien biasa tidur siang 1-2 jam, tidur malam 7-8 jam, tidak menggunakan obat tidur dan tidak ada gangguan tidur. Selama sakit pasien mengatakan tidur siang selama 2-3 jam, tidur malam selama 8-9jam, dan tidak ada penggunaan obat tidur.

Pola kognitif dan perseptual pasien mengatakan sebelum sakit mampu melihat, membaca dengan baik, berbicara lancar, mampu menjawab pertanyaan dengan baik, pasien mampu mengidentifikasi bau minyak kayu putih, merasakan teh manis, dan merasakan sentuhan. Selama sakit pasien mengatakan mampu melihat, membaca dengan baik, berbicara lancar, mampu menjawab pertanyaan dengan baik, pasien mampu mengidentifikasi bau minyak kayu putih, merasakan teh manis, dan merasakan sentuhan, P: pasien mengatakan nyeri dada saat digunakan bangun, Q: nyeri seperti ditekan beban yang berat, R: nyeri pada dada kiri, S: skala 5, T: nyeri hilang dan timbul.

Pola persepsi konsep diri pada gambaran diri pasien mengatakan menerima kondisinya pada saat ini, pasien mengatakan ingin cepat sembuh dan pulang kerumah, pasien mengatakan sangat dihormati dan dihargai anggota keluarganya, pasien mengatakan selama sakit tidak bisa melakukan perannya seperti biasa, pasien adalah seorang kakek yang sudah punya cucu.

Pola hubungan peran sebelum sakit pasien mengatakan memiliki hubungan baik dan harmonis dengan keluarga dan tetangganya. Selama sakit pasien mengatakan masih berhubungan baik dengan keluarga dan tetangganya. Pola *seksualitas reproduksi* sebelum sakit pasien mengatakan sudah tidak melakukan hubungan seksual. Selama sakit pasien mengatakan seorang laki-laki yang sudah tidak melakukan hubungan seksual karena sudah tua.

Pola mekanisme koping sebelum sakit pasien mengatakan bahwa ketika ada masalah selalu dibicarakan dengan keluarganya dengan cara musyawarah. Selama sakit pasien mengatakan bahwa ketika ada masalah kesehatannya selalu berbicara kepada anggota keluarganya. Pola nilai dan keyakinan sebelum sakit pasien mengatakan beragama islam dan menjalankan ibadah sholat lima waktu. Selama sakit pasien mengatakan beragama islam dan tetap beribadah sholat ditempat tidur.

Berdasarkan pengkajian pada tanggal 05 Desember 2018 dari pemeriksaan fisik yang dilakukan pada Tn. K didapatkan hasil bahwa keadaan umum Tn. K lemah, tingkat kesadaran *composmentis*, tanda – tanda vital tekanan darah 140/100 mmHg, suhu 36,8° C, nadi 120 kali per menit irama teratur dan kekuatan lemah, pernafasan 40 kali per menit irama tidak teratur, SPO₂: 80%.

Pada pemeriksaan kepala kulit rambut berwarna hitam, kulit kepala bersih, bentuk kepala *mesocephal*. Mata *palpebra* tidak *oedem*, *konjungtiva anemis*, *pupilisokor*, *sclera* tidak *ikhterik*, tidak menggunakan alat bantu penglihatan. Hidung tidak ada *sekret*, *simetris*, tidak ada *polip*, tidak ada nafas *cuping* hidung, tidak ada alat bantu pernafasan. Mulut warna bibir merah muda, *mukosa* bibir lembab, tidak ada bau mulut. Telinga tampak bersih, tidak ada *serumen*. Leher tidak ada pembesaran kelenjar *limfe* dan tidak ada *distensi venale* Pada pemeriksaan Paru-paru *inspeksi* bentuk dada *simetris*. *Palpasi vocal fremitus* kanan dan kiri sama. *Perkusi* kanan dan kiri sama yaitu sonor pada seluruh lapang dada. Auskultasi inspirasi dan *ekspirasi* sama panjang tidak ada nafas tambahan. Jantung *inspeksi ictus cordis* tidak tampak. *Palpasi ictus cordis* teraba tidak kuat di sic 4. *Perkusi* batas jantung melebar. *Auskultasi* bunyi jantung I-II *intensitas* normal, *regular*, tidak ada bunyi nafas tambahan. *Abdomen inspeksi* datar, warna kulit putih kecoklatan, *simetris*, tidak ada *jejas*. *Auskultasi* bising usus 12 kali per menit. *Perkusi* suara *tympani* pada 2,3,4 dan *pekok kuadran* 1. *Palpasi* tidak ada nyeri tekan. Pada pemeriksaan *genitalia* kondisi bersih tidak ada luka, tidak ada *hemoroid*, jenis kelamin laki-laki, terpasang DC.

Pada pemeriksaan *ekstremitas* atas tangan kiri pasien terpasang infuse RL 20 tpm, pergerakan terbatas, tangan kanan pergerakan bebas. *Ekstremitas* bawah kaki kanan dan kiri tidak *oedem* dan pergerakan bebas. Kekuatan otot tangan kanan 5 dengan gerakan normal penuh, gravitasi tidak dengan penahanan penuh, tangan kiri dengan hasil 5 gerakan normal penuh menentang gravitasi dengan penahanan penuh, tangan kanan dengan hasil 5 gerakana normal penuh, menentang gravitasi dengan penahanan

penuh, kaki kiri dengan hasil 5 gerakan normal penuh, menentang gravitasi dengan penahanan penuh. Pemeriksaan *anus* dan *integumen*, *anus* bersih dan tidak ada kelainan, *integumen* sawo matang tidak ada luka, *turgor* kulit baik, wajah tampak pucat dan perubahan *akral* hangat.

Terapi yang diberikan pada tanggal 05 Desember 2018. *Intra vena* Infus RL 20 tetes per menit cairan parenteral fungsinya untuk memenuhi kebutuhan cairan pada tubuh, obat oral *captopril* 6,25 mg/8 jam termasuk anti *hipertensi* berfungsi untuk menurunkan tekanan *sistolik*, *Dinitrate* 5mg/8 jam termasuk golongan antidisritmia berfungsi untuk menurunkan serangan akut *angina pectoris*, *bricasma* 2,5mg/8 jam termasuk golongan anti asma berfungsi untuk meringankan saluran pernafasan, *aspilet* 80mg/8 jam termasuk golongan *analgesic* non narkotik berfungsi untuk sakit kepala, nyeri pada otot dan sendi, *simvastatin* 20mg/24 jam termasuk golongan penurun *kolesterol* berfungsi untuk mengurangi kadar kolesterol dalam tubuh, injeksi *arixtra* 2,5 mg/24 jam golongan *antikoagulan* berfungsi untuk mencegah *tromboemboli vena*. Dan terapi yang diberikan pada klien selama di IGD adalah obat jantung yaitu obat *clopidogril* dan *aspilet* yang cara kerjanya obatnya berbeda.

1. *Clopidogril* 75 mg, dengan obat yang cara kerjanya menghambat dan mencegah pembekuan darah serta mengurangi resiko penyakit kardiovaskuler lainnya. *Clopidogril* termasuk kedalam jenis antiplateled. Obat ini dapat mencegah pembekuan darah pada penderita sindrom koroner akut, penyakit arteri perifer, serangan jantung serta pembuluh darah.
2. *Aspilet* 80 mg, dengan obat yang cara kerjanya mengandung asam asetilsalisilat sengan buffe, yang bekerja dengan mempengaruhi pusat pengatur suhu di hipotalamus sehingga dapat menurunkan demam dan menghambat pembentukan prostaglandin sehingga dapat menurunkan rasa sakit.

Setelah pasien dipindahkan keruangan rawat inap pasien mendapatkan terapi obat jantung yaitu:

1. Candesartan 20 mg, Golongan dan penghambat angiotensin untuk mengobati penyakit hipertensi. Disebut juga sebagai penghambat angotensin karena obat ini mampu menghambat penyempitan pembuluh darah akibat efek dari suatu zat didalam tubuh yang disebut angiotensin II.
2. *Amlodipine* 10 mg, obat ini bekerja cara melemaskan dinding dan melebarkan diameter pembuluh darah. Efeknya akan memperlancar aliran darah menuju jantung dan mengurangi tekanan darah dan pembuluh darah.

Hasil pemeriksaan penunjang hasil laboratorium yang dilakukan pada tanggal 05 Desember 2018 jam 15:00 WIB adalah

Hemoglobin : 12,3 g/dl (12,2-13,1)	Hematokrit : 35% (37,7-53,7)	
Eritrosit : 4,12 juta u/l (4.04-6,13)	Leukosit : 8,2 ribu u/l (4,5-11,5)	
Trombosit : 137 ribu u/l (150-450)	MCV : 85 fl (80-97)	
MCH : 29.9 Pg (27-31,2)	MCHC : 34,8 g/dl (31,8-35,4)	
RDW : 12.5 % (11,5-14,5)	HDW : 3,0%	
MPV : 6,4 FL (0-99,9)	PDW : 66%,	
<i>Eosinofil</i> : 0,40% (0-7)	<i>Basofil</i> : 0,10% (0-2,5)	<i>Netrofil</i> : 77,70% (37-80)
Limfosit : 12,40% (19-48)	Monosit : 8,10% (8-10)	LUC/AMC : 1,30% (1-3)
Natrium darah : 131 u/dl (129-140)	Kalium darah: 3,4 u/dl (3,7-4,0)	

SAMARINDA

Terlampir EKG, Rontagen dan Hasil Lab

A. Hasil Rontgen

Hasil pemeriksaan penunjang radiologi yang dilakukan pada tanggal 05 Desember 2018 jam 13.00 adalah :



Gambar 4.2. Hasil

Pemeriksaan Radiologi Hasil pemeriksaan:

Klinis: Infark Miokard Akut

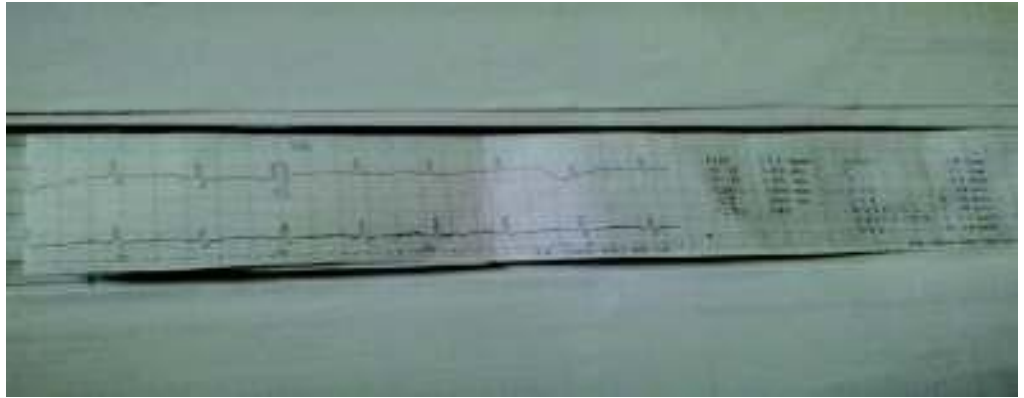
- ✓ Cor: Membesar dengan CTR 62%
- ✓ Pulmo: Tak tampak *infiltrat* di kedua lapang paru, gerakan *bronicovaskuler* normal.

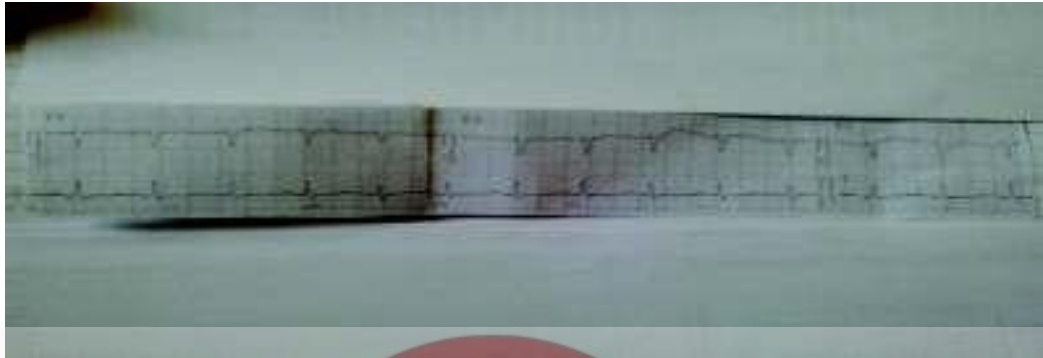
Sinus phrenicocostalis kanan kiri tajam, *hemidiafragma* kanan kiri normal, *trachea* di tangan *sitemia* tulang baik.

- ✓ Kesimpulan : *Cardiomegaly*, *pulmo* tak tampak kelainan

Hasil pemeriksaan penunjang EKG pada tanggal 05

Desember 2018 jam 15.30 adalah:





Gambar 4.3. Hasil Pemeriksaan EKG

- ✓ Hasil: irama *regular*, ST *elevasi* di *lead* II, III, AVF – *iskemik interior* adanya
- ✓ *aritmia*, HR III kali per menit *sinus takikardi*.

(TABEL 3.1 BERDASARKAN SKALA NORTON)

PENILAIAN	4	3	2	1
Kondisi Fisik	Baik	Sedang	Buruk	Sangat buruk
Status mental	Sadar	Apatis	Binggung	Stupor
Aktifitas	Jalan sendiri	Jalan dengan bantuan	Kursi roda	Di tempat tidur
Mobilisasi	Bebas gerak	Agak terbatas	Sangat terbatas	Tidak mampu bergerak
Inkontinensia	Kontinen	Kadang-kadang inkontenensia urit	Selalu inkontenensia	Inkontenensia urin dan alvi
Skor	8	3	2	1
Total skor	14			

Keterangan :

16-20 : Resiko rendah terjadi decubitus

12-16 : Resiko sedang terjadi decubitus

<12 : Resiko tinggi terjadi decubitus

Tabel 3.2 berdasarkan nama obat dan cara kerja obat

Nama Obat	Cara Kerja Obat
Clopidogril 75 mg	Obat yang cara kerjanya menghambat dan mencegah pembekuan darah serta mengurangi resiko penyakit kardiovaskuler lainnya. Clopidogril termasuk kedalam jenis antiplatelet. Obat ini dapat mencegah pembekuan darah pada penderita sindrom koroner akut, penyakit arteri perifer, serangan jantung serta pembuluh darah.
Aspilet 80 mg	Mengandung asam asetilsalisilat sengan buffer, bekerja dengan mempengaruhi pusat pengatur suhu di hipotalamus sehingga daapt menurunkan demam dan menghambat pembentukan prostaglandin sehingga dapat menurunkan rasa sakit
Isosorbide Dinitrate 5 mg	Melebarkan pembuluh-pembuluh darah jantung dan bila diberikan secara sublingual, kemanjurannya sebanding dengan nitrogliceryn (0,1-0,6 mg). indikasi untuk pengobatan angina pectoris dan untuk pencegahan terjadinya serangan angina pada penderita pada penyakit jantung coroner menahun dan untuk pengobatan gangguan angina sesudah infark miokard.
Candesartan 20 mg	Golongan obat penghambat angiotensin untuk mengobati penyakit hipertensi. Disebut sebagai penghambat angiotensin karena obat ini mampu menghambat penyempitan pembuluh darah akibat efek dari suatu zat didalam tubuh yang disebut angiotensin II
Amlodipine 10 mg	Obat ini bekerja dengan cara melemaskan dinding dan melebarkan diameter pembuluh darah. Efeknya akan memperlancar aliran darah menuju jantung dan mengurangi tekanan darah dalam pembuluh darah.

B. ANALISA DATA

No	Data	Etiologi	Problem
1	<p>DS: Nyeri dada menjalar ke punggung dan perut nyeri dirasakan skala 7, nyeri seperti ditusuk-tusuk</p> <p>DO: P: Nyeri Q: Seperti ditusuk-tusuk R: Nyeri menjalar ke punggung dan perut S: Skala 7 T: Terus-menerus ✓ Ekspresi wajah klien meringis ✓ Klien saat mengeluhkan nyerinya terlihat mmegangi dada kirinya ✓ Klien gelisah</p>	Agen cedera biologis	Nyeri akut
2	<p>DS: Sesak nafas dan nyeri dada walaupun sedang istirahat</p> <p>DO: RR: 27x/menit, SPO2 97, irama nafas ireguler dan pernapasan cepat dan teratur, terpasang O2 nasal kanul 3 lpm, pernapasan menggunakan otot dada.</p>	Nyeri	Keidakefektifan pola nafas
3	<p>DS: Mudah lelah saat beraktivitas, Badan masih terasa lemah, makan dan minum dan ke wc hanya dibantu keluarga</p> <p>DO: KU Lemah Klien banyak menghabiskan waktu ditempat tidur ADL klien dengan bantuan perawat atau keluarga</p>	Ketidakseimbangan suplay dan kebutuhan O2	Intoleransi aktivitas

DIAGNOSA KEPERAWATAN BERDASARKAN PRIORITAS

1. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen cedera biologis (iskemia)
2. Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan Nyeri
3. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan Ketidakseimbangan suplay dan kebutuhan O2

C. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil (NOC)	Intervensi (NIC)
<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (iskemik) ditunjukkan dengan ekspresi wajah klien meringis, skala nyeri 7, memegang dada kiri</p>	<p>Pasien akan menunjukkan nyeri terkontrol dengan indikator sebagai berikut :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengakui timbulnya nyeri : 4 - Menjelaskan faktor penyebab dari nyeri : 4 - Menunjukkan langkah-langkah pencegahan nyeri : 4 <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak pernah dilakukan 2. Jarang dilakukan 3. Kadang-kadang dilakukan 4. Sering dilakukan 5. Selalu dilakukan 	<p>NIC : Manajemen Nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi 2. Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan 3. Berikan terapi oksigen 3liter/menit 4. Bantu klien dan keluarga mencari dan menemukan dukungan. 5. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan pencahayaan dan kebisingan 6. Kurangi faktor presipitasi nyeri 7. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi
<p>Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan nyeri ditunjukkan dengan RR 34x/mnt, penurunan Tanda-tanda vital TD</p>	<p>Pasien akan menunjukkan pola napas yang efektif dengan dibuktikan dengan indicator sebagai berikut :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frekuensi pernafasan dalam rentang normal : 5 - RR 16-20x/menit - Irama Pernafasan dalam rentang normal : 5 - Kedalaman Inspirasi dalam rentang normal : 5 <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 : Sangat Memburuk 2 : Cukup Terganggu 3 : Terganggu 4 : Kurang Terganggu 5 : Baik 	<p>NIC : Respiratory Monitor</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor frekwensi, irama, kedalaman dan upaya pernafasan 2. Posisikan klien untuk memaksimalkan ventilasi 3. Lakukan fisioterapi dada jika perlu 4. Auskultasi suara nafas, catat adanya suara nafas tambahan 5. Monitor respirasi dan status O2 6. Pertahankan jalan nafas yang paten 7. Monitor TTV
<p>Pola napas tidak efektif berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan O2 ditunjukkan dengan perubahan denyut jantung terhadap aktivitas, kelelahan setelah beraktivitas, perubahan EKG (Iskemik),</p>	<p>Pasien akan menunjukkan bertoleransi terhadap aktivitasnya dengan indicator sebagai berikut :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Saturasi oksigen selama aktivitas dalam rentang normal : 5 - Spo2 99-100% - Frekuensi nadi selama aktivitas dalam rentang normal : 5 - Nadi 60-100x/menit 	<p>NIC : Rehabilitasi perawatan pada penderita jantung</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor aktivitas klien 2. Perthankan jadwal mobilisasi 3. Dukung harapan klien dan keluarga untuk sembuh 4. Intruksikan klien dan keluarga tentang pengobatan nyeri dada 5. Intruksikan klien tentang latihan 6. Intruksikan klien dan keluarga unyuk tindak lanjut perawatan 7. Monitor pola tidur dan lamanya

