

KARYA ILMIAH AKHIR NERS (KIA-N)



JUDUL :

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. A DENGAN NON-ST SEGMENT
ELEVATION MYOCARD INFARCTION (N-STEMI) MELALUI
AROMA TERAPI LAVENDER UNTUK MENGURANGI
SKALA NYERI DADA DI RUANGAN ICCU RSUD.
ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI
TAHUN 2019**

OLEH :

**NOVIA GUSTI, S.Kep
NIM : 1814901661**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
STIKES PERINTIS PADANG
TAHUN 2018/2019**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS (KIA-N)

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. A DENGAN NON-ST SEGMENT
ELEVATION MYOCARD INFARCTION (N-STEMI) MELALUI
AROMA TERAPI LAVENDER UNTUK MENGURANGI
SKALA NYERI DADA DI RUANGAN ICCU RSUD.
ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI
TAHUN 2019**

Penelitian Kegawat Daruratan

*Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat dalam menyelesaikan
pendidikan profesi ners STIKes Perintis Padang*



**Oleh:
NOVIA GUSTI, S.Kep
NIM : 1814901661**

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STIKES PERINTIS PADANG
TAHUN 2018**

PROGRAM STUDI PROVESI NERS STIKES PERINTIS PADANG
KIA-N Juli 2019

NOVIA GUSTI , S.Kep
1814901661

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. A DENGAN NON-ST SEGMENT ELEVATION MYOCARD INFARCTION (N-STEMI) MELALUI AROMA TERAPI LAVENDER UNTUK MENGURANGI SKALA NYERI DADA DI RUANGAN ICCU RSUD. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI

Xi + V BAB + 95 Halaman + 3 Gambar + 2 Lampiran

ABSTRAK

Secara global PTM merupakan penyebab kematian no satu setiap tahunnya adalah kardiovaskuler. (Infodatin, 2018). Untuk data di Indonesia prevelensi penyakit jantung di masyarakat semakin hari semakin meningkat, prevelensi mencapai 7,2%. Tujuan pemberian aroma terapi pada pasien dengan diagnosa N-STEMI ini adalah untuk mengurangi skala nyeri dada pada klien Ny. A. Metode ini dilakukan dengan asuhan keperawatan pada klien Ny. A selama 3 hari dengan durasi 15 menit berturut-turut dengan intervensi pemberian aroma terapi lavender pada klien dengan nyeri dada. Hasil yang didapatkan bahwa adanya penurunan skala nyeri dada dari skala nyeri 5 hingga pasien pindah ke ruangan jantung dengan skala nyeri 1. Disimpulkan bahwa adanya pengaruh terapi aroma lavender untuk mengurangi skala nyeri dada pada klien N-STEMI. Hal ini dapat dilihat dari evaluasi yang telah dilakukan yang menunjukkan adanya perubahan yang signifikan pada Ny. A terhadap penurunan skala nyeri dada. Di harapkan pihak rumah sakit khususnya ruangan ICCU/ICCU dan ruangan jantung dapat memberikan informasi dan pengetahuan tentang pengaruh aromaterapi lavender untuk mengurangi skala nyeri dada yang bisa dilakukan di rumah sakit ataupun di rumah.

Kata Kunci : Aroma terapi lavender, non-st segmen elevation myocard infarction (n-stemi)
Daftar pustaka : 18 (2004 - 2018)

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Novia Gusti, S.Kep
Tempat tanggal lahir : Piladang 01 November 1995
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Anak ke : Dua dari Tiga Bersaudara
Alamat : Piladang
Nama Orang Tua
Nama Ayah : Agusnardi
Nama Ibu : Marniati
Pekerjaan Orang Tua
Ayah : Petani
Ibu : Ibu Rumah Tangga

Riwayat Pendidikan

1. TK Tunas Harapan Piladang : 2002 - 2003
2. SDN 02 Koto Tengah Batu Ampa : 2003 - 2009
3. SMPN 03 Kec Akabiluru : 2009 - 2014
4. Program Studi Sarjana Keperawatan : 2014 -2018

KATA PENGANTAR



Dengan nama Allah Yang Maha Pengasih Lagi Maha Penyayang. Segala puji dan syukur kehadiran Allah ST, karena atas berkah dan rahmat-Nya penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Ny. A Dengan Non-St Segmen Elevation Myocard Infarction (N-Stemi) Melalui Aroma Terapi Lavender Untuk Mengurangi Skala Nyeri Dada Di Ruangan Iccu Rsud. Achmad Mochtar Bukittinggi”**