	- Frekuensi pernafasan selama aktivitas dalam batas normal : 5 RR 16-20x/menit Keterangan : 1 : Sangat terancam 2 : Cukup terancam 3 : Terancam 4 : Kurang terancam 5 : Tidak terancam	istirahat 8. Monitor vital sign sebelum dan sesudah beraktivitas
--	---	---

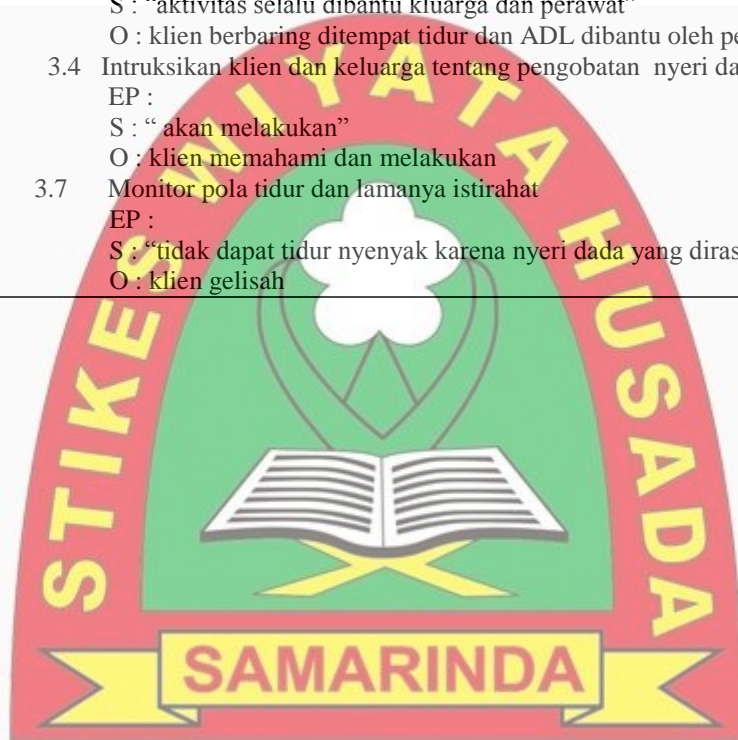
A. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Dari hasil implementasi pada hari rabu tanggal 05-12-2015 pada jam 15:30 sampai 14:15 yang saya dapatkan selama pasien berada diruang IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie samarinda pasien mengatakan nyeri dada sebelah kiri menjalar sampai belakang punggung dengan skala nyeri 7,tetapi setelah pasien ditangani oleh pihak tenaga medis di ruang IGD pasien mengatakan nyeri dadanya berkurang berkurang dari skala 7 menjadi skala 4.

No Dx	Hari/Tgl /Jam	Implementasi	Ttd
1	Rabu, 05 /12/2018 15.30	1.1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi EP : S : “ Nyeri dada sebelah kiri menjalar sampai kebelakang punggung dan keperut, skala nyeri 7, timbul secara terus menerus”. O : KU lemah, terpasang infus dan nasal kanul 3 lpm	Viny Ranisa
	15.45	1.1 Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan EP : S : “nyeri” O : Klien gelisah dan meringis menahan nyeri dada	
	14.00	1.1 Ajarkan teknik relaksasi napas dalam pada klien EP : S : “akan bersedia melakukan teknik nafas dalam” O : nyeri berkurang dari 7 menjadi 4	
	14.00	2.1 Monitor frekwensi, irama, kedalaman dan upaya pernafasan EP : S : “sesak” O : RR : 27/mnt, irama napas regular, pernapasan menggunakan otot pernapasan	
	14.05	2.2 Posisikan klien untuk memaksimalkan ventilasi EP : S : “nyaman dengan posisi yang dirasakannya O : posisi klien semifowler 2.5 Auskultasi suara nafas, catat adanya suara nafas tambahan	

14.08	EP : S : “Sesak” O : suara napas vesikuler, tidak ada suara napas tambahan 2.6 Monitor respirasi dan status O2 EP : S : “Sesak” O : SPO2 97%,RR 27x/menit 2.8 Monitor TTV EP : S : “nyeri kepala” O : TD: 180/90 mmHg, Nadi : 95x/menit, RR 27x/menit
-------	---

14.10	3.1 Monitor aktivitas klien EP : S : “aktivitas selalu dibantu keluarga dan perawat” O : klien berbaring ditempat tidur dan ADL dibantu oleh perawat 3.4 Intruksikan klien dan keluarga tentang pengobatan nyeri dada
14.12	EP : S : “ akan melakukan” O : klien memahami dan melakukan
14.15	3.7 Monitor pola tidur dan lamanya istirahat EP : S : “tidak dapat tidur nyenyak karena nyeri dada yang dirasakan” O : klien gelisah

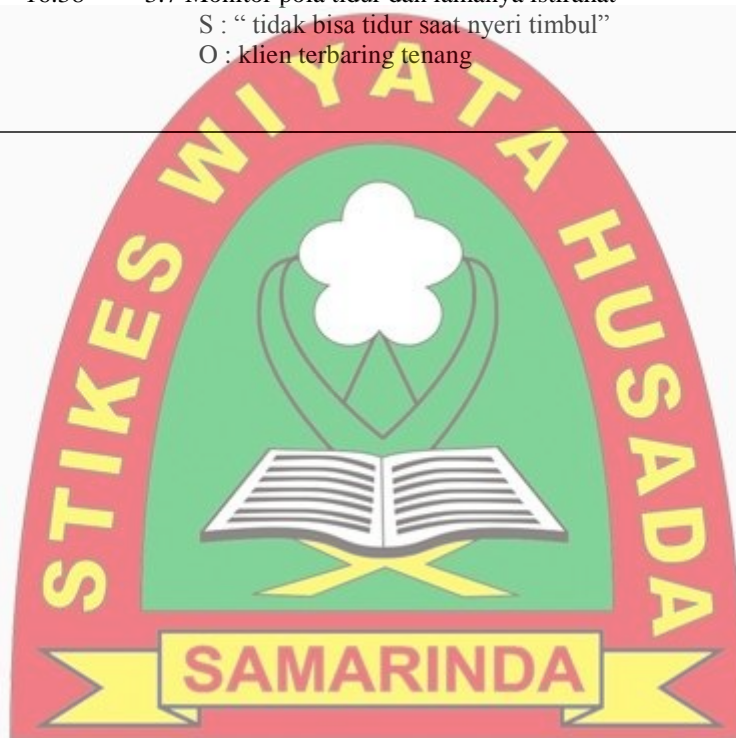


3.4 Implementasi keperawatan

Dari hasil implementasi pada tanggal 06-07 Desember 2015 pada hari kamis dan jum'at yang saya dapatkan setelah pasien dipindahkan dari ruang IGD menuju ruang Rawat Inap di Ruangan Anggrek pada jam 16:30 sampai 20:45 pasien mengatakan setelah diberi tindakan dari tenaga medis ruangan pada hari kamis pasien tidak ada mengeluhkan nyeri dada, klien tampak tenang dan RR yang didapatkan dari klien 26x/menit tetapi klien masih bisa merasakan sesak nafas jika klien terlalu banyak beraktivitas ataupun klien banyak bergerak dan hari selanjutnya klien mengatakan bahwa klien masih bisa merasakan sesak nafas dan klien masih dibantu dengan keluarga jika ingin beraktivitas ataupun ke kamar mandi tetapi setelah klien diberikan tindakan pengobatan dari perawat ruangan klien merasa sesak nafasnya berkurang, dan klien juga sudah diberikan tindakan jika klien mengalami nyeri nafas dalam.

No Dx	Hari/Tgl/Jam	Implementasi	Ttd
1	kamis 06/12/2018 16.30	1.1 Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi EP : S : tidak ada mengeluh nyeri dada pada hari ini O : klien tenang	Viny Ranisa
	16.30	1.1 Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan EP : S : - O : klien tampak tenang	
	16.30	1.7 Ajarkan teknik relaksasi napas dalam EP : S : melakukan teknik nafas dalam O : klien paham dan mengetahui teknik relaksasi napas dalam	
	16.35	2.1 Monitor frekwensi, irama, kedalaman dan upaya pernafasan EP : S : "Masih sesak" O : RR 26x/menit, irama vesikuler	
	16.35	2.2 Posisikan klien untuk memaksimalkan ventilasi EP : S : " Nyaman dengan posisi yang dirasakanya" O : posisikan klien semifowler	
	16.35	2.5 Auskultasi suara nafas, catat adanya suara nafas tambahan EP : S : - O : suara nafas vesikuler, tidak ada suara tambahan	
	16:35	2.6 Monitor respirasi dan status O2 EP : S : "Sesak" O : RR 26x/menit, SPO2 99%	
		2.8 Monitor TTV	

	16.35	<p>EP : S : “nyeri kepala” O : TD: 160/90 mmHg, Nadi : 87x/menit, RR 20x/menit</p>	
3	16.37	<p>3.1 Monitor aktivitas klien EP : S : “ Hanya bisa dibantu saat mau bergerak” O : klien dibantu ADL oleh perawat dan keluarga</p>	Viny Ranisa
	16.37	<p>3.4 Intruksikan klien dan keluarga tentang pengobatan nyeri dada EP : S : “nyeri dada berkurang setelah minum obat dan setelah melakukan tindakan terapi oksigen” O : klien melakukan teknik relaksasi nafas dalam</p>	
	16.38	<p>3.7 Monitor pola tidur dan lamanya istirahat S : “ tidak bisa tidur saat nyeri timbul” O : klien terbaring tenang</p>	



No Ds	Hari/Tgl/Jam	Implementasi	Ttd
1	Jum'at, 07/12/2018 20.30	1.1 Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi EP : S : “ tidak ada nyeri yang dirasakan “ O : klien nampak tenang	Viny Ranisa
	20.30	1.2 Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan EP : S : - O : klien tampak lebih rileks dari hari sebelumnya	
	20.30	1.7 Ajarkan teknik relaksasi napas dalam EP : S : “paham dan mengetahui teknik relaksasi napas dalam Dan akan melakukan relaksasi napas dalam saat rasa nyeri yang dirasa” O : klien melakukan teknik relaksasi nafas dalam	
2	20.35	2.1 Monitor frekwensi, irama, kedalaman dan upaya pernafasan EP : S : “sesak” O : irama pernapasan vesikuler, RR 26x/menit	Viny Ranisa
	20.35	2.1 Posisikan klien untuk memaksimalkan ventilasi EP : S : “ nyaman dengan posisi yang dirasakannya” O : memposisikan klien semifowler	
	20.35	2.5 Auskultasi suara nafas, catat adanya suara nafas tambahan EP : S : - O : tidak ada suara napas tambahan	
	20.35	2.6 Monitor respirasi dan status O2 EP : S : “masih sesak “ O : spo2 96%, RR 26x/i	
	20.38	2.8 Monitor TTV EP : S : “ Tidak pusing lagi” O : TD: 120/90 mmHg, Nadi : 83x/menit, RR 26x/menit	
3	20.40	3.1 Monitor aktivitas klien EP : S : “ masih sedikit dibantu keluarga saat kekmara mandi” O : klien sudah dapat duduk sndiri	Viny Ranisa
	20.45	3.4 Intruksikan klien dan keluarga tentang pengobatan nye dada EP : S : nyeri dada berkurang setelah minum obat dan relaksasi nafas dalam O : klien melakukan relaksasi nafas dalam	

B. EVALUASI KEPERAWATAN

Dari hasil evaluasi selama klien masih berada diruang IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie dari hari pertama pada tanggal 05-Desember 2018 hari rabu pada jam 12:00 klien mengatakan kalau klien masih merasakan nyeri pada dada sebelah kiri menjalar ke punggung dengan skala nyeri skala 7 menjadi skala 3 dan saat klien masih diruang IGD klien diberi tindakan oleh tenaga medis dan sesekali klien memejamkan matanya jika saat nyeri datang,,tetapi saat klien diberikan tindakan oleh dokter dan perawat masalah nyeri klien teratasi.

3.5 Evaluasi keperawatan

Hari Pertama, Implementasi Pertama		
No	Tgl/Jam	Evaluasi
1	Rabu 05/12/2018 12.00	<p>S : "dada saya terasa nyeri sebelah kiri menjalar ke punggung dan keperut, Seperti ditusu-tusukt, skala nyeri berkurang dari 7 menjadi 6, nyeri terus menerus"</p> <p>O : Klien memejamkan mata saat nyeri datang, Klien menunjukkan area nyeri dengan memegang dada kirinya, Klien tampak rileks setelah diberikan obat dan terapi relaksasi oksigen, TD 180/90 mmHg, Nadi 95 x/menit, RR 40x/menit, Temp 36,5°C, SpO2 97 %.</p> <p>A : Masalah keperawatan nyeri belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>1.1 Lakukan pengkajian secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi</p> <p>1.2 Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan</p> <p>1.3 Ajarkan teknik relaksasi napas dalam dan berikan terapi oksigen 3lpm</p>
2	12.00	<p>S : "Sesak masih ada dan Badan masih lemah"</p> <p>O : RR 27 x/menit, SPO2 97%, Irama nafas regular, Tidak ada retraksi pada dinding dada, Tidak ada ronchi atau wheezing pada paru, dan Terpasang oksigen nasal kanul 5 lpm, posisi head up 30-45 °</p> <p>A : Klien belum menunjukkan keefektifan status pernapasan</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>2.1 Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya pernafasan</p> <p>2.2 Posisikan klien untuk memaksimalkan ventilasi</p> <p>2.3 Auskultasi suara nafas, catat adanya suara nafa</p>

		<p>tambahan</p> <p>2.4 Monitor respirasi dan status O2</p> <p>2.8 Monitor TTV</p>
3	12.00	<p>S :</p> <p>“Badan saya masih merasa lemah dan mudah lelah saat beraktivitas”.</p> <p>O :</p> <p>Klien melakukan ADL dengan bantuan perawat atau keluarga, Klien banyak melakukan aktivitas dengan istirahat berbaring di tempat tidur, TD 180/90 mmHg, Nadi 95 x/menit, RR 27x/menit, Temp 36,5 °C, SpO2 : 97 %</p> <p>A :</p> <p>Toleransi terhadap aktifitas belum efektif</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>3.1 Monitor aktivitas klien</p> <p>3.4 Intruksikan klien dan keluarga tentang pengobatan nyeri dada</p> <p>3.7 Monitor pola tidur dan lamanya istirahat</p>

Hari Kedua, Implementasi Ke 2

No	Tgl/Jam	Evaluasi
1	Kamis 06/12/2018 17.00	<p>S :</p> <p>Saya tidak ada merasakan nyeri pada hari ini</p> <p>O :</p> <p>Ekspresi wajah klien tidak menunjukkan ada nyeri, Kien tampak rileks istirahat ditempat tidurnya, dan vital sign TD 160/90 mmHg, Nadi 87 x/menit, RR 26x/menit, Temp 36 °C, SpO2 99 %.</p> <p>A :</p> <p>Nyeri teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>1.1 Lakukan pengkajian secara komprehensif termaksud lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi</p> <p>1.2 Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan</p> <p>1.7 Ajarkan teknik relaksasi napas dalam</p>
2	17.00	<p>S :</p> <p>“Sesak saya masih ada dan terasa cepat”</p> <p>O :</p> <p>RR 26x/menit, SpO2 99%, Irama nafas regular, Tidak ada retraksi pada dinding dada, Tidak ada ronchi atau wheezing pada paru dan terpasang oksigen nasal kanul 5 lpm, posisi head up 30-45 °</p> <p>A :</p> <p>Status pernapasan klien belum efektif</p> <p>P : Lanjutkan internensi</p> <p>2.1 Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya pernafasan</p> <p>2.2 Posisikan klien untuk memaksimalkan ventilasi</p> <p>2.4 Auskultasi suara nafas, catat adanya suara</p>

		<p>nafas tambahan 2.4 Monitor respirasi dan status O2 2.8 Monitor TTV</p>
3	17.00	<p>S : “Badannya masih merasa lemah dan Mudah lelah saat beraktivitas”.</p> <p>O : Klien melakukan ADL dengan bantuan perawat atau keluarga, Klien banyak melakukan aktivitas dengan istirahat berbaring di tempat tidur dan vital sign TD 160/90 mmHg, Nadi 87 x/menit , RR 26x/menit, Temp 36,5 °C, SpO2 99 %.</p> <p>A : Belum dapat toleransi terhadap aktifitas</p> <p>P : Lanjutkan intervensi 3.1 Monitor aktivitas klien 3.4 Intruksikan klien dan keluarga tentang pengobatan nyeri dada 3.7 Monitor pola tidur dan lamanya istirahat</p>

Hari Keempat, Implementasi Ke 3

No	Tgl/Jam	Evaluasi
1	Jum”at 07/12/2018 22.00	<p>S : “Sudah tidak merasakn nyeri lagi hanya sesak saja yang masih”</p> <p>O : Kien tampak rileks setelah diberikan obat dan terapi relaksasi benson dan TD 120/90 mmHg, Nadi 83 x/menit , RR 26x/menit, Temp 36,5 °C, SpO2 100 %.</p> <p>A : Nyeri mampu dikontrol dengan baik</p> <p>P : pertahankan intervensi 1.1 Lakukan pengkajian secar komprehensif tentang manajemen nyeri 1.2 Observasi reaksi non verbal dari tidak kenyamanan 1.7 Ajarkan teknik relaksasi napas dalam</p>
2	22.00	<p>S : “Sesak napas saya sudah berkurang”</p> <p>O : RR 26x/menit, SpO2 100%, Irama nafas regular, Tidak ada retraksi pada dinding dada, Tidak ada ronchi atau wheezing pada paru, posisi head up 30-45°</p> <p>A : Klien menunjukkan perbaikan Status pernapasan yang efektif</p> <p>P : Lanjutkan intervensi 2.1 Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya pernafasan 2.2 Posisikan klien untuk memaksimalkan ventilasi 2.3 Auskultasi suara nafas, catat adanya suara nafas tambahan 2.4 Monitor respirasi dan status O2</p>

		2.8 Monitor TTV
3	22.00	<p>S : “sudah merasa lebih enakan dari hari kemarin”.</p> <p>O : Klien melakukan ADL sendiri, dan TD 120/90 mmHg, Nadi 83 x/menit , RR 26x/menit, Temp 36,5°C, SpO2 100%</p> <p>A : Klien dapat bertoleransi terhadap aktivitas</p> <p>P : Lanjutkan intervensi 3.1 Monitor aktivitas klien 3.7 Monitor pola tidur dan lamanya istirahat</p>

1. Gambaran kasus resume di IGD

1. Sistem Respiratori

Dalam laporan ini di uraikan laporan pada klien kasus gangguan sistem respiratori asma dan TB paru yang datang ke IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie dimana pelaksanaan asuhan keperawatan meliputi pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, intervensi dan evaluasi yang akan diuraikan.

- a. Hasil pengkajian dan observasi di IGD terdapat 7 kasus asma dengan keluhan utama yang datang dengan sesak nafas dan batuk berdahak, suara tambahan ronkhi, wheezing, irama nafas cepat, dengan rata-rata RR 34x/menit dan Spo2. 90-94% . sedangkan pada kasus TB paru klien datang dengan keluhan sesak nafas
- b. Pada pengkajian dan observasi di IGD klien yang datang dengan keluhan sesak nafas sebanyak 4 orang dengan suara tambahan seperti rokhi, wheezing,irama nafas cepat dengan rata-rata RR 34x/menit dan Spo2 = 90-94%
- c. Sedangkan dengan keluhan sesak nafas dan batuk berdahak sebanyak 3 orang
- d. *Primer Survey*

Pada pengkajian primer pasien gangguan sistem respirasi di airway, jalan napas paten, tidak adanya obstruksi, suara napas wheezing. Pada pemeriksaan breathing, gerakan dada simetris, irama napas cepat, pola napas tidak teratur, terdapat retraksi dada, RR = 34x/menit Spo2= 90%. Pada sirkulasi, HR teraba, tidak

terjadinya sianosis, CRT < 2 detik, dan tidak adanya perdarahan. Dan pada disability, pasien dalam keadaan composmentis dengan GCS 15 yaitu *eye* = 4, *verbal* = 5, *motoric* = 6, pupil isokor dan reflek cahaya ada.

e. Analisa data sampai evaluasi keperawatan

Berdasarkan dari data hasil pengkajian yang telah dilakukan, kemudian dilakukan analisa data dan penegakan diagnose keperawatan yang sesuai yang dialami dengan masalah pasien, hasil analisa data terdapat dibawah ini :

Masalah keperawatan yang menjadi prioritas utama pada klien yaitu ketidakefektifan pola napas. Tujuan umum asuhan keperawatan yang dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8 jam diharapkan sesak napas dapat berkurang. Dimana kriteria hasil yang diharapkan dari tujuan tindakan keperawatan ini yaitu dyspnea (5), batuk (5), irama pernapasan (5), yang dimana diberikan intervensi pemberian terapi oksigen, bantuan pemberian mask nebulator, dan dapat menggunakan tindakan non-farmakologi. Oleh sebab itu untuk mencapai tujuan tersebut, maka rencana intervensi keperawatan yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah sesak napas pada klien yaitu memberikan pemberian posisi tripod dan posisi semi fowler, meningkatkan istirahat yang adekuat, dapat mengurangi sesak napas.

Adapun implementasi keperawatan utama yang dilakukan untuk mengatasi masalah sesak napas yaitu melakukan tindakan non-farmakologi memberikan posisi tripod dan posisi semi fowler serta memberikan oksigen aliran rendah berfungsi untuk meningkatkan indeks resistensi udara dan mengoptimalkan diafragma. Intervensi diberikan selama di ruang IGD, intervensi keperawatan dapat berjalan sesuai target yang direncanakan.

Klien tidak memiliki keluhan terkait dengan intervensi yang dilakukan. Hasil dari intervensi yang dilakukan, didapatkan adanya perubahan sesak napas setelah diberikan posisi tripod dan posisi semi fowler serta oksigen aliran rendah. Evaluasi subjektif yang didapatkan

yaitu klien merasa nyaman dan rasa sesak napas berkurang, sedangkan hasil objektif didapatkan hasil kembali normal.

2. Sistem Muskuloskeletal

Dalam laporan ini di uraikan laporan pada klien kasus gangguan sistem muskuloskeletal dengan fraktur yang datang ke IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie dimana pelaksanaan asuhan keperawatan meliputi pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, intervensi dan evaluasi yang akan diuraikan.

Hasil pengkajian dan observasi di IGD terdapat 6 kasus fraktur dengan keluhan utama yang datang dengan nyeri di bagian fraktur dengan skala nyeri 1-10 rata-rata skala nyeri 6-8 .

a. Primer *Survey*

Pada pengkajian primer pasien gangguan sistem muskuloskeletal di airway, jalan napas paten, tidak adanya obstruksi, suara napas normal. Pada pemeriksaan breathing, gerakan dada simetris, irama napas vesikuler, pola napas teratur, RR = 20x/menit Spo2 = 96-99%. Pada sirkulasi, HR teraba, tidak terjadinya sianosis, CRT < 2 detik, dan tidak adanya perdarahan. Dan pada disability, pasien dalam keadaan composmentis dengan GCS 15 yaitu *eye* = 4, *verbal* = 5, *motoric* = 6, pupil isokor dan reflek cahaya ada.

b. Analisa data sampai evaluasi keperawatan

Berdasarkan dari data hasil pengkajian yang telah dilakukan, kemudian dilakukan analisa data dan penegakan diagnose keperawatan yang sesuai yang dialami dengan masalah pasien, hasil analisa data terdapat dibawah ini :

2. Sistem kardiovaskuler

Dalam laporan ini diuraikan laporan pada klien dengan kasus gangguan sistem kardiovaskuler yang terdiri dari ACS Stemi yang datang ke IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie yang dimana pelaksanaan asuhan keperawatan meliputi pengkajian, analisa data, diagnose keperawatan, intervensi dan evaluasi yang akan diuraikan. Pengkajian dilakukan dan didapatkan data sebagai berikut :

a. Dari hasil pengkajian dan observasi di IGD terdapat kasus ACS yang dimana keluhan utama datang dengan nyeri dada sebelah kiri sampai punggung belakang, yang dimana nyeri dada terasa tertekan, nyeri terasa terus menerus. Skala nyeri dimana dari 1-10 berada di skala 5.

b. *Primer survey*

Pada pengkajian primer pasien dengan gangguan sistem respirasi di airway, jalan napas paten, tidak adanya obstruksi, suara napas wheezing. Pada pemeriksaan breathing, gerakan dada simetris, irama napas cepat, pola napas tidak teratur, retraksi dada ada, RR = 23x/l, SpO₂ = 98%. Pada sirkulasi, HR teraba, tidak terjadinya sianosis, CRT < 2 detik, dan tidak adanya perdarahan. Dan pada disability, pasien dalam keadaan CM dengan GCS 15 yaitu eye = 4, verbal = 5, motoric = 6, pupil isokor dan reflek cahaya ada.

c. *Analisa data sampai evaluasi keperawatan*

Berdasarkan dari data hasil pengkajian yang telah dilakukan, kemudian dilakukan analisa data dan penegakan diagnose keperawatan yang sesuai yang dialami dengan masalah pasien, hasil analisa data terdapat masalah keperawatan yaitu nyeri akut b.d agen cedera biologis.

Masalah keperawatan yang menjadi prioritas utama pada klien yaitu nyeri akut. Tujuan umum asuhan keperawatan yang dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8 jam diharapkan nyeri dapat berkurang. Dimana kriteria hasil yang diharapkan dari tujuan tindakan keperawatan ini yaitu mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik non-farmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan), melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri, tanda vital dalam rentang normal yang dimana diberikan intervensi lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan, gunakan teknik komunikasi

terapeutik, kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri, dan dapat menggunakan tindakan non-farmakologi. Oleh sebab itu untuk mencapai tujuan tersebut, maka rencana intervensi keperawatan yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah nyeri pada klien yaitu memberikan pemberian posisi, meningkatkan istirahat yang adekuat, memberikan terapi relaksasi napas dalam, dapat mengurangi nyeri.

Adapun implementasi keperawatan utama yang dilakukan untuk mengatasi masalah nyeri yaitu melakukan tindakan non-farmakologi memberikan posisi serta memberikan terapi relaksasi napas dalam berfungsi untuk mengurangi nyeri. Intervensi diberikan selama di ruang IGD, intervensi keperawatan dapat berjalan sesuai target yang direncanakan.

Klien tidak memiliki keluhan terkait dengan intervensi yang dilakukan. Hasil dari intervensi yang dilakukan, didapatkan adanya perubahan nyeri setelah diberikan memberikan posisi serta memberikan terapi relaksasi napas dalam. Evaluasi subjektif yang didapatkan yaitu klien merasa nyaman dan rasa nyeri berkurang, sedangkan hasil objektif didapatkan hasil kembali normal skala menurun dari 5 ke 2.

3. Sistem Endokrin

- a. Hasil pengkajian dan observasi di IGD terdapat kasus gas gangren dengan keluhan utama yang datang dengan nyeri kaki bagian kanan, nyeri terasa tertusuk-tusuk secara terus menerus dengan skala nyeri 6.
- b. Pada pengkajian dan observasi klien datang dengan keluhan dengan diabetes melitus (Ganggren) sebanyak 2 orang dengan keluhan yang berbeda. Yang pertama dengan keluhan nyeri pada telapak kakii kanan dan terdapat nanah pada lukanya
Keadaan Umum Kesadaran :Compos Mentis, Penampilan: Lemah, Tanda-Tanda Vital : T = 140/90 mmHg, Nadi = 84 x/menit, R = 24 x/menit, S = 36,8°

c. *Primer Survey*

Pada pengkajian primer pasien gangguan sistem endokrin di airway, jalan napas paten, tidak adanya obstruksi, suara napas normal. Pada pemeriksaan breathing, gerakan dada simetris, irama napas normal, pola napas teratur, terdapat retraksi dada, RR = 20x/menit Spo2 = 98%. Pada sirkulasi, HR teraba, tidak terjadinya sianosis, CRT < 2 detik, dan tidak adanya perdarahan. Dan pada disability, pasien dalam keadaan composmentis dengan GCS 15 yaitu *eye* = 4, *verbal* = 5, *motoric* = 6, pupil isokor dan reflek cahaya ada.

d. Analisa data sampai evaluasi keperawatan

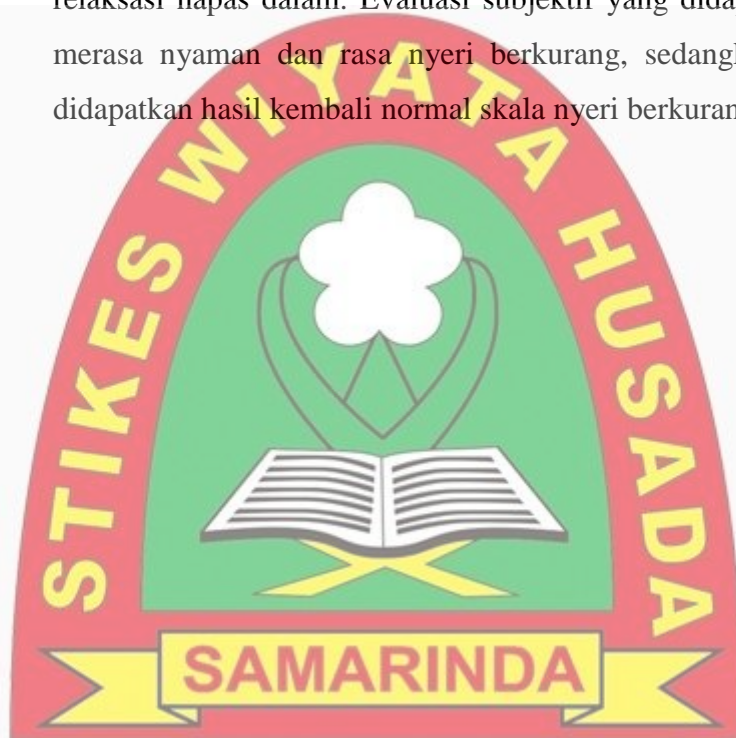
Berdasarkan dari data hasil pengkajian yang telah dilakukan, kemudian dilakukan analisa data dan penegakan diagnose keperawatan yang sesuai yang dialami dengan masalah pasien, hasil analisa data terdapat dibawah ini :

Masalah keperawatan yang menjadi prioritas utama pada klien yaitu nyeri akut tujuan utama asuhan keperawatan yang dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8 jam diharapkan nyeri dapat berkurang. Dimana kriteria hasil diharapkan dari tujuan tindakan keperawatan ini yaitu melaporkan nyeri berkurang, dapat mengidentifikasi aktivitas yang dapat menyebabkan nyeri yang dimana diberikan intervensi lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, ajarkan klien tindakan non-farmakologi, atur posisi mencapai tujuan tersebut, maka rencana intervensi keperawatan yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah nyeri pada klien yaitu memberikan posisi, meningkatkan istirahat yang adekuat, memberikan terapi relaksasi nafas dalam, dapat mengurangi nyeri.

Intervensi keperawatan yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah nyeri pada klien yaitu pemberian posisi, meningkatkan istirahat yang adekuat, memberikan relaksasi napas dalam, dapat mengurangi nyeri.

Adapun implementasi keperawatan utama yang dilakukan untuk mengatasi masalah nyeri yaitu melakukan tindakan non-farmakologi memberi posisi serta serta memberikan terapi relaksasi nafas dalam berfungsi untuk mengurangi nyeri. Intervensi diberikan selama di ruang IGD, intervensi keperawatan dapat berjalan sesuai target yang direncanakan.

Klien tidak memiliki keluhan terkait dengan intervensi yang dilakukan hasil dari intervensi yang dilakukan, didapatkan adanya perubahan nyeri setelah diberikan posisi serta memberikan terapi relaksasi napas dalam. Evaluasi subjektif yang didapatkan yaitu klien merasa nyaman dan rasa nyeri berkurang, sedangkan hasil objektif didapatkan hasil kembali normal skala nyeri berkurang dari 6 ke 3.



BAB IV

PEMBAHASAN

A. Profil Lahan Praktek

1. Profil dan Sejarah RSUD Abdul Wahab Sjahranie

RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda dibangun tahun 1933, kepunyaan Kerajaan Kutai (*Landschap* = Kerajaan, sehingga diberi nama *Landschap Hospital*) terletak di Juliana atau Emma Straat (sekarang jalan Gurami). Sesuai dengan tuntutan perkembangan kebutuhan RSU dipindahkan dari Selili ke jalan Dr. Soetomo pada tanggal 12 November 1977, yang tahap pertama dimulai dengan pemindahan poliklinik (rawat jalan) lebih dahulu. Setelah 7 tahun kemudian tepatnya 21 Juli 1984, keseluruhan pelayanan RSU dipindahkan ke jalan Dr. Soetomo, dan tanggal 22 Februari 1986 diresmikan sebagai Rumah Sakit Umum Abdul Wahab Sjachranie.

2. Fasilitas RSUD Abdul Wahab Sjahranie

Sebagai rumah sakit yang baik dan demi tercapainya pelayanan yang optimal, maka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda dilengkapi berbagai fasilitas yaitu fasilitas air bersih, fasilitas listrik, fasilitas gas, fasilitas telekomunikasi dan fasilitas pengolahan air limbah.

3. Program Unggulan, Sikap dan Jenis pelayanan

Program unggulan, sikap dan jenis pelayanan di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda meliputi:

- a. Program Unggulan: pelayanan jantung, revolving fund system, subsidi silang, mother and baby friend hospital dan bisnis strategi
- b. Sikap: Senyum, Sapa, Salam dan Ucapan terima kasih
- c. Jenis pelayanan meliputi 34 macam pelayanan yaitu:
poli kebidanan dan kandungan, poli penyakit dalam, poli anak, poli bedah umum, poli bedah tulang, poli bedah saraf, poli bedah urologi, poli saraf, poli penyakit kulit dan kelamin, poli paru, poli THT, poli mata, poli jantung, poli gigi dan mulut, poli keluarga berencana, poli gizi, poli laktasi, poli khusus karyawan, rehabilitasi medik, instalasi gawat darurat, radiologi: USG C-T Scan, hyperthermia, MRI, angiografi, patologi klinik, patologi anatomi,

hemodialisa, instalasi kedokteran, kehakiman, instalasi farmasi, rujukan spesialis ke rumah sakit tipe C, D, puskesmas, layanan paviliun teratai, ambulance 118 emergency dan layanan kesehatan diluar rumah sakit.

4. Jenis Bangunan RSUD Abdul Wahab Sjahranie

Jenis bangunan yang ada di RSUD Abdul Wahab Sjahranie meliputi gedung: Administrasi, Poliklinik, Radiologi, OK Sentral, OK IGD, Laundry, Gizi dan Farmasi, IPSRS, Hemodialisa, Fisioterapi, Paviliun Teratai 1,2,3,4, Paviliun Sakura, Laboratorium, Perawatan (Mawar, Cempaka, Anggrek, Melati, Flamboyan, Seruni, Angsoka dan Dahlia), PICU/NICU, ICU dan IRD, unit stroke.

RSUD Abdul Wahab Sjahranie memiliki ruang Instalasi Gawat Darurat yang berkapasitas 36 tempat tidur. IGD Ini dilengkapi pula dengan 5 unit mobil ambulance yang terdiri dari 2 unit paramedis dan 3 unit transportasi.

IRD dikepalai oleh seorang kepala Instalasi Ruang IGD juga memiliki seorang kepala Ruangan, 14 dokter umum, 62 orang perawat dan 5 orang bidan. Ruang pelayanan untuk melayani pasien IGD dibagi menjadi 7 ruangan yaitu pelayanan triage, Resusitasi, observasi pelayanan bedah, Non-Bedah, ruang dekontaminasi dan luka Bakar dan ruang minor. Pengambilan data di ruangan Bedah.

B. Pembahasan

BAB IV dalam karya tulis ini akan dijelaskan mengenai pembahasan yang akan menguraikan hasil analisa dan perbandingan antara teori dan aplikasi yang terdapat dilapangan. Pembahasan ini berisi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

1. Pengkajian kelolaan utama

Pengkajian adalah pemikiran dasar yang bertujuan untuk mengumpulkan data tentang klien, agar dapat mengidentifikasi, mengenal masalah-masalah kebutuhan kesehatan dan keperawatan klien, baik fisik, mental, sosial dan lingkungan (Dermawan, 2012).

Tahap ini penulis menggunakan metode wawancara kepada keluarga dan pasien, metode observasi, metode studi dokumentasi yang mana penulis mengambil data dari catatan medis pasien. Dimana catatan medis itu berisi riwayat kesehatan pasien, program terapi dan data penunjang lainnya yang berhubungan dengan perkembangan kesehatan pasien (Dermawan, 2012).