Penulisan KIAN ini tidak lepas dari dukungan berbagai pihak yang telah membimbing dan memberikan arahan, demi terselesainya penulisan KIAN ini. Oleh karena itu, peneliti mengucapkan banyak terimakasih kepada :

1. Bapak Yendrizal Jafri, S.Kp, M.Biomed selaku Ketua STIKes Perintis Padang.
2. Ibu Ns. Mera Delma, M.Kep selaku Ketua Prodi Ilmu Keperawatan STIKes Perintis Padang.
3. Bapak Ns. Muhammad Arif, M.Kep selaku pembimbing II yang telah banyak memberikan bimbingan, arahan serta petunjuk dalam penyusunan KIAN ini.
4. Ibu Hj Misfatria Noor, M.Kep.Ns.Sp.Kep.MB selaku Pembimbing II yang juga telah meluangkan waktu dan pikiran dalam memberikan bimbingan dan saran kepada peneliti sebagai KIAN ini dapat diselesaikan

5. Yang teristimewa kepada ayahanda Agusnardi dan ibunda Marniati yang telah mebesarkan, mendidik dan mendoakanku, memberi dukungan moral maupun materil. Karena dengan ketulusan cinta, kasih, sayang, kepedulian dan perhatian dari mereka saya mampu menyelesaikan KIAN ini.
6. Kepada teman seperjuangan dalam suka dan duka dalam menyelesaikan KIAN ini serta bersama sama dalam menghadapi berbagai cobaan untuk tercapainya cita-cita.

Peneliti menyadari bahwa KIAN ini masih banyak terdapat kekurangan. Hal ini bukanlah suatu kesengajaan melainkan karena keterbatasan ilmu dan kemampuan peneliti. Akhir kata kepada-Nya jugalah kita berserah diri. Semoga laporan hasil ini dapat bermanfaat bagi kita semua, khususnya di bidang keperawatan. Amin.

Akhir kata penulis ucapkan terimakasih atas segala bantuan dari semua pihak yang terlibat dalam penulisan laporan hasil ini. Mudah-mudahan KIAN ini dapat bermanfaat bagi kita semua. Amin.