Data yang mendukung pada keluhan utama pasien nyeri yaitu pola fungsi kognitif dan perceptual dengan melakukan pengkajian nyeri dikutip dalam jurnal Saputro (2012) menggunakan P, Q, R, S, T (*Provoking, Quality, Region, Scale, Time*) pasien mengatakan nyeri pada dada P: pasien mengatakan nyeri timbul saat digunakan bangun, Q: nyeri seperti ditekan beban yang berat, R: nyeri didaerah dada kiri, S: skala nyeri 5, T: nyeri hilang timbul.

Saat dikaji pada tanggal 09 Maret 2015 jam 15.00 siang kondisi pasien lemah, tekanan darah 140/100 mmHg, nadi 120 kali per menit, pernafasan 40 kali per menit, suhu 36.8 °C, terpasang infus RL 20 tpm ditangan kanan serta terpasang DC.

Dari hasil pemeriksaan tanda-tanda vital pada Tn. K ditemukan tekanan darah dan nadi mengalami peningkatan. Secara teori hasil pemeriksaan *vital sign* pada pasien dengan IMA menunjukkan adanya peningkatan tekanan darah dan peningkatan nadi (Wajan, 2010).

Pengkajian fungsional gordon didapatkan hasil pasien mengatakan nyeri pada dada seperti terbakar sejak 6 jam sebelum masuk rumah sakit dirasakan kurang lebih 20 menit, tidak menjalar, badan terasa lemas, kepala pusing, keluar keringat dingin, mual. Pasien tampak memegang dada saat disuruh bangun pasien tampak meringis kesakitan. Pasien mengatakan sesak napas bertambah berat saat bergerak dari berbaring ke duduk.

Hasil pengkajian pada Tn. K tersebut sesuai dengan teori Kasron (2012), keluhan yang biasa ditemukan pada pasien IMA adalah nyeri dada seperti tertekan dan panas, nyeri menyebar ke rahang, leher, tangan, bahu dan punggung, lemah, mual, muntah, sesak, pusing, keringat dingin, berdebar-debar atau *sinkope*, klien gelisah dan cemas.

Infark adalah kematian jaringan yang disebabkan oleh *iskemia* (Philip & Jeremy, 2008). *Miokard* adalah lapisan otot jantung, yang bertanggung jawab untuk tindakan pemompaan jantung, yang memasok seluruh tubuh dengan darah (Philip & Jeremy, 2008).

Infark miokard akut (IMA) adalah suatu keadaan kematian jaringan otot jantung akibat ketidakseimbangan antara kebutuhan dan suplai oksigen yang terjadi secara mendadak. Penyebab paling sering adalah adanya sumbatan jantung. Sehingga terjadi gangguan aliran darah yang diawali dengan *hipoksia miokard* dan mengakibatkan nyeri muncul (Kasron, 2012).

Nyeri dada yang tiba-tiba dan berlangsung terus-menerus, terletak di bagian bawah sternum dan perut atas, adalah gejala utama yang biasanya muncul. Nyeri akan terasa semakin berat sampai tidak tertahankan.

Rasa nyeri yang semakin tajam dan berat, bisa menyebar sampai ke bahu dan lengan biasanya lengan kiri. Tidak seperti nyeri *angina*, nyeri ini muncul secara spontan (bukan setelah bekerja berat atau gangguan emosi) dan menetap selama beberapa jam sampai beberapa hari dan tidak akan hilang dengan istirahat maupun nitrogliserin. Pada beberapa kasus bisa menjalar ke dagu dan leher. Nyeri sering disertai dengan nafas pendek, berkeringat dingin, pusing dan kepala ringan, dan mual serta muntah (Brunner & Suddart, 2002).

Hasil pengkajian riwayat kesehatan keluarga menunjukkan tidak ada yang memiliki riwayat penyakit jantung dan penyakit keturunan lain. Menurut Kasron (2012), riwayat anggota keluarga sedarah yang mengalami PJK sebelum usia 70 tahun merupakan faktor risiko independent untuk terjadinya PJK. *Agregasi PJK* keluarga menandakan adanya *predisposisi genetic* pada keadaan ini. Terdapat bukti bahwa riwayat positif pada keluarga mempengaruhi onset penderita PJK pada keluarga dekat. Artinya penyakit jantung dengan *genetic*/keturunan ada hubungan dan saling berkaitan.

Pengambilan riwayat pasien dilakukan dalam dua tahap: (1) riwayat penyakit sekarang, dan (2) riwayat penyakit dahulu serta riwayat kesehatan keluarga, khususnya yang berhubungan dengan insiden penyakit jantung dalam keluarga. Riwayat terdahulu sering dapat memberikan informasi penting mengenai faktor risiko yang dimiliki pasien terhadap penyakit jantung *koroner* (Brunner & Suddart, 2002).

Hasil pengkajian primer *airway*: paten, *breathing*: terjadinya peningkatan dengan pernafasan 40 kali per menit, *circulation*: nadi 112 kali per menit, tekanan darah 140/100 mmHg, *disability*: GCS: *composmentis* E= 4, V= 5, M= 6, *exposure*: suhu 36,8 °C. Pada pasien IMA sesak nafas muncul dikarenakan adanya sumbatan arteri pembuluh jantung sehingga menyumbat aliran darah ke jaringan otot jantung.

Bahkan mempersempit dan menyumbat suplai aliran darah ke arteri bagian distal. Kondisi ini menimbulkan keluhan nyeri yang hebat akibat berkurangnya suplai oksigen ke jaringan. Kompensasi tubuh untuk memenuhi suplai oksigen adalah dengan upaya peningkatan ventilasi (*hiperventilasi*), sehingga pasien terlihat sesak nafas (Kasron, 2012).

Perubahan tekanan darah dan *haterate* dikarenakan *aritmia* yang lazim ditemukan pada fase akut IMA. Hal ini dapat pula dipandang sebagai bagian perjalanan penyakit IMA. *Aritmia* perlu diobati bila menyebabkan gangguan hemodinamik, faktor predisposisi untuk terjadinya *aritmia* yang lebih gawat seperti *takikardia ventrikel*, *fibrilasi ventrikel* atau *asistol* maka dilakukan terapi oksigenasi untuk meningkatkan kebutuhan oksigen *miokard* (Kasron, 2012).

Hasil pengkajian eliminasi pada Tn. K dengan IMA yaitu tidak ada edema dan bising usus 12 kali per menit. Hal tersebut sesuai dengan teori Potter & Perry (2005) pada pasien IMA biasanya terjadi edema sehingga menyebabkan bising usus menurun.

Hasil pengkajian pola aktivitas dan latihan pada Tn. K dengan IMA seperti makan, berpakaian, mobilitas ditempat tidur, berpindah dibantu dengan orang lain, toileting dibantu dengan orang lain dan alat. Hal tersebut sesuai dengan teori Potter & Perry (2005) pada aktivitas pasien mengalami kelemahan, kelelahan, tidak dapat tidur, pola hidup menetap, jadwal olahraga tidak teratur.

Hasil pengkajian persepsi dan konsep diri, peran dan hubungan, seksual reproduksi, mekanisme koping dalam kondisi baik. Berdasarkan teori Dermawan (2012) dalam hubungan peran dan seksual reproduksi pada pasien dengan IMA mengalami masalah. Pada hubungan peran, peran utama dan tanggung jawab pasien terhambat karena pasien sebagai kepala rumah tangga tidak mampu melakukan aktivitas fisik seperti biasanya lagi, dikarenakan sakit yang dialami. Pada seksual reproduksi rasa tidak puas yang dirasakan pasien pada tahap dan pola reproduksi.

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada pasien IMA. Hasil pemeriksaan penunjang pada pasien ini menunjukkan adanya ST *elevasi* di lead II, III aVF, kesimpulan: *iskemia* menunjukkan *inferior* adanya *aritmia*. Berdasarkan hasil EKG *haterate* 111 kali per menit dan menunjukkan adanya sinus *takikardi*. Hal tersebut sesuai dengan teori Wajan (2010) pemeriksaan EKG: *segmen elevasi*, gelombang T *inversi*, gelombang Q *patologis*. *Elektrokardiogram* (EKG) merupakan suatu gambaran grafik hasil rekaman aktifitas listrik jantung. Gambaran grafik ini dapat direkam dengan memasang elektroda-elektroda pada beberapa bagian permukaan tubuh. EKG mempunyai fungsi diagnostik diantaranya: *aritmia* jantung, *hipertrofi atrium* dan *ventrikel*, *iskemik* dan *infark miokard*, efek obat-obatan seperti (*digitalis*, anti *aritmia* dll), gangguan keseimbangan elektrolit khususnya kalium, penilaian fungsi pacu jantung (Sidik & Reni, 2010).

Terapi yang diterima pasien selama di IGD adalah terapi yang diberikan pada tanggal 05 Desember 2018. *Intra vena* Infus RL 20 tetes per menit cairan parenteral fungsinya untuk memenuhi kebutuhan cairan pada tubuh, obat oral *captropil* 6,25 mg/8 jam termasuk anti *hipertensi* berfungsi untuk menurunkan tekanan *sistolik*, *Dinitrate* 5mg/8 jam termasuk golongan

antidisritmia berfungsi untuk menurunkan serangan akut *angina pectoris*, *bricasma* 2,5mg/8 jam termasuk golongan anti asma berfungsi untuk meringankan saluran pernafasan, *aspilet* 80mg/8 jam termasuk golongan *analgesic* non narkotik berfungsi untuk sakit kepala, nyeri pada otot dan sendi, *simvastatin* 20mg/24 jam termasuk golongan penurun *kolesterol* berfungsi untuk mengurangi kadar kolesterol dalam tubuh, injeksi *arixtra* 2,5 mg/24 jam golongan *antikoagulan* berfungsi untuk mencegah *tromboemboli vena* (ISO, 2009).

Pengkajian merupakan inti dari berpikir kritis dan pemecahan masalah klinik. Setelah mengumpulkan dan memvalidasi data subyektif dan obyektif serta menginterpretasikan data, penulis melakukan analisa data dan mengelompokkan sesuai dengan data yang didapatkan dari hasil pengkajian (Potter & Perry, 2005).

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan pertama yang ditegakkan adalah penilaian klinik mengenai respon individu, keluarga dan komunitas terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual potensial merupakan dasar untuk memilih intervensi keperawatan untuk mencapai hasil yang merupakan tanggung jawab perawat (Dermawan, 2012).

Diagnosa keperawatan pertama pada Tn. K dengan IMA yaitu nyeri akut berhubungan dengan *agen cedera biologis (iskemik)*, penurunan suplai oksigen ke otot jaringan *miokard*). Nyeri akut adalah pengalaman *sensorik* dan emosional yang tidak menyenangkan dan muncul akibat kerusakan jaringan aktual atau potensial atau gambaran dalam hal kerusakan sedemikian rupa (*international for the study of pain*), awitan yang tiba-tiba atau perlahan dari intensitas ringan sampai berat dengan akhir yang dapat di *antisipasi* atau dapat diramalkan dan durasinya kurang dari enam bulan (Wilkinson, 2007).

Batasan karakteristik nyeri akut berdasarkan NANDA 2015-2017 yaitu perubahan tanda-tanda vital, *diaporesis*, ekspresi wajah menunjukkan nyeri, secara verbal menunjukkan nyeri (Ed. Herman and Komitsuru, 2014).

Penulis merumuskan diagnosa keperawatan telah disesuaikan dengan diagnosa NANDA 2015-2017. Penulis mencantumkan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan *agen cedera biologis* dengan alasan mengacu pada pengkajian yaitu data subyektif pasien mengatakan nyeri pada dada P: pasien mengatakan nyeri timbul saat digunakan bangun, Q: nyeri seperti ditekan beban yang berat, R: nyeri didaerah dada kiri, S: skala nyeri 5, T: nyeri hilang timbul. Data obyektif pasien tampak meringis kesakitan menahan nyeri, tekanan darah 140/100 mmHg, nadi 112 kali per menit, pernafasan 40 kali per menit.

Penulis memprioritaskan diagnosa nyeri akut dikarenakan kurangnya suplai oksigen ke jaringan perifer, maka asam laktat yang menumpuk menyebabkan perubahan dari aerob menjadi anaerob yang menyebabkan jaringan itu mengalami peningkatan asam laktat. Sehingga dapat menyebabkan *iskemia* yang dapat menimbulkan nyeri dikutip dalam jurnal Widiyanto dan Yamin (2014).

Diagnosa keperawatan kedua pada Tn. K dengan IMA yaitu intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Intoleransi aktifitas adalah ketidakcukupan energy *fisiologis* atau *psikologis* untuk melanjutkan atau menyelesaikan aktifitas sehari-hari yang ingin atau harus dilakukan (Wilkinson, 2007).

Batasan karakteristik intoleransi aktifitas menurut NANDA 2012-2014 yaitu respons frekuensi jantung *abnormal* terhadap aktifitas, perubahan EKG yang mencerminkan *aritmia* dan *iskemia*, *dispnea* setelah beraktivitas, menyatakan merasa letih dan lemah.

Penulis merumuskan diagnosa keperawatan telah disesuaikan dengan diagnosa NANDA 2012-2014. Penulis mencantumkan diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen dengan alasan mengacu pada pengkajian yaitu data subyektif pasien mengatakan sesak nafas bertambah berat saat bergerak dari berbaring ke duduk dan badan lemas. Data obyektif di dapatkan pasien tampak lemah berbaring, hasil pemeriksaan EKG irama *regular*, adanya *ST elevasi* di *lead* II, III aVF, kesimpulan: *iskemia* enunjukan *inferior* adanya *aritmia*.

Berdasarkan hasil EKG *haterate* 111 kali per menit dan menunjukkan adanya sinus *takikardi*.

Pada pasien IMA penulis memprioritaskan diagnosa intoleransi aktifitas dikarenakan pada semua kegiatan pasien atau aktifitas pasien mengacu pada kerja jantung, sehingga adanya pembatasan pada aktifitas pasien IMA yang bertahap (Potter & Perry, 2012).

3. Intervensi Keperawatan

Perencanaan adalah suatu proses didalam pemecahan masalah yang merupakan keputusan awal tentang sesuatu apa yang akan dilakukan, bagaimana dilakukan, kapan dilakukan, siapa yang melakukan dari semua tindakan keperawatan (Dermawan, 2012).

Intervensi atau rencana yang akan dilakukan oleh penulis disesuaikan dengan kondisi pasien dan fasilitas yang ada, sehingga rencana tindakan dapat dilakukan dengan SMART yaitu *Spesifik* (jelas atau khusus), *Measurable* (dapat diukur), *Achievable* (dapat diterima), *Rasional* dan *Time* (ada kriteria waktu) (Dermawan, 2012). Pembahasan dari intervensi yang meliputi tujuan, kriteria hasil dan tindakan pada diagnosa keperawatan yaitu :

Intervensi pada diagnosa pertama kasus Tn. K penulis melakukan rencana tindakan selama 2x24 jam diharapkan tanda-tanda vital dalam batas normal dari 140/100 mmHg menjadi 120/80 mmHg, skala nyeri turun dari skala 5 menjadi skala 2, pasien tampak rileks (Herdman, 2012).

Intervensi yang dilakukan adalah kaji tanda-tanda vital dengan rasionalisasi mengetahui perubahan tanda-tanda vital pasien, karena pada pasien dengan IMA cenderung menuju perubahan tekanan darah dan *haterate* secara signifikan yang jika tidak tertangani akan berakibat fatal hingga kematian. Intervensi lain, kaji tingkat nyeri yang dirasakan pasien dengan P,Q,R,S,T dengan rasionalisasi mengetahui tingkat nyeri yang dirasakan pasien, karena nyeri pada pasien IMA menunjukkan adanya penurunan suplai oksigen ke *miokard*, kurangnya oksigen akan merusak otot jantung, jika sumbatan itu tidak ditangani dengan cepat, otot jantung yang rusak itu akan mulai mati (Herdman, 2012).

Pengkajian fungsi pernafasan yang teratur dan teliti dapat membantu perawat dalam mendeteksi tanda-tanda awal komplikasi yang berhubungan dengan paru. Perhatian yang mendalam mengenai status volume cairan dapat mencegah *overloading* jantung dan paru. Menganjurkan pasien bernapas dalam dan merubah posisi sesering mungkin akan mencegah pengumpulan cairan didasar paru (Brunner & Suddart, 2002).

Intervensi yang dilakukan yaitu kaji tanda-tanda vital klien setelah beraktivitas dengan rasionalisasi untuk menilai respon fisiologis dan perubahan yang terjadi setelah beraktivitas, anjurkan keluarga dan pasien untuk meningkatkan aktivitas secara bertahap dengan rasionalisasi mengurangi beban kerja jantung. Aktivitas secara bertahap ditujukan untuk mempertahankan fungsi sistem *muskuloskeletal*, dan untuk mengembalikan mobilisasi pada klien yang mampu melakukan aktivitas normal bertahap (Potter & Perry, 2006).

Berikan pendidikan kesehatan pada pasien untuk beristirahat yang cukup dengan rasionalisasi mengurangi beban kerja jantung. Kolaborasi dengan dokter pemberian obat dan terapi oksigen tambahan 3 liter per menit dengan rasionalisasi meningkatkan sediaan oksigen untuk mencegah terjadinya efek *hipoksia* atau *iskemia* (Kasron, 2012). Pasien hanya diberikan terapi oksigen 3 liter per menit dikarenakan sesuai dengan advis dokter.

Terapi oksigen bertujuan untuk mempertahankan oksigenasi jaringan tetap adekuat dan dapat menurunkan kerja miokard akibat kekurangan suplai oksigen. Terapi oksigen diberikan pada pasien dengan menggunakan kanul dikutip dalam jurnal Widiyanto dan Yamin (2014).

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Dermawan, 2012). Pemberian terapi oksigen melalui nasal kanul pada pasien mampu meningkatkan saturasi oksigen. Dari implementasi yang dilakukan pasien selama 3 hari terhadap Tn. K didapatkan hasil :

Implementasi pada diagnosa pertama kasus Tn. K penulis melakukan tindakan keperawatan yang dilakukan pada hari Senin, 09 Desember 2018 yaitu mengkaji tanda-tanda vital pada Tn. K didapatkan hasil tekanan darah 140/100 mmHg, nadi 112 kali per menit, pernafasan 40 kali per menit, suhu 36,8° C. Mengkaji intensitas nyeri dengan P, Q, R, S, T pasien mengatakan nyeri pada dada P: pasien mengatakan nyeri timbul saat digunakan bangun, Q: nyeri seperti ditekan beban yang berat, R: nyeri didaerah dada kiri, S: skala nyeri 5, T: nyeri hilang timbul. Tn. K tampak memegang dada sebelah kiri dan meringis kesakitan ketika diminta untuk mengangkat dada. Mengajarkan pada pasien manajemen nyeri dengan tehnik relaksasi nafas dalam dan posisi semifowler.

Pada hari Selasa, 10 Maret 2015 yaitu mengkaji tanda-tanda vital pada Tn. K didapatkan hasil tekanan darah 130/90 mmHg, nadi 105 kali per menit, pernafasan 30 kali per menit, suhu 36,5° C. Mengkaji intensitas nyeri dengan P, Q, R, S, T pasien mengatakan nyeri pada dada P: pasien mengatakan nyeri timbul saat digunakan bangun, Q: nyeri seperti ditekan beban yang berat, R: nyeri didaerah dada kiri, S: skala nyeri 5, T: nyeri hilang timbul. Pasien tampak tidak memegang dada sebelah kiri dan tampak nyaman.

Penglihatan nyeri dada adalah prioritas utama pada pasien dengan *infark miokard* akut, dan terapi medis diperlukan untuk mencapai tujuan tersebut, sehingga penatalaksanaan nyeri dada merupakan usaha kolaborasi antara dokter dan perawat. Tetapi karena nyeri dada merupakan bagian proses penyakit akut dan bukan komplikasi *infark miokard*, maka kolaborasi dengan dokter pemberian terapi obat analgesik nyeri dada pada pasien tidak diberikan dalam implementasi keperawatan, dikarenakan pasien sudah diajarkan relaksasi nafas dalam dan pemberian terapi oksigen. Kolaborasi antara perawat dan dokter sangat penting dalam mengkaji respon pasien terhadap terapi medis dan dalam merubah pengobatan yang sesuai (Brunner & Suddart, 2002).

Oksigen harus diberikan dengan terapi medis untuk menjamin penghilangan nyeri secara maksimal. Menghirup oksigen meskipun dengan dosis rendah mampu meningkatkan kadar oksigen dalam sirkulasi dan mengurangi nyeri berhubungan dengan rendahnya kadar oksigen dalam *sirkulasi*. Cara pemberian biasanya melalui kanula hidung dan kecepatan aliran oksigen ini harus dicatat. Apabila tidak terjadi proses penyakit lain yang menyertai, kecepatan aliran 2 sampai 4 liter permenit biasanya dapat mempertahankan kadar saturasi oksigen 96% sampai 100% secara adekuat (Brunner & Suddart, 2002).

Intervensi yang direncanakan pada diagnosa pertama dapat di implementasikan dengan baik karena adanya kerjasama diantara tim kesehatan yang ada serta adanya peran serta keluarga dan pasien dalam tindakan keperawatan. Untuk intervensi lanjutan yang akan dilaksanakan, akan didelegasikan kepada perawat.

Implementasi pada diagnosa kedua kasus Tn. K penulis melakukan tindakan keperawatan yang dilakukan oleh penulis pada diagnosa ini lebih berfokus pada pemberian terapi oksigen melalui nasal kanul yang diberikan kepada pasien. Terapi oksigen bertujuan untuk mempertahankan oksigenasi jaringan tetap adekuat dan dapat menurunkan kerja *miokard* akibat kekurangan suplai oksigen dikutip dalam jurnal Widiyanto dan Yamin (2014). Pemberian terapi oksigen oleh penulis dimaksudkan untuk meningkatkan saturasi oksigen.

Pada hari Senin, 09 Maret 2015 penulis memberikan terapi oksigen dengan nasal kanul, setelah diberikan terapi oksigen melalui nasal kanul dengan dosis 3 liter per menit, sesak nafas yang dialami Tn. K bisa berkurang dan saturasi oksigen pada hari pertama dapat mengalami peningkatan dari sebelumnya 90% setelah dipasang oksigen dengan nasal kanul selama 10 menit saturasi oksigen menjadi 95%. Mengkaji tanda-tanda vital pasien setelah aktivitas, pasien mengatakan sesak nafas bertambah saat bergerak dari berbaring ke duduk, tekanan darah 140/100 mmHg, nadi 124 kali per menit, 40 kali per menit. Memberikan pendidikan pada pasien untuk istirahat yang cukup,

memberikan injeksi *captopril* 6,25mg, *aspilet* 80mg, *bricasma* 2,5mg.

Pada hari Selasa, 10 Desember 2018 setelah diberikan terapi oksigen melalui nasal kanul dengan dosis 3 liter per menit, sesak nafas yang dialami Tn. K bisa berkurang dan saturasi oksigen pada hari kedua dapat mengalami peningkatan dari sebelumnya 95% setelah dipasang oksigen dengan nasal kanul selama 10 menit saturasi oksigen menjadi 98%. Mengkaji tanda-tanda vital pasien setelah aktivitas, pasien mengatakan sesak nafas mulai berkurang saat bergerak dari berbaring ke duduk, tekanan darah 130/90 mmHg, nadi 105 kali per menit, 30 kali per menit. Memberikan pendidikan pada pasien untuk istirahat yang cukup, memberikan injeksi *captopril* 6,25mg, *aspilet* 80mg, *bricasma* 2,5mg.

Pada hari Rabu, 11 Desember 2018 dapat mengalami peningkatan dari sebelumnya 98% setelah dipasang oksigen dengan nasal kanul selama 10 menit saturasi oksigen menjadi 100%. Mengkaji tanda-tanda vital pasien setelah aktivitas, pasien mengatakan sudah tidak sesak nafas saat bergerak dari berbaring ke duduk, tekanan darah 120/80s mmHg, nadi 90 kali per menit, 20 kali per menit.

Penulis memberikan tindakan pemberian dosis terapi oksigen dengan nasal kanul terhadap perubahan nilai saturasi oksigen melalui pemeriksaan oksimetri dengan mengacu pada pendapat yang dikemukakan oleh Widiyanto dan Yamin (2014) bahwa manifestasi yang muncul pada saat pasien tidak diberikan terapi oksigen diantaranya *hipoksia* menimbulkan *metabolisme anaerob* dan *metabolik asidosis*, yang akan menurunkan efektivitas obat- obatan dan terapi elektrik (DC Shock). Pasien yang diberikan terapi oksigen dikarenakan dapat mengurangi beban kerja jantung serta mengurangi sesak nafas dan meningkatkan saturasi oksigen. *hipoksia* yang dapat menimbulkan *metabolisme anaerob* dan *metabolik asidosis*, yang akan menurunkan efektivitas obat-obatan dan terapi elektrik (DC Shock).

Jika dikaitkan dengan kasus, maka sesak nafas yang dialami Tn. K sebelum diberikan pemberian terapi oksigen ada perubahan yang signifikan setelah Tn. K diberi terapi oksigen dengan dosis 3 liter per menit dengan nasal kanul, sesak nafas bisa berkurang dan saturasi oksigen pada hari pertama dapat mengalami peningkatan dari sebelumnya 90% setelah dipasang oksigen dengan nasal kanul selama 10 menit saturasi oksigen menjadi 95%.

Dari intervensi yang direncanakan, penulis lebih sering memberikan terapi oksigen kepada pasien dengan harapan dapat meningkatkan saturasi oksigen. Saturasi oksigen adalah kemampuan hemoglobin mengikat oksigen. Di tujukan sebagai derajat kejenuhan atau saturasi (SpO₂) dikutip dalam jurnal Widiyanto dan Yamin (2014). Faktor-faktor yang mempengaruhi saturasi oksigen adalah: jumlah oksigen yang masuk ke paru-paru (*ventilasi*), kecepatan *difusi*, dan kapasitas hemoglobin dalam membawa oksigen (Potter & Perry, 2006).

Untuk meningkatkan jumlah oksigen yang masuk ke paru- paru dapat dilakukan dengan tindakan terapi oksigen. Setelah tindakan yang diberikan kepada pasien penulis tidak mengalami kesulitan berkomunikasi pada hari pertama dan hari berikutnya, karena pasien dapat kooperatif dalam berinterkasi dengan penulis.

Dari intervensi yang direncanakan, penulis lebih sering memberikan terapi oksigen kepada pasien dengan harapan dapat meningkatkan saturasi oksigen. Saturasi oksigen adalah kemampuan hemoglobin mengikat oksigen. Di tujukan sebagai derajat kejenuhan atau saturasi (SpO₂) dikutip dalam jurnal Widiyanto dan Yamin (2014). Faktor-faktor yang mempengaruhi saturasi oksigen adalah: jumlah oksigen yang masuk ke paru-paru (*ventilasi*),

Dari data yang diperoleh penulis selama pengkajian terhadap Tn. K dapat disimpulkan bahwa pemberian terapi oksigen mampu meningkatkan saturasi oksigen pada Tn. K dengan IMA. Pengaruh terapi oksigen terhadap perubahan *saturasi* oksigen melalui pemeriksaan *oksimetri* sendiri juga sudah diteliti oleh Widiyanto dan Yamin pada tahun 2014 dimana jurnal hasil penelitiannya dijadikan sebagai sumber acuan.

6. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi didefinisikan sebagai keputusan asuhan keperawatan antara dasar tujuan keperawatan klien yang telah ditetapkan dengan respon perilaku klien yang tampak (Dermawan, 2012).

Evaluasi pada diagnosa pertama hari Senin, 09 Desember 2018 masalah nyeri akut belum teratasi, P: pasien mengatakan nyeri timbul saat digunakan bangun, Q: nyeri seperti ditekan beban yang berat, R: nyeri didaerah dada kiri, S: skala nyeri 5, T: nyeri hilang timbul, pasien tampak meringis kesakitan, tekanan darah 140/100 mmhg, nadi 112 kali per menit, pernafasan 40 kali per menit. Intervensi yang dilanjutkan observasi tanda-tanda vital, kaji tingkat nyeri yang dirasakan pasien dengan ajarkan teknik relaksasi napas dalam dan posisi semifowler (Herdman, 2012).

Evaluasi pada hari Selasa, 10 Desember 2018 masalah nyeri akut sudah teratasi sebagian, P: pasien mengatakan nyeri timbul saat digunakan bangun, Q: nyeri seperti ditekan beban yang berat, R: nyeri didaerah dada kiri, S: skala nyeri 5, T: nyeri hilang timbul, pasien tampak lebih rileks, tekanan darah 130/90 mmhg, nadi 105 kali per menit, pernafasan 30 kali per menit. Maka dari itu intervensi dapat dipertahankan untuk observasi tanda-tanda vital pasien (Herdman, 2012).

Evaluasi pada diagnosa kedua hari Senin, 09 Desember 2018 intoleransi aktifitas belum teratasi, pasien mengatakan masih sesak nafas dan terengah-engah bila digunakan untuk beraktivitas duduk. Sesak nafas yang dialami Tn. K belum berkurang dengan saturasi oksigen pada hari pertama 90%, setelah dipasang oksigen dengan nasal kanul 3 liter per menit selama 10 menit saturasi oksigen menjadi 95%. Pasien tampak lemah, tekanan darah 140/100 mmHg, nadi 112 kali per menit, pernafasan 40 kali per menit. Intervensi yang dilanjutkan observasi tanda-tanda vital setelah aktivitas, berikan pendidikan pada pasien untuk beristirahat yang cukup, kolaborasi dengan dokter pemberian obat dan oksigen tambahan (Herdman,2012)

Evaluasi hari Selasa, 10 Desember 2018 intoleransi aktifitas belum teratasi, pasien mengatakan masih sesak nafas dan terengah-engah bila digunakan untuk beraktivitas duduk. Sesak nafas yang dialami Tn. K belum berkurang dengan saturasi oksigen pada hari kedua 95% setelah dipasang oksigen dengan nasal kanul 3 liter per menit selama 10 menit saturasi oksigen menjadi 98%, pasien tampak lemah, tekanan darah 130/90 mmhg, nadi 105 kali per menit, pernafasan 30 kali per menit. Intervensi yang dilanjutkan observasi tanda-tanda vital setelah aktivitas, berikan pendidikan pada pasien untuk beristirahat yang cukup, kolaborasi dengan dokter pemberian obat dan oksigen tambahan (Herdman, 2012).

Evaluasi pada hari Rabu, 11 Desember 2018 intoleransi aktifitas teratasi, pasien mengatakan sudah tidak sesak nafas dan tidak terengah-engah bila digunakan untuk beraktivitas duduk. Sesak nafas yang dialami Tn. K bisa berkurang dan saturasi oksigen pada hari ketiga dapat mengalami peningkatan dari sebelumnya 98% setelah dipasang oksigen dengan nasal kanul selama 10 menit saturasi oksigen menjadi 100%, pasien tampak sudah membaik, tekanan darah 120/80 mmhg, nadi 90 kali per menit, pernafasan 20 kali per menit. Intervensi yang dilanjutkan observasi tanda-tanda vital setelah aktivitas, berikan pendidikan pada pasien untuk beristirahat yang cukup, kolaborasi dengan dokter pemberian obat dan oksigen tambahan (Herdman, 2012).

C. Pembahasan *Evidence Based Nursing*

1. Latar Belakang

Penyakit jantung termasuk penyakit jantung koroner telah menjadi penyebab kematian utama di Indonesia. Penyebabnya adalah terjadinya hambatan aliran darah pada arteri koroner yang mensuplai darah ke otot jantung. Hambatan tersebut berupa plak, dan prosesnya memakan waktu yang amat panjang, bahkan dapat bertahun-tahun, mungkin dimulai sejak masa muda yang seringkali “berkulminasi” menjadi serangan jantung koroner (Soeharto, 2012). Saat ini penyakit jantung koroner (PJK) termasuk penyebab utama kematian pada penduduk Indonesia berusia di atas 40 tahun. Jantung koroner bukan tipe penyakit yang datang seketika. Penyakit ini tumbuh perlahan-lahan pada penggemar makanan berkadar lemak tinggi.

Penyakit jantung sampai saat ini merupakan penyakit yang banyak diderita dan banyak menyebabkan kematian di dunia, termasuk Indonesia. Berdasarkan Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) 2001, penyakit sirkulasi (jantung dan pembuluh darah) menempati urutan tertinggi sebagai penyakit penyebab kematian di Indonesia (26,4 %). Persentase ini meningkat dibandingkan SKRT sebelumnya (SKRT 1995: 19 %; SKRT 1992: 9,9 %). Data SKRT tahun 2002 menunjukkan bahwa kematian akibat penyakit jantung dan pembuluh darah (usia di atas 15 tahun) sebesar 6,0% dan pada tahun 2005 sebanyak 8,4%. Di Amerika Serikat sekarang ini, sekitar 12,6 juta orang mengalami penyakit jantung dan 25 % dari seluruh rakyatnya memiliki minimal satu faktor yaitu penyakit jantung (Khomsan, 2007).

Berdasarkan laporan dari rumah sakit dan puskesmas, prevalensi kasus penyakit jantung koroner di Provinsi Jawa Tengah mengalami peningkatan dari 0,09% pada tahun 2006 menjadi 0,10% pada tahun 2007, dan 0,11% pada tahun 2008. Prevalensi sebesar 0,11% berarti setiap 10.000 orang terdapat 11 orang penderita jantung koroner. Penyakit jantung dan pembuluh darah yaitu sebanyak 554.771 kasus (67,57%) lebih

rendah dibanding tahun 2011 (634.860 kasus/ 72,13%). Berdasarkan profil kesehatan Provinsi Jawa Tengah tahun 2012 terdapat sebanyak 554.771 kasus (67,57%) penyakit jantung dan pembuluh darah adalah penyakit yang mengganggu jantung dan sistem pembuluh darah seperti penyakit jantung koroner (angina pectoris, akut miokard infark), dekompensasi kardiak, hipertensi, stroke, penyakit jantung rematik merupakan kasus penyakit tertinggi tidak menular. Peningkatan kasus ini disebabkan karena paparan faktor risiko seperti konsumsi lemak jenuh, rendah serat dan kurang olah raga. Selain itu karena adanya perbaikan sistem surveilans pada beberapa kabupaten/kota (Profil Kesehatan Prov.Jateng, 2012). Berbagai faktor risiko erat kaitannya dengan zat makanan yang masuk ke dalam tubuh (intake) sewaktu makan, dalam arti macam dan jumlahnya. Faktor risiko secara langsung terkait dengan diabetes mellitus, kadar lemak darah yang abnormal, dan kegemukan.

Kandungan kalori pada makanan dan proses metabolisme dalam tubuh yang berpengaruh terhadap kesehatan jantung pada umumnya dan khususnya PJK. Semua zat makanan yang diperlukan dapat dipenuhi dalam jumlah yang mencukupi. Penyebab terjadinya penyakit jantung selain dari pola konsumsi karbohidrat, makanan tinggi lemak dan kolesterol, kurangnya asupan serat juga berpengaruh terhadap terjadinya penyakit jantung khususnya PJK. Serat juga dapat membantu menurunkan absorpsi lemak dan kolesterol darah. Penelitian menunjukkan bahwa diet serat berasal dari konsumsi makanan tinggi kacang polong, termasuk kacang merah, mampu menurunkan kadar kolesterol darah hingga 10 % pada penderita hiperkolesterolemia,

Infark miokard akut (IMA) adalah suatu keadaan kematian jaringan otot jantung akibat ketidakseimbangan antara kebutuhan dan suplai oksigen yang terjadi secara mendadak. Penyebab paling sering adalah adanya sumbatan jantung. Sehingga terjadi gangguan aliran darah yang diawali dengan *hipoksia miokard* (Kasron, 2012).

Menurut laporan *World Health Organization* (WHO), pada tahun 2004, penyakit IMA merupakan penyebab kematian utama di dunia (WHO, 2011). Sangat sering terjadi 250.000 IMA per tahun di Inggris (satu kejadian tiap 2 menit) 100.000 kematian (Patrick, 2005).

Indonesia merupakan negara berkembang dimana *prevelansi* penyakit jantung dari tahun ke tahun semakin meningkat terutama IMA. Di Indonesia pada tahun 2002, penyakit IMA merupakan penyebab kematian pertama, dengan angka mortalitas 220.000 (14%). Direktorat Jendral Pelayanan Medik Indonesia meneliti, bahwa pada tahun 2007 (Data Riskesdas 2007), jumlah pasien penyakit jantung yang menjalani rawat inap dan rawat jalan di rumah sakit di Indonesia adalah 239.548 jiwa.

Kasus terbanyak adalah penyakit jantung *iskemia*, yaitu sekitar 110,183 kasus. *Case Fatality Rate* (CFR) tertinggi terjadi pada IMA (13,49%) dan kemudian diikuti oleh gagal jantung (13,42%) dan penyakit jantung lainnya (13,37%) (Depkes, 2009). Prevalensi di RSUD Dr. Moewardi Surakarta pada tahun 2013 52 orang, tahun 2014 sebanyak 41 orang, dan tahun 2015 sebanyak 18 orang, jadi terdapat 111 pasien IMA.

II. Metodologi

2. Jenis Dan Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan rancangan *purposive sampling* yaitu dengan menggunakan *pre-post test research design* sampel *pre test* dan *post test*. Dalam penelitian ini peneliti memakai populasi terjangkau yang artinya memenuhi kriteria penelitian dengan populasi semua pasien jantung infark miaokard akut (IMA) yang berada di ruang IGD.

3. Tempat dan Waktu

a. Lokasi

Lokasi penelitian akan dilakukan di ruang Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

b. Waktu

Waktu penelitian akan dilakukan pada bulan November 2018 sampai Desember 2018.

4. Media dan Alat yang digunakan

Dalam aplikasi riset ini media dan alat yang digunakan :

- a. Media : Tindakan dan Observasi
- b. Alat : oksimetri dan nasal kanul

5. Populasi dan Sampel

a. Populasi

Populasi penelitian ini adalah seluruh pasien Jantung berusia 45- 65 tahun yang datang ke ruang Instalasi Gawat Darurat di Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

b. Sampel

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan *purposive sampling*. Karena keterbatasan kemampuan peneliti dilihat dari waktu, tenaga dan dana, maka peneliti menentukan besar sampel dengan nilai presisi 10% untuk populasi kecil dari 10.000 (Notoatmodjo, 2012).

Sampel ini di tentukan dalam kriteria inklusi dan eksklusi :

i. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi dalam penelitian ini meliputi :

1. Pasien laki-laki dan perempuan dengan jantung, Infark Miokard Akut (IMA) yang datang ke ruang IGD
2. Pasien yang memenuhi kriteria hasil pemeriksaan yang menunjukkan penegakan diagnosa jantung Infark Miokard Akut
3. pasien bersedia menjadi sampel penelitian

ii. Kriteria eksklusi

1. Pasien jantung GCS 15
2. Pasien jantung dengan SPO2 <94

III. Analisis PICO

c. Masalah Klinik

Pendekatan PICO (*Population Intervention Comparison Outcome*) digunakan dalam melakukan perumusan masalah klinis. Pertanyaan klinis dirumuskan dengan menggunakan analisis PICO, pertanyaan klinis dalam *evidence based nursing* ini adalah “Apakah Pemberian Terapi Oksigen Terhadap Perubahan Saturasi Oksigen Melalui Oksimetri Pada Pasien Infark Miokard Akut (IMA) di IGD?”. Penjabaran analisa PICO dalam perumusan masalah klinis, yakni sebagai berikut:

- 1) *Problem*: Pasien nyeri dada pada pasien jantung Infark Miokard Akut (IMA) yang berada di ruang IGD.
- 2) *Intervention* : Perbedaan Terapi Oksigen Terhadap Perubahan Saturasi Oksigen Melalui Pemeriksaan Oksimetri Pada Pasien Infark Miokard Akut (IMA)
- 3) *Comparison* :-
- 4) *Outcome*: Nyeri Dada

d. Search Strategy

Menggunakan kata kunci *Oxygen Therapy, Oxygen Saturation, Acute Myocardial Infarction*. Peneliti memasukkannya ke dalam *search nejm, website google* dan *google scholar*. Artikel ditelusuri dalam bahasa indonesia, *Full Text* dalam jangka waktu 3 tahun terakhir. Penelusuran yang dilakukan mendapatkan hasil 20 artikel yang diidentifikasi 3 yang sesuai. Kesesuaian antara pelaksanaan intervensi, *problem* dan populasi dipilih satu artikel yang sesuai *Perbedaan Terapi Oksigen Terhadap Perubahan Saturasi Oksigen Melalui Pemeriksaan Oksimetri Pada Pasien Jantung* (Thygesen, 2012; Verdy, 2012) dan dua artikel pendukung dan pendukung, yaitu:

1. Peningkatan Saturasi Oksigen Melalui latihan Deep Diaphragmatic Breathing Pada Pasien Gagal Jantung di RSD Mardi Waluyo Blitar.
2. Pengaruh Terapi Oksigen Menggunakan Non- Rebreathing Mask Terhadap Tekananl Parsial CO₂ Darah Pada Pasien Jantung Infark Miokadr Akut. *Jurnal Kesehatan Andalas* (Hendrizar, 2014).

e. Ringkasan Jurnal Utama

Berdasarkan hasil penelitian di ruang IRD RSUD Dr. Moewardi Surakarta yang dilakukan terhadap 38 responden sebelum diberikan terapi oksigen didapatkan nilai saturasi oksigen semua responden yaitu sebanyak 38 (100 %) mengalami hipoksia ringan. Sedangkan karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin menunjukkan bahwa tertinggi adalah laki-laki yaitu 29 responden (76,3%) dan disusul oleh perempuan 9 responden (23,7%). Hal ini sesuai teori Lily Rilantono (2012), yang menyebutkan bahwa kejadian IMA lebih banyak terjadi pada laki-laki dari pada perempuan, hal ini karena pada perempuan terdapat hormone estrogen yang bersifat protektif, namun pada saat perempuan menopause kejadiannya menyamai laki-laki karena hormone estrogennya sudah berkurang. (Lily Rilantono, 2012).

Terjadinya hipoksia ringan pada pasien infark miokard dapat disebabkan karena terjadinya proses arterosklerosis pembuluh darah koroner yang mengakibatkan lumen pembuluh darah mengalami penyumbatan sehingga otot miokard kekurangan suplai oksigen yang menyebabkan kerusakan atau kematian jaringan miokard, tetapi pada sebagian otot miokard yang belum mengalami kerusakan atau kematian masih mampu mempertahankan fungsi pompa jantung untuk menyuplai darah keseluruh tubuh sehingga kebutuhan oksigen jaringan masih dapat dipertahankan.

Saturasi oksigen sesudah pemberian terapi oksigen binasal kanul pada pasien infark miokard akut Dari hasil penelitian ini diketahui bahwa dari 38 responden yang mendapatkan terapi oksigen didapatkan sebanyak 32 (84,2 %). Meningkatnya volume oksigen dalam hal ini FiO₂ yang masuk kedalam paru-paru maka secara tidak langsung juga menambah kapasitas difusi paru dan meningkatkan tekanan parsial O₂ (PO₂) akan semakin banyak oksigen yang dapat diikat oleh hemoglobin untuk dihantarkan ke jaringan diseluruh tubuh sehingga dapat mengembalikan saturasi oksigen ke nilai normal. (Hudak & Gallo, 2010)

Responden yang mengalami peningkatan saturasi oksigen dari hipoksia ringan menjadi normal dan sebanyak 6 (15,8 %) responden tetap pada hipoksia ringan. Penelitian terkait dilakukan oleh Nugrahaning (2013), hasil penelitiannya menunjukkan bahwa waktu penurunan skala nyeri dada pada tiap kelompok memiliki perbedaan yang cukup signifikan. Pada kelompok I (oksigen 4 liter per menit), rentang waktu yang dibutuhkan untuk menurunkan skala nyeri dada yaitu antara 10 sampai 15 menit. Pada kelompok.

Hasil penelitian ini sejalan dengan teori yang dikemukakan oleh Hudak, dkk (2010) disebutkan bahwa meningkatkan FiO_2 (presentase oksigen yang diberikan) merupakan metode mudah dan cepat untuk mencegah terjadinya hipoksia jaringan, dimana dengan meningkatkan FiO_2 maka juga akan meningkatkan PO_2 yang merupakan faktor yang sangat menentukan saturasi oksigen, dimana pada PO_2 tinggi hemoglobin membawa lebih banyak oksigen dan pada PO_2 rendah hemoglobin membawa sedikit oksigen. Sistem transportasi oksigen terdiri dari sistem paru dan kardiovaskuler. (Hudak & Gallo, 2010)

Dari penjelasan diatas maka dapat disimpulkan bahwa pemberian terapi oksigen secara umum harus memperhatikan faktor-faktor yang mempengaruhi sehingga target pemenuhan saturasi oksigen tercapai. Pengaruh saturasi oksigen sebelum dan sesudah diberikan terapi oksigen binasal kanul pada responden infark miokard akut Berdasarkan uji statistik dengan menggunakan uji Wilcoxon diperoleh nilai p value 0,000 ($p < 0,05$) maka disimpulkan bahwa ada pengaruh perubahan saturasi oksigen yang sangat signifikan sebelum pemberian terapi oksigen dengan setelah pemberian terapi oksigen pada pasien infark miokard akut RSUD Dr. Moewardi di Surakarta. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa dengan terapi oksigen binasal kanul dapat mengembalikan saturasi oksigen dari kondisi hipoksia ringan ke kondisi normal secara bermakna. Dimana pada pasien dengan infark miokard terjadi sumbatan. (Sri Utami, 2008).

b. Telaah Kritis terhadap Jurnal Terpilih (*Critical Appraisal*)

1. *Validity* (Validitas)

a. Validitas seleksi

1) Peneliti membuat seleksi kriteria (*eligibility criteria*) yang relevan dengan tujuan penelitian yaitu penentuan kriteria inklusi sampel yaitu pasien dengan sesak nafas dengan gangguan kardiovaskuler yaitu pasien yang menderita infark miokard akut IRD RSUD Dr. Moewardi Surakarta, bersedia terlibat dalam penelitian.

2) Peneliti telah melakukan alokasi sampel atau menggunakan teknik total sampling yang dimana semua penderita IMA diambil sebagai sampel, desain penelitian peneliti yang digunakan adalah rancangan Pra-eksperimen (quasi eksperimen) yang menggunakan rancangan separate sampel pre test dan post test.

3) Jumlah sampel yang masuk dalam penelitian mengikuti penelitian sampai selesai dan tidak ada sampel yang drop out pada saat proses penelitian.

4) Dapat disimpulkan bahwa validitas seleksi secara umum cukup baik dan tidak mengganggu validitas penelitian secara keseluruhan.

b. Validitas pengontrolan variabel perancu

1) Peneliti melakukan pengontrolan variabel perancu dengan melakukan total sampling alokasi sehingga variabel perancu akan berdistribusi secara merata kedalam kelompok pemberian teknik terapi oksigen dan tindakan oksimetri. Karakteristik demografis pasien sama dalam penelitian ini, sehingga karakteristik demografis tidak berpengaruh terhadap efektifitas intervensi.

2) Peneliti melakukan analisis perbedaan data base line kelompok pemberian terapi oksigen dan melalui oksimetri. Hal ini menunjukkan bahwa karakteristik responden tidak mempengaruhi penelitian.

3) Jadi dapat disimpulkan bahwa validitas pengontrolan variabel perancu secara umum baik dan tidak mengganggu validitas penelitian secara keseluruhan.

c. Validitas informasi

1) Peneliti telah menjelaskan semua variabel yang diukur dalam penelitian, Alat pengumpulan data yang digunakan yaitu lembar observasi, oksimetri nadi, lembar prosedur prosedur posisi tripod dan lembar prosedur posisi semi fowler.

2) Jadi dapat disimpulkan bahwa validitas informasi penelitian ini cukup baik.

d. Validitas hubungan kausal

1) Ada perbedaan signifikan pengaruh secara bermakna nilai terapi oksigen pemberian melalui oksimetri

2) Ada perbedaan signifikan pengaruh secara bermakna nilai saturasi oksigen pemberian terapi oksigen

e. Validitas eksterna

1) Validitas eksterna 1

Validitas eksterna 1 dapat dilihat dari metode sampling yang digunakan dalam penelitian. Pada penelitian ini peneliti menggunakan metode sampling yang tepat tetapi perhitungan rumus sampelnya tidak dipaparkan secara jelas sehingga merupakan kelemahan penelitian.

2) Validitas eksterna 2

Validitas eksterna 2 dapat dilihat dari kriteria pemilihan tempat penelitian. Pada penelitian ini tidak dipaparkan secara jelas alasan peneliti memilih IRD RSUD Dr. Moewardi Surakarta Jadi dapat disimpulkan bahwa validitas eksterna pada penelitian ini kurang baik.

2. *Importance* (Kepentingan)

a) Peneliti menjelaskan responden meningkatnya saturasi oksigen pada pemberian

b) Rekomendasi penelitian ini adalah nursing intervensi diberikan kepada pasien Jantung.

3. *Applicability* (Kemampulaksanaan)

Peneliti menjelaskan secara kemampuan laksanaan (*applicability*) hasil penelitian pada tatanan klinik dengan jumlah sampel yang cukup.

A. Penerapan *Evidence Based Nursing*

1. Persiapan

Persiapan pelaksanaan dengan penyusunan proposal EBN, penyusunan proposal berdasarkan fenomena yang ditemukan selama praktik profesi Ners, selanjutnya menganalisis masalah menggunakan analisa PICO (*Problem, Intervention, Comparison, Outcome*). Tahap selanjutnya dengan melakukan pencarian jurnal menggunakan *search strategy* dengan kata kunci ***Perbedaan Terapi Oksigen, saturasi oksigen dan Infark Miokard Akut. Terhadap Peningkatan Saturasi Oksigen Pada Pasien Jantung Infark Miokard Akut (IMA)***. Jurnal yang telah didapatkan, kemudian dipilih jurnal yang paling mendekati penyelesaian masalah sebagai dasar rujukan dan beberapa jurnal lainnya sebagai jurnal pendukung.

Setelah proposal dibuat kemudian dikonsulkan dengan pembimbing klinik dan pembimbing akademik untuk mendapatkan masukan dan saran. Sosialisasi rencana pelaksanaan EBN dilakukan dengan mempresentasikan EBN yang akan dilakukan, target pasien yang akan dilaksanakan dan bagaimana jalannya pelaksanaan kepada seluruh pihak rumah sakit yang terlibat.

Sosialisasi dilaksanakan pada tanggal 02 Desember 2018 dan ruangan yang direncanakan akan dilakukan adalah Intalasi Gawat Darurat. Setelah mendapatkan persetujuan Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda, penulis menyiapkan persiapan alat dan bahan yang dibutuhkan seperti: lembar leaflet, lembar observasi, oksimetri nadi, lembar prosedur prosedur terapi oksigen dan saturasi oksigen.

1. Pelaksanaan

Pelaksanaan EBN dilakukan di ruang Instalasi Gawat Darurat, pelaksanaan EBN dilaksanakan pada tanggal 28 Nopember 2018 hingga tanggal 12 Desember 2018. Jumlah Responden yang dilakukan pada penerapan EBN ini yaitu sebanyak 5 pasien nyeri dada dan 5 pasien sesak napas. Responden dipilih berdasarkan kriteria inklusi yaitu: (1) laki-laki dan perempuan dengan nyeri dada berusia 45-65 tahun. (2) Pasien yang memenuhi kriteria hasil pemeriksaan yang menunjukkan penegakan diagnosa. (3) pasien bersedia menjadi sampel penelitian. Kriteria eksklusi, antara lain: (1), (2).

Sebelum intervensi dimulai, penulis memberikan penjelasan mengenai tujuan dan manfaat dari intervensi yang akan dilakukan. Setelah mendapatkan persetujuan responden akan edukasi mengenai pentingnya mengontrol rasa nyeri dada dan apa yang dilakukan untuk dapat mengurangi nyeri dada. Edukasi yang dilakukan menggunakan lembar balik dan dilakukan selama 15-20 menit. pre-post test research design dilakukan dengan posisi semi fowler dan latihan terapi oksigen. Penulis memberikan gambar satu buah contoh untuk melakukan posisi semi fowler dan latihan terapi oksigen setelah 5 menit setelah intervensi.

2. Hasil Penereapan EBN

a. Karakteristik Responden

Deskripsi karakteristik responden meliputi hipoksemia sedang dan ringan. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa seluruh responden pada penelitian ini sebanyak 5 orang yang terdiri dari jenis kelamin dan usia serta pendidikan.

Tabel 3. Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Usia Di Ruang IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie

Usia	Jumlah (n)	Presentase (%)
40-49	2	40.0
50-59	1	20.0
60-79	2	40.0
Total	5	100.0

Berdasarkan tabel diatas dapat disimpulkan jumlah responden di ruang IGD RSUD Abdul wahab Sjahranie Samarinda yang terbanyak dari 40-49 sebanyak 2 orang (40.0 %) dan 60-79 sebanyak 2 orang (40.0%)

Tabel 3. Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Usia Di Ruang IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie

Usia	Jumlah (n)	Presentase (%)
Laki- Laki	3	60.0
Perempuan	2	40.0
Total	5	100.0

Tabel 3. Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan Di Ruang IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie

Pendidikan	Jumlah (n)	Presentase (%)
SMA	2	40.0
SMP	2	40.0
SD	1	20.0
Total	5	100.0

Berdasarkan tabel diatas dapat disimpulkan pendidikan responden di ruang IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda yang terbanyak adalah pendidikan SMA sebanyak 2 orang (40.0%).

b. Univariat

Analisis univariat dimana analisa varaiabel meliputi variabel independen terdiri dari pemberian terapi oksigen di ruang instalasi gawat darurat di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

Adapun variabel terssebut dapat dilihat pada masing-masing tabel dibawah ini:

Tabel 3. Distribusi jenis masker terapi oksigen Di Ruang IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie

Jenis masker	F	(%)
Kateter nasal	0	0
Nasal kanul	5	100
oksigen transtrakea ott	0	0
Masker Oksigen	0	0
Total	5	100

Berdasarkan tabel yang diatas hasil dari terapi oksigen yang terbanyak adalah dengan menggunakan jenis masker nasal kanul sebanyak 5 nasal kanul (100%).

c. Bivariat

- a. Perbedaan sebelum dan sesudah diberikan terapi oksigendan penignkatan saturasi oksigen Di Ruang IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie

Terapi oksigen	T	P
Sebelum dan Sesudah	-2.070	0.038

Berdasarkan tabel yang diatas hasil dari terapi oksigen sebelum dan sesudah adalah -2,070

B. Pembahasan Kasus Resume

1. Sistem Respiratori

Dalam pembahasan ini di uraikan laporan pada klien kasus gangguan sistem respiratori asma dan TB paru yang datang ke IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie dimana pelaksanaan asuhan keperawatan meliputi pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, intervensi dan evaluasi yang akan diuraikan.

Hasil pengkajian dan observasi di IGD terdapat 7 kasus asma dengan keluhan utama yang datang dengan sesak nafas dan batuk berdahak dimana sebagian besar pasien datang dengan keluhan sesak nafas dan disertai batuk berdahak.

Pada Pengkajian ini terdapat 4 pasien perempuan dan 3 pasien laki-laki dengan usia 26-35 tahun datang dengan keluhan sesak nafas, irama nafas cepat dan dangkal, pola nafas tidak teratur, sura nafas tambahan ronkhi, wheezing, irama nafas cepat, dengan rata-rata RR = 34x/menit dan Spo2 = 90-94%. Dari 7 pasien ada 2 yang mengalami batuk berdahak. Asma adalah penyakit jalan nafas obstruktif intermiten, reversibel dimana trakea dan bronchi berespon secara hiperaktif terhadap stimuli (Smeltzer ,2002).

Saluran nafas penyandang asma biasanya menjadi dan meradang. Asma sangat terkait dengan alergi. Alergi dapat memperparah asma. Namun demikian, tidak semua penyandang asma mempunyai alergi, dan tidak semua orang mempunyai alergi penyandang asma.

Penderita asma, saluran nafas menjadi sempit dan hal ini membuat sulit bernafas, terjadi beberapa perubahan pada saluran nafas penyandang asma. Yaitu dinding saluran nafas membengkak ; adanya sekumpulan lendir dan sel-sel yang rusak menutupi berbagai saluran nafas, idung mengalami iritasi dan mungkin menjadi tersumbat; dan otot-otot saluran nafas mencengang tetapi semuanya dapat dipulihkan kekonsisi semula dengan terapi yang tepat. Selama terjadi serangan asma, perubahan dalam paru-paru secara tiba-tiba menjadi lebih buruk, ujung saluran nafas mengecil, dan aliran udara yang melaluinya sangat jauh berkurang sehingga bernafas menjadi sangat sulit.

Diagnose keperawatan yang diangkat sesuai dengan keluhan yang dialami klien dengan sesak nafas yaitu ketidak efektifan pola nafas b.d keletihan otot pernafasan sehingga menyebabkan kesulitan bernafas, asupan oksigen menjadi tidak adekuat. Implementasi yang dilakukan, klien diberikan O2 nasal kanul 3 lpm tujuan dari pemebrian nasal kanul adalah untuk memenuhi kebutuhan oksigen dalam tubuh karena mengalami kesulitan dalam pemenuhan kebutuhan oksigen. Dan diberikan terapi nebulizer combiven yang berisi albuterol nafas obstruksi atau sumbatan.

a) *Primer Survey*

Pada pengkajian primer pasien gangguan sistem respirasi di airway, jalan napas paten, tidak adanya obstruksi, suara napas *wheezing*. Pada pemeriksaan breathing, gerakan dada simetris, irama napas cepat, pola napas tidak teratur, terdapat retraksi dada, RR = 34x/menit Spo2 = 90%. Pada sirkulasi, HR teraba, tidak terjadinya sianosis, CRT < 2 detik, dan tidak adanya perdarahan. Dan pada disability, pasien dalam keadaan composmentis dengan GCS 15 yaitu *eye* = 4, *verbal* = 5, *motoric* = 6, pupil isokor dan reflek cahaya ada.

1. Analisa data sampai evaluasi keperawatan

Berdasarkan dari data hasil pengkajian yang telah dilakukan, kemudian dilakukan analisa data dan penegakan diagnose keperawatan yang sesuai yang dialami dengan masalah pasien, hasil analisa data terdapat dibawah ini :

Masalah keperawatan yang menjadi prioritas utama pada klien yaitu ketidakefektifan pola napas. Tujuan umum asuhan keperawatan yang dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8 jam diharapkan sesak napas dapat berkurang. Dimana kriteria hasil yang diharapkan dari tujuan tindakan keperawatan ini yaitu dyspnea (5), batuk (5), irama pernapasan (5), yang dimana diberikan intervensi pemberian terapi oksigen, bantuan pemberian mask nebulator, dan dapat menggunakan tindakan non-farmakologi. Oleh sebab itu untuk mencapai tujuan tersebut, maka rencana intervensi keperawatan yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah sesak napas pada klien yaitu memberikan pemberian posisi tripod dan posisi semi fowler, meningkatkan istirahat yang adekuat, dapat mengurangi sesak napas.

Adapun implementasi keperawatan utama yang dilakukan untuk mengatasi masalah sesak napas yaitu melakukan tindakan non-farmakologi memberikan posisi tripod dan posisi semi fowler serta memberikan oksigen aliran rendah berfungsi untuk meningkatkan indeks resistensi udara dan mengoptimalkan diafragma. Intervensi

diberikan selama di ruang IGD, intervensi keperawatan dapat berjalan sesuai target yang direncanakan.

Klien tidak memiliki keluhan terkait dengan intervensi yang dilakukan. Hasil dari intervensi yang dilakukan, didapatkan adanya perubahan sesak napas setelah diberikan posisi tripod dan posisi semi fowler serta oksigen aliran rendah. Evaluasi subjektif yang didapatkan yaitu klien merasa nyaman dan rasa sesak napas berkurang, sedangkan hasil objektif didapatkan hasil kembali normal.

2. Sistem Muskuloskeletal

Dalam Pembahasan ini adalah dengan mengungkapkan hasil dari pengkajian klien dengan gangguan sistem muskuloskeletal dengan kasus fraktur yang datang ke IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie dimana pelaksanaan asuhan keperawatan meliputi pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, intervensi dan evaluasi yang akan diuraikan.

Hasil pengkajian dan observasi di IGD terdapat 5 kasus fraktur dengan keluhan utama yang datang dengan nyeri di bagian fraktur dengan skala nyeri 1-10 rata-rata skala nyeri 6-8 . Pada daerah fraktur setelah terjadi trauma. Sistem muskuloskeletal adalah suatu sistem yang terdiri dari tulang, otot, katilago, lagamen, tendon, fascia, bursae dan persendian (Depkes,1995). Fraktur adalah setiap retak dan patah pada tulang yang utuh, kebanyakan fraktur disebabkan trauma dimana terdapat tekanan yang berlebihan pada tulang. Tulang femur merupakan tulang pipa terpanjang dan terbesar didalam tulang kerangka pada bagian pangkal yang berhubungan dengan asetabulum membentuk kepala sendi yang disebut kaput femoris. (Syaifudin,1992)

Diagnosa keperawatan yang diangkat sesuai dengan keluhan yang dinilai oleh klien yaitu nyeri akut dimana manifestasi klinis fraktur secara tipikal adalah munculnya nyeri yang diikuti oleh adanya pembengkakan pada banyak kasus, diagnose yang dibuat oleh dokter berbeda-beda, apakah benar-benar mengalami patah tulang atukah terjadi cedera jaringan lunak. Fraktur relative mudah untuk didiagnose, tanda-tanda umum terjadi meliputi nyeri terus menerus dan bertambah beratnya

sampai fragmen tulang diimobilisasi dermofitas ekstremitas akibat pergeseran fragmen pada fraktur lengan atau tungkai, fungsiolesa pada area fraktur, pemendekan tulang akibat kontraksi otot yang melekat diatas dan dibawah tempat fraktur pembengkakan dan perubahan warna lokal. (Syaifudin,1992

Implementasi yang dilakukan yaitu, memberikan posisi yang nyaman dan mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam penatalaksanaan fraktur yang pertama adalah reduksi untuk mengembalikan posisi fragmen tulang pada keseajarannya dan rotasi anatois. Reduksi tertutup menggunakan traksi reduksi terbuka menggunakan tindakan operatif. Langkah ke dua adalah imobilisasi untuk mempertahankan fragmen tulang alam posisi dan kesejajaran yang benar sampai penyatuan. Imobilisasi dapat dilakukan dengan cara fiksasi interna (plate, screw, nalis) dan eksternal. Modifikasi eksterna meliputi pembalutan, gips, bidai atau fiksator eksterna. Langkah ketiga rehabilitasi untuk mempertahankan dan mengembalikan fungsi tulang. Hal ini dilakukan melalui upaya latihan fisioterapi, tahap akhir yaitu evaluasi dimana didapat hasil klien mampu mempertahankan stabilitas dan posisi fraktur, mekanika tubuh yang meningkatkan stabilisasi pada posisi fraktur.

b. Primer *Survey*

Pada pengkajian primer pasien gangguan sistem muskuloskeletal di airway, jalan napas paten, tidak adanya obstruksi, suara napas normal. Pada pemeriksaan breathing, gerakan dada simetris, irama napas vesikuler, pola napas teratur, RR = 20x/menit Spo2 = 96-99%. Pada sirkulasi, HR teraba, tidak terjadinya sianosis, CRT < 2 detik, dan tidak adanya perdarahan. Dan pada disability, pasien dalam keadaan composmentis dengan GCS 15 yaitu *eye* = 4, *verbal* = 5, *motoric* = 6, pupil isokor dan reflek cahaya ada.

3. Sistem kardiovaskuler

Dalam pembahasan ini adalah dengan mengungkapkan hasil dari pengkajian klien dengan gangguan sistem kardiovaskuler yang terdiri dari ACS Stemi yang datang ke IDG RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

Dari hasil pengkajian didapatkan 3 kasus dengan gangguan sistem kardiovaskuler yaitu ACS Stemi dimana sebagian besar pasien datang dengan keluhan nyeri dada.

Pengkajian klien terdapat 2 pasien laki-laki dan 1 pasien perempuan dengan usia 45-65 tahun datang dengan keluhan nyeri dada sebelah kiri sampai punggung belakang, yang dimana nyeri dada terasa tertekan, nyeri terasa terus menerus. Skala nyeri dimana dari 1-10 berada di skala 5. Berdasarkan dari data hasil pengkajian yang sudah dilakukan, dan kemudian dilakukan analisa data dan penegakan diagnose keperawatan sesuai yang dialami dengan masalah pasien, hasil analisa data terdapat masalah keperawatan nyeri akut b.d agen cidera biologis.

Masalah keperawatan yang menjadi prioritas utama pada klien yaitu nyeri akut. Tujuan umum asuhan keperawatan yang dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8 jam diharapkan nyeri dapat berkurang. Dimana kriteria hasil yang diharapkan dari tujuan tindakan keperawatan ini yaitu mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik non-farmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan), melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri, tanda-tanda vital dalam rentang normal dimana yang telah diberikan intervensi dengan melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan, dan menggunakan tehnik komunikasi terapeutik, kontrol lingkungan yang dapat mengurangi nyeri, dan dapat menggunakan tindakan non-farmakologi (Anderson, Paul, 2008).

Analisa data sampai evaluasi keperawatan

Berdasarkan dari data hasil pengkajian yang telah dilakukan, kemudian dilakukan analisa data dan penegakan diagnose keperawatan yang sesuai yang dialami dengan masalah pasien, hasil analisa data terdapat masalah keperawatan yaitu nyeri akut b.d agen cidera biologis.

Masalah keperawatan yang menjadi prioritas utama pada klien yaitu nyeri akut. Tujuan umum asuhan keperawatan yang dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8 jam diharapkan nyeri dapat berkurang. Dimana kriteria hasil yang diharapkan dari tujuan tindakan keperawatan ini yaitu mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik non-farmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan), melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri, tanda vital dalam rentang normal yang dimana diberikan intervensi lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan, gunakan tehnik komunikasi terapeutik, kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri, dan dapat menggunakan tindakan non-farmakologi. Oleh sebab itu untuk mencapai tujuan tersebut, maka rencana intervensi keperawatan yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah nyeri pada klien yaitu memberikan pemberian posisi, meningkatkan istirahat yang adekuat, memberikan terapi relaksasi napas dalam, dapat mengurangi nyeri.

Adapun implementasi keperawatan utama yang dilakukan untuk mengatasi masalah nyeri yaitu melakukan tindakan non-farmakologi memberikan posisi serta memberikan terapi relaksasi napas dalam berfungsi untuk mengurangi nyeri. Intervensi diberikan selama di ruang IGD, intervensi keperawatan dapat berjalan sesuai target yang direncanakan.

Klien tidak memiliki keluhan terkait dengan intervensi yang dilakukan. Hasil dari intervensi yang dilakukan, didapatkan adanya perubahan nyeri setelah diberikan memberikan posisi serta memberikan terapi relaksasi napas dalam. Evaluasi subjektif yang didapatkan yaitu

klien merasa nyaman dan rasa nyeri berkurang, sedangkan hasil objektif didapatkan hasil kembali normal skala menurun dari 5 ke 2.

4. Sistem Endokrin

Dalam pembahasan ini adalah dengan mengungkapkan hasil dari pengkajian klien dengan gangguan sistem endokrin di IGD terdapat kasus gas gangren dengan keluhan utama yang datang dengan nyeri kaki bagian kanan, nyeri terasa tertusuk-tusuk secara terus menerus dengan skala nyeri 6. Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan 5 kasus dengan gangguan sistem endokrin dimana sebagian besar pasien datang dengan keluhan nyeri pada kaki, kemudian dilakukan analisa data dan penegakan diagnose keperawatan yang sesuai yang dialami dengan masalah pasien, hasil analisa data terdapat dibawah ini :

Masalah keperawatan yang menjadi prioritas utama pada klien yaitu nyeri akut tujuan utama asuhan keperawatan yang dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8 jam diharapkan nyeri dapat berkurang. Dimana kriteria hasil diharapkan dari tujuan tindakan keperawatan ini yaitu melaporkan nyeri berkurang, dapat mengidentifikasi aktivitas yang dapat menyebabkan nyeri yang dimana diberikan intervensi lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, ajarkan klien tindakan non-farmakologi, atur posisi mencapai tujuan tersebut, maka rencana intervensi keperawatan yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah nyeri pada klien yaitu memberikan posisi, meningkatkan istirahat yang adekuat, memberikan terapi relaksasi nafas dalam, dapat mengurangi nyeri (Moekti Aribowo, 2009).

Intervensi keperawatan yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah nyeri pada klien yaitu pemberian posisi, meningkatkan istirahat yang adekuat, memberikan relaksasi napas dalam, dapat mengurangi nyeri.

Adapun implementasi keperawatan utama yang dilakukan untuk mengatasi masalah nyeri yaitu melakukan tindakan non-farmakologi memberi posisi serta serta memberikan terapi relaksasi nafas dalam berfungsi untuk mengurangi nyeri. Intervensi diberikan selama di ruang IGD, intervensi keperawatan dapat berjalan sesuai target yang direncanakan.

Klien tidak memiliki keluhan terkait dengan intervensi yang dilakukan hasil dari intervensi yang dilakukan, didapatkan adanya perubahan nyeri setelah diberikan posisi serta memberikan terapi relaksasi napas dalam. Evaluasi subjektif yang didapatkan yaitu klien merasa nyaman dan rasa nyeri berkurang, sedangkan hasil objektif didapatkan hasil kembali normal skala nyeri berkurang dari 6 ke 3. *Primer Survey*

Pada pengkajian primer pasien gangguan sistem endokrin di airway, jalan napas paten, tidak adanya obstruksi, suara napas normal. Pada pemeriksaan breathing, gerakan dada simetris, irama napas normal, pola napas teratur, terdapat retraksi dada, RR = 20x/menit Spo2 = 98%. Pada sirkulasi, HR teraba, tidak terjadinya sianosis, CRT < 2 detik, dan tidak adanya perdarahan. Dan pada disability, pasien dalam keadaan composmentis dengan GCS 15 yaitu *eye* = 4, *verbal* = 5, *motoric* = 6, pupil isokor dan reflek cahaya ada.

1. *Evidence Based Nursing Practice*

A. **Pendahuluan**

Mual dan muntah biasanya merupakan gejala yang bisa disebabkan oleh banyak hal. Kondisi ini adalah cara tubuh untuk membuang materi yang mungkin berbahaya dari dalam tubuh. Obat-obatan tertentu seperti kemoterapi untuk kanker dan agen anestesi sering menyebabkan mual muntah (Porter et al, 2010). Penyakit gastroenteritis adalah penyebab paling umum yang mengakibatkan terjadinya mual dan muntah. Gastroenteritis adalah infeksi yang disebabkan oleh bakteri atau virus di perut. Selain menyebabkan mual dan muntah, gastroenteritis biasanya juga menyebabkan diare (Porter et al, 2010).

Mual adalah kecenderungan untuk muntah atau sebagai perasaan di tenggorokan atau daerah epigastrium yang memperingatkan seorang individu bahwa muntah akan segera terjadi. Mual sering disertai dengan peningkatan aktivitas sistem saraf parasimpatis termasuk diaphoresis, air liur, bradikardia, pucat dan penurunan tingkat pernapasan. Muntah didefinisikan sebagai ejeksi atau pengeluaran isi lambung melalui mulut, seringkali membutuhkan dorongan yang kuat (Dipiro et al., 2015).

Obat anti-emetik bebas dan dengan resep paling umum direkomendasikan untuk mengobati mual muntah. Untuk pasien yang bisa mematuhi pemberian dosis oral, obat yang sesuai dan efektif dapat dipilih tetapi karena beberapa pasien tidak dapat menggunakan obat oral atau obat oral tidak sesuai. Pada pasien tersebut disarankan penggunaan obat secara rektal atau parenteral. Untuk sebagian besar kondisi dianjurkan antiemetik tunggal, tetapi bila pasien tidak memberikan respon dan pada pasien yang mendapatkan kemoterapi emetonik kuat, biasanya dibutuhkan regimen multi obat (Sukandar, 2008). Berdasarkan hasil survei pendahuluan yang dilakukan di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda pada 3 bulan terakhir yaitu dari bulan juli 2018 sampai september 2018 di Ruang Instalasi Gawat Darurat (IGD) didapatkan data pasien yang menderita mual muntah sebanyak 313 orang (Buku Laporan Pasien Ruang Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda).

Mual merupakan penyakit yang dapat disembuhkan, mual dapat dikendalikan (*United States Environmental Protection Agency*, 2004). mual dapat dikendalikan dengan pengelolaan yang dilakukan secara lengkap, tidak hanya dengan pemberian terapi farmakologis tetapi juga menggunakan terapi nonfarmakologis yaitu dengan cara mengontrol gejala mual (Sundaru, 2007).

Pengontrolan terhadap gejala mual dapat dilakukan dengan cara medis secara teratur, hidup sehat dengan asupan nutrisi yang memadai, dan menghindari stres. Semua penatalaksanaan ini bertujuan untuk mengurangi gejala mual dengan meningkatkan sistem imunitas (*The Asthma Foundation of Victoria*, 2002). Akhir-akhir ini, para penderita mual muntah mulai memanfaatkan terapi komplementer (nonfarmakologis) untuk mengendalikan mual yang dideritanya. Jumlah penderita mual yang sudah memanfaatkan terapi komplementer ini diperkirakan cukup tinggi yaitu sekitar 42% dari populasi penderita mual yang ada di New Zealand (McHugh,2010). Pengontrolan mual dengan terapi komplementer dapat dilakukan dengan teknik pengaruh aromaterapi menggunakan isopropyl alcohol, teknik relaksasi, akupunktur, *chiropractic*, homoeopati, naturopati dan hipnosis. (McHugh, 2010).

Berdasarkan uraian latar belakang masalah, maka penulis tertarik mengetahui manfaat teknik aromaterapi menggunakan isopropyl alcohol sebagai terapi antiemetik pada pasien dewasa di Unit Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. EBN ini ditujukan untuk mengetahui manfaat aromaterapi menggunakan isopropyl alcohol sebagai terapi antiemetic non farmakologis pada pasien dewasa di Unit Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

A. Analisis PICO

Setelah menegaskan fenomena, penulis mencari pemecahan masalah dengan penelusuran literatur. Ada banyak cara non farmakologis yang dapat dilakukan untuk mengatasi mual, muntah namun penulis akhirnya memutuskan memilih aromaterapi menggunakan isopropyl alcohol sebagai pemecahan masalah. Proses pencarian jurnal didasarkan pada analisis berikut:

Tabel 3.1 Tabel Analisis PICO

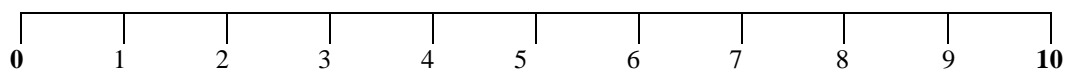
Unsur PICO (Terapi)	Analisis
P (Patient/Problem)	Keluhan mual dan muntah sebagai keluhan umum pasien datang ke IGD
I (Intervention)	Pemberian aromaterapi isopropil alcohol
C (Comparison)	Antiemetik (yang sudah berlaku di RSUD AWS)
O (Outcomes)	Keluhan mual dan muntah berkurang.

Setelah melakukan analisis, penulis mengajukan pertanyaan klinis yaitu apakah aromaterapi menggunakan isopropyl alcohol dapat mengatasi mual dan muntah? Kemudian penulis menelusuri jurnal dengan kata kunci yang ditetapkan menggunakan *search engine* science direct, sage, proquest, willey dan springer.

Penulis menggunakan kata kunci *nausea, vomiting, aromateraphy*, dan isopropyl alkohol diperoleh hasil 3546 jurnal pada *science direct*, 15620 jurnal pada *sage*, 1725 jurnal pada *proquest*, 896 jurnal pada *willey* dan 4143 jurnal pada *springer*. Penulis melakukan penyaringan dengan berbagai ketentuan sehingga didapatkan 10 jurnal yang mewakili. Setelah dilakukan analisis kritis, penulis kemudian memilih 1 jurnal yang paling

terpercaya untuk diaplikasikan. Artikel tersebut adalah April, *Michael D., Oliver, Joshua J., Davis, William T., Ong, David., Simon, Erica M., Ng, Patrick C., Hunter, Curtis J., 2018, Aromatherapy Versus Oral Ondansetron for Antiemetic Therapy Among Adult Emergency Department Patients: A Randomized Controlled Trial. Annals of Emergency Medicine vo. 11. No. 4 2018. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2018.01.016>.*

Gambar 2.4 Visual Analogue Scale (VAS) untuk menilai rasa mual, muntah dan nyeri



B. Pelaksanaan EBN

Responden dalam penerapan EBN ini adalah seluruh pasien yang datang ke IGD RSUD AWS dengan keluhan mual dan muntah. Adapun kriteria responden disesuaikan dengan kedua jurnal utama yang menjadi acuan pada penerapan EBN, adalah:

- a. Usia ≥ 18 tahun
- b. Datang ke UGD dengan keluhan utama mual atau muntah dengan skor ≥ 3 pada rentang 0-10 dengan skala respon numerik verbal
- c. Tidak memerlukan cairan iv cito

Sementara itu kriteria eksklusi responden adalah:

- a. Alergi terhadap isopropyl atau ranitidin
- b. Tidak mampu menghirup karena gangguan pada hidung termasuk rinitis dll.
- c. Sedang mengonsumsi obat yang kontraindikasi dengan penggunaan alkohol seperti cefoperazone, disulfiram, or metronidazole;
- d. Perubahan status mental
- e. Riwayat pemanjangan segmen QT-segment prolongation; secara klinis suspek sindrom serotonin
- f. Hamil
- g. Mendapat cairan intravena
- h. Mengonsumsi antiemetik pada saat *triage*.

Prosedur pelaksanaan EBN meliputi 3 tahap meliputi persiapan, pelaksanaan dan evaluasi. menyiapkan isopropil alkohol yang sudah tersedia di RS. Langkah terakhir dalam tahap persiapan adalah mempersiapkan protap pelaksanaan EBN tentang aromaterapi isopropil alkohol untuk mengatasi mual dan muntah. Pada tahap evaluasi, penulis akan memaparkan hasil dari penerapan EBN.

Tahap pelaksanaan yang dilakukan adalah mengidentifikasi pasien yang sesuai dengan kriteria inklusi responden pelaksanaan EBN, menjelaskan kepada pasien mengenai tujuan, manfaat dan prosedur pelaksanaan EBN, serta memperbolehkan pasien untuk bertanya, menilai skor mual dan muntah sebelum intervensi, memberikan isopropil alkohol pada , menilai skor mual dan muntah pada menit ke-0, 20 , 30 dan 60 setelah intervensi menggunakan skala VAS dan mendokumentasikan semua hasil yang diperoleh.

d. Hasil Penerapan EBN

EBN dilakukan pada 5 pasien. Karakteristik responden yang dipilih sesuai kriteria inklusi dengan karakteristik demografi sebagai berikut:

Tabel 3.3 Distribusi frekuensi pasien berdasarkan jenis kelamin, usia, diagnosa medis di RSUD AWS Desember 2018 (n = 5)

Karakteristik	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Usia(tahun)		
20-29	1	20
30-39	2	40
40-49	1	20
50-59	1	20
>60	0	0
Jenis kelamin		
Laki-laki	2	40
Perempuan	3	60
Diagnosa medis		
Appendiksitis	2	40
Ileus Obstruktif	1	20
Hernia Inkarserata	1	20
Peritonitis	1	20
Skor mual		
>3 – 6,9	2	40
7-10	3	60

Tabel 3.4 Rerata Tingkat Mual dan Muntah Pasien Pasca Intervensi di IGD AWS 2018 (n=5)

Waktu (jam setelah operasi)	Mual	Muntah
0	7,4	Tidak ada
20	6,5	Tidak ada
30	5,4	Tidak ada
60	1,5	Tidak ada

Berdasarkan analisis data didapatkan ada penurunan skor mual dan muntah setelah diberikan aromaterapi isopropil alkohol. Hal ini sesuai dengan respon klinis yang disampaikan kelima responden (100%) yang menyatakan setelah diberikan aromaterapi isopropil alkohol, keluhan mual berkurang dan muntah tidak ada.

➤ **Proyek Inovasi**

e. Pendahuluan

Mual dan muntah biasanya merupakan gejala yang bisa disebabkan oleh banyak hal. Kondisi ini adalah cara tubuh untuk membuang materi yang mungkin berbahaya dari dalam tubuh. Obat-obatan tertentu seperti kemoterapi untuk kanker dan agen anestesi sering menyebabkan mual muntah (Porter et al, 2010).

Penyakit gastroenteritis adalah penyebab paling umum yang mengakibatkan terjadinya mual dan muntah. Gastroenteritis adalah infeksi yang disebabkan oleh bakteri atau virus di perut. Selain menyebabkan mual dan muntah, gastroenteritis biasanya juga menyebabkan diare (Porter et al, 2010).

Mual adalah kecenderungan untuk muntah atau sebagai perasaan di tenggorokan atau daerah epigastrium yang memperingatkan seorang individu bahwa muntah akan segera terjadi. Mual sering disertai dengan peningkatan aktivitas sistem saraf parasimpatis termasuk diaphoresis, air liur, bradikardia, pucat dan penurunan tingkat pernapasan. Muntah didefinisikan sebagai ejeksi atau pengeluaran isi lambung melalui mulut, seringkali membutuhkan dorongan yang kuat (Dipiro et al., 2015).

Obat anti-emetik bebas dan dengan resep paling umum direkomendasikan untuk mengobati mual muntah. Untuk pasien yang bisa mematuhi pemberian dosis oral, obat yang sesuai dan efektif dapat dipilih tetapi karena beberapa pasien tidak dapat menggunakan obat oral atau obat oral tidak sesuai. Pada pasien tersebut disarankan penggunaan obat secara rektal atau parenteral. Untuk sebagian besar kondisi dianjurkan antiemetik tunggal, tetapi bila pasien tidak memberikan respon dan pada pasien yang mendapatkan kemoterapi emetonik kuat, biasanya dibutuhkan regimen multi obat (Sukandar, 2008).

Berdasarkan hasil survei pendahuluan yang dilakukan di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda pada 3 bulan terakhir yaitu dari bulan juli 2018 sampai september 2018 di Ruang Instalasi Gawat Darurat (IGD) didapatkan data pasien yang menderita mual muntah sebanyak 313 orang (Buku Laporan Pasien Ruang Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda).

Mual merupakan penyakit yang dapat disembuhkan, mual dapat dikendalikan (*United States Environmental Protection Agency*, 2004). mual dapat dikendalikan dengan pengelolaan yang dilakukan secara lengkap, tidak hanya dengan pemberian terapi farmakologis tetapi juga menggunakan terapi nonfarmakologis yaitu dengan cara mengontrol gejala mual (Sundaru, 2007)

Pengontrolan terhadap gejala mual dapat dilakukan dengan cara medis secara teratur, hidup sehat dengan asupan nutrisi yang memadai, dan menghindari stres. Semua penatalaksanaan ini bertujuan untuk mengurangi gejala mual dengan meningkatkan sistem imunitas (*The Asthma Foundation of Victoria*, 2002). Akhir-akhir ini, para penderita mual muntah mulai memanfaatkan terapi komplementer (nonfarmakologis) untuk mengendalikan mual yang dideritanya. Jumlah penderita mual yang sudah memanfaatkan terapi

komplementer ini diperkirakan cukup tinggi yaitu sekitar 42% dari populasi penderita mual yang ada di New Zealand (McHugh,2010).

Pengontrolan mual dengan terapi komplementer dapat dilakukan dengan teknik pengaruh aromaterapi menggunakan isopropyl alcohol, teknik relaksasi, akupunktur, *chiropractic*, homoeopati, naturopati dan hipnosis. (McHugh, 2010).

Berdasarkan uraian latar belakang masalah, maka kelompok tertarik mengetahui manfaat teknik aromaterapi menggunakan isopropyl alcohol sebagai terapi antiemetik pada pasien dewasa di Unit Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

EBN ini ditujukan untuk mengetahui manfaat aromaterapi menggunakan isopropyl alcohol sebagai terapi antiemetic non farmakologis pada pasien dewasa di Unit Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

➤ **Analisis SWOT**

Berikut analisis situasi tentang intervensi mandiri keperawatan yaitu pemberian aromaterapi isopropil alkohol untuk mengatasi keluhan mual dan muntah di IGD RSUD AWS, berdasarkan analisis *strength, weakness, Oportunity, Threat* (SWOT).

➤ **Strength (kekuatan)**

- RSUD Abdul Wahab Sjahranie adalah rumah sakit rujukan teratas yang merupakan tipe A, dengan standar akreditasi paripurna oleh KARS dan terakreditasi *Joint Commission International*. Sehingga mempunyai sarana dan prasarana yang lengkap untuk mendukung proses pendidikan profesi Ners.
- Pembimbing klinik yang ditunjuk oleh RSUD Abdul Wahab Sjahranie memiliki kompetensi yang sudah merupakan ners spesialis sebagai fasilitator untuk berdiskusi dan berkonsultasi dalam pelaksanaan inovasi.

- Dukungan dari manajemen RS dalam pelaksanaan inovasi terhadap pembaharuan yang dapat meningkatkan kualitas asuhan pelayanan keperawatan dan mengembangkan diri sebagai seorang klinisi.
 - RSUD Abdul Wahab Sjahranie telah mempunyai regulasi mengenai jenjang karir yang jelas bagi perawat klinis (PK) yaitu berupa PK I, PK II, PK III dan PK IV dengan kewenangan klinis yang berbeda pada setiap tingkatan.
 - RSUD Abdul Wahab Sjahranie mempunyai antusias dan perhatian cukup tinggi untuk mengembangkan ilmu keperawatan terbaru.
 - RSUD Abdul Wahab Sjahranie memiliki ruangan Instalasi Gawat Darurat (IGD) yang terbagi dalam berbagai bagian yaitu Ruang Triase, Ruang Anak, Ruang Resusitasi Anak, Ruang Medis, Ruang Resusitasi Dewasa, Ruang Bedah dan Ruang Obgyn dengan fasilitas dan sumber daya manusia yang lengkap dan memadai untuk memberikan pelayanan prima kepada pasien.
 - Perawat IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie aktif dalam himpunan perawat gawat darurat Indonesia dan aktif menghadiri pertemuan PPGD dan BTCLS setiap tahunnya sehingga perawat IGD mengikuti perkembangan ilmu terbaru terkait IGD
 - Mudah dan murah dilakukan pada setting IGD yang notabene sibuk dengan pasien yang datang sewaktu-waktu.
- **Weakness (kelemahan)**
- Perbandingan jumlah perawat dengan jumlah pasien belum sesuai baik di beberapa ruang rawat inap dan di ruang IGD.
 - Edukasi yang sistematis belum dijalankan kepada pasien gawat darurat atau pasien yang datang ke IGD sehingga kepatuhan dan efisiensi diri pasien rendah dalam perawatan dan pengobatan sehingga tingginya angka rawat inap kembali pada pasien.
 - Penambahan jumlah sarana prasarana yang belum diiringi dengan penambahan jumlah tenaga perawat.

➤ **Opportunity (peluang)**

- RSUD Abdul Wahab Sjahranie mengikuti program akreditasi Rumah Sakit seperti JCI sehingga menuntut rumah sakit khususnya pelayanan keperawatan meningkatkan kualitas asuhan keperawatan untuk menjadikan pelayanan sesuai dengan standar yang ada.
- RSUD Abdul Wahab Sjahranie akan mengembangkan unit IGD, sehingga pasien akan semakin banyak dan membutuhkan edukasi yang baik untuk mencapai *outcome* yang diharapkan

➤ **Threats (Ancaman)**

Tidak ada ancaman dalam melakukan inovasi ini.

➤ **Pelaksanaan Inovasi Keperawatan**

Responden dalam penerapan inovasi ini adalah seluruh pasien yang datang ke IGD RSUD AWS dengan keluhan mual dan muntah. Adapun kriteria responden disesuaikan dengan kedua jurnal utama yang menjadi acuan pada penerapan inovasi, adalah:

- a. Usia ≥ 18 tahun
- b. Datang ke UGD dengan keluhan utama mual atau muntah dengan skor ≥ 3 pada rentang 0-10 dengan skala respon numerik verbal
- c. Tidak memerlukan cairan iv cito

Sementara itu kriteria eksklusi responden adalah:

- d. Alergi terhadap isopropyl atau ranitidine
- e. Tidak mampu menghirup karena gangguan pada hidung termasuk rinitis dll
- f. Sedang mengonsumsi obat yang kontraindikasi dengan penggunaan alkohol seperti cefoperazone, disulfiram, or metronidazole;
- g. Perubahan status mental
- h. Riwayat pemanjangan segmen QT-segment prolongation; secara klinis suspek sindrom serotonin
- i. Hamil
- j. Mendapat cairan intravena

k. Mengonsumsi antiemetik pada saat triage

Prosedur pelaksanaan inovasi meliputi 3 tahap meliputi persiapan, pelaksanaan dan evaluasi. menyiapkan isopropil alkohol yang sudah tersedia di RS. Langkah terakhir dalam tahap persiapan adalah mempersiapkan protap pelaksanaan inovasi tentang aromaterapi isopropil alkohol untuk mengatasi mual dan muntah. Pada tahap evaluasi, penulis akan memaparkan hasil dari penerapan inovasi.

Pada tahap pelaksanaan yang dilakukan adalah mengidentifikasi pasien yang sesuai dengan kriteria inklusi responden pelaksanaan EBN, menjelaskan kepada pasien mengenai tujuan, manfaat dan prosedur pelaksanaan EBN, serta memperbolehkan pasien untuk bertanya, menilai skor mual dan muntah sebelum intervensi, memberikan isopropil alkohol pada , menilai skor mual dan muntah pada menit ke-0, 20 , 30 dan 60 setelah intervensi menggunakan skala VAS dan mendokumentasikan semua hasil yang diperoleh.

i. Hasil Penerapan Inovasi

Inovasi dilakukan pada 5 pasien. Karakteristik responden yang dipilih sesuai kriteria inklusi dengan karakteristik demografi sebagai berikut:

Tabel 3.3 Distribusi frekuensi pasien berdasarkan jenis kelamin, usia, diagnosa medis di RSUD AWS Desember 2018 (n = 10)

Karakteristik	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Usia(tahun)		
20-29	2	20
30-39	4	40
40-49	2	20
50-59	2	20
>60	0	0
Jenis kelamin		
Laki-laki	4	40
Perempuan	6	60
Diagnosa medis		
Appendiksitis	4	40
Ileus Obstruktif	2	20
Hernia Inkarserata	2	20
Peritonitis	2	20
Skor mual		
>3 – 6,9	4	40
7-10	6	60

Tabel 3.4 Rerata Tingkat Mual dan Muntah Pasien Pasca Intervensi di IGD AWS 2018 (n=10)

Waktu (jam setelah operasi)	Mual	Muntah
0	7,4	Tidak ada
20	6,5	Tidak ada
30	5,4	Tidak ada
60	1,5	Tidak ada

Berdasarkan analisis data didapatkan ada penurunan skor mual dan muntah setelah diberikan aromaterapi isopropil alkohol. Hal ini sesuai dengan respon klinis yang disampaikan kelima responden (100%) yang menyatakan setelah diberikan aromaterapi isopropil alkohol, keluhan mual berkurang dan muntah tidak ada



BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Infark miokard akut adalah proses rusaknya jaringan jantung karena adanya penyempitan atau sumbatan pada arteri koroner sehingga suplai darah pada jantung berkurang yang menimbulkan nyeri yang hebat pada dada. Serangan jantung biasanya terjadi jika suatu sumbatan pada arteri koroner menyebabkan terbatasnya atau terputusnya aliran darah kesuatu bagian dari jantung. Jika terputusnya dan berkurangnya aliran darah ini berlangsung lebih dari beberapa menit, maka jaringan kantung akan mati. Keluhan yang khas ialah nyeri dada resrosternal, seperti diremas-remas, ditekan, ditusuk, panas atau seperti ditindih barang berat.

B. Saran

1. Bagi perawat
 - a. Perawat sebaiknya memberikan edukasi kesehatan terkait dengan gangguan kenyamanan, pencegahan dan penatalaksanaan kepada pasien dan keluarga. Edukasi yang diberikan disesuaikan dengan kebutuhan pasien dan memperatimbangkan keadaan saat pasien pulang kerumah. Pemberian edukasi sebaiknya selama pasien dirawat sehingga dievaluasi.
 - b. Perawat juga perlu memberikan motivasi kepada pasien dan juga keluarga untuk mematuhi penatalaksanaan tentang klien dengan gangguan kenyamanan
 - c. Perawat dapat memberikan terapi relaksasi autogenik pada masalah nyeri akut dimana intervensi ini merupakan salah satu manajemen nyeri non-farmakologi menggunakan teknik distraksi atau pengalihan rasa nyeri sehingga pada klien dapat berkurang memberikan kenyamanan.
2. Pasien

Pasien sebaiknya mengubah gaya hidup lebih sehat, aktivitas fisik yang teratur, pola makan yang teratur mematuhi program pengobatan rutin control kerumah sakit

3. Institusi pendidikan

Disarankan bagi penulis selanjutnya agar dapat melakukan pembahasan lebih lanjut mengenai factor –faktor lain yang bisa mengurangi nyeri pada pasien dengan gangguan kardiovaskuler. Hal ini tentu saja akan menjadi landasan ilmu pengetahuan bagi perawat untuk bisa menerapkan tindakan keperawatan tersebut saat memberikan asuhan keperawatan kepada pasien.