Bukittinggi, 24 Juli 2019

Peneliti

DAFTAR ISI

HALAMAN PERSETUJUAN

ABSTRAK

KATA PENGANTAR..... i

DAFTAR ISI.....ii

BAB I PENDAHULUAN..... 1

1.1 Latar Belakang..... 1

1.2 Rumusan Masalah..... 5

1.3 Tujuan 6

1.3.1 Tujuan Umum..... 6

1.3.2 Tujuan Khusus.....6

1.4 Manfaat.....6

1.4.1 Bagi Penulis..... 6

1.4.2 Bagi Instansi pendidikan..... 7

1.4.3 Bagi RSUD Dr. Achmad Muchtar Bukittinggi..... 7

BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....8

2.1 Konsep Ruang ICU.....8

2.1.1 Pengertian.....8

2.2 Konsep N-STEMI..... 18

2.2.1 Pengertian..... 18

2.2.2 Anatomi Fisiologi..... 19

2.2.3 Patofisiologi..... 23

2.2.4 Etiologi..... 23

2.2.5 Woc..... 27

2.2.6 Manifestasi Klinis..... 29

2.2.7 Pemeriksaan Diagnostik..... 29

2.2.8 Penatalaksanaan..... 30

2.2.9 Komplikasi..... 32

2.3 Konsep Nyeri..... 33

2.3.1 Pengertian..... 33

2.3.2 Klasifikasi.....	33
2.3.3 Fisiologi.....	34
2.3.4 Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri.....	36
2.3.5 Skala Penilaian Nyeri.....	36
2.4 Konsep Aromaterapi Lavender.....	37
2.4.1 Defenisi.....	37
2.4.2 Tujuan.....	38
2.4.3 Mekanisme.....	38
2.4.4 Prosedur Terapi Aroma Lavender.....	39
2.5 Konsep Asuhan Keperawatan.....	40
2.5.1 Pengkajian.....	40
2.5.2 Diagnosa keperawatan.....	48
2.5.3 Intervensi Keperawatan.....	50
2.5.4 Implementasi keperawatan.....	55
2.5.5 Evaluasi Keperawatan.....	55
BAB III LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA.....	56
3.1 Pengkajian.....	56
3.1.1 Identitas Klien.....	56
3.1.2 Pengkajian Primary Survey.....	57
3.1.3 Pemeriksaan Survey.....	58
3.1.4 Kebutuhan Pasien di Rumah dan di Rumah Sakit.....	60
3.1.5 Genogram.....	60
3.1.6 Pemeriksaan Fisik.....	61
3.1.7 Data Laboratorium.....	64
3.1.8 Hasil Pemeriksaan.....	64
3.1.9 Pengobatan.....	65
3.2 Data fokus.....	66
3.3 Analisa data.....	68
3.4 Diagnosa keperawatan.....	69
3.5 Intervensi.....	70
3.6 Catatan Perkembangan Klien.....	74

BAB IV PEMBAHASAN

4.1 Analisis Masalah Keperawatan Dengan Konsep Terkait.....	86
4.2 Analisis Salah Satu Intervensi Dengan Konsep dan Penelitian Terkait....	88
4.3 Alternatif Pemecahan Yang Dapat di Lakukan	90

BAB V PENUTUP

5.1 Kesimpulan.....	92
5.2 Saran.....	92
5.2.1 Bagi Penulis.....	92
5.2.2 Bagi Instansi Pendidikan.....	93
5.2.3 Bagi RSUD Achmad Mochtar Bukittinggi.....	93

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Istilah PTM atau lebih banyak dikenal dengan masyarakat yaitu penyakit tidak menular adalah salah satu penyebab tertingginya angka kematian di dunia. Setiap tahunnya lebih dari 36 juta orang meninggal karena penyakit tidak menular (PTM). Secara global PTM penyebab kematian nomor satu setiap tahunnya adalah penyakit kardiovaskuler (Infodatin, 2018). Untuk data di Indonesia prevelensi penyakit jantung di masyarakat semakin hari semakin meningkat, prevelensi mencapai 7,2% (Kemenkes, 2018).

Salah satu jenis penyakit jantung yang paling banyak ditemui ialah Acute Coronary Syndrome (ACS). ACS adalah penyakit yang disebabkan oleh terjadinya aterosklerosis atau pembentukan plak pada pembuluh darah yang mana akan menghambat proses aliran darah di miokard, ACS meliputi UAP (Unstable Angina Pectoris), STEMI (Infark miokard elevasi dengan segment ST) dan NSTEMI (Infark miokard tanpa elevasi segment ST) (Douglas, 2010).

Prevelensi NSTEMI dan UAP lebih tinggi dimana pasien-pasien yang mengalami ini biasanya dengan berusia lanjut. Selain itu, mortalitas awal NSTEMI dan UAP lebih rendah dibandingkan STEMI namun setelah berjalan 6 bulan, mortalitas keduanya berimbang dan secara jangka panjang, mortalitas NSTEMI lebih tinggi (PDSKI, 2015).

Penyakit NSTEMI disebabkan oleh obstruksi atau sumbatan yang terjadi dikoronar sehingga akan terjadi penurunan suplai oksigen dan memperberat kerja jantung (Starry,2015). Obstruksi pada pasien NSTEMI disebabkan karena adanya trombosis akut dan proses vasokonstriksi koroner. Terjadinya trombosis akut diawali dengan ruptur plak aterosklerotik yang tidak stabil. Plak tersebut akan menyebabkan proses inflamasi dilihat dari jumlah makrofag dan limfosit T (Hendriarto, 2014).

Faktor risiko NSTEMI meliputi jenis kelamin, usia, riwayat keluarga dengan kardiovaskuler serta adanya faktor risiko yang dapat dimodifikasi. Faktor risiko yang dapat dimodifikasi meliputi hipertensi, hiperlipidemia, diabetes melitus, gaya hidup dan merokok (Jeff C, 2010).

Gejala klinis pasien dengan NSTEMI yang akan muncul pada pemeriksaan penunjang ialah terjadinya perubahan hasil rekaman jantung berupa adanya inversi pada gelombang T, munculnya depresi disegmen ST ,atau adanya elevasi segmen ST yang bersifat sementara. Kadang kadang akan ditemukan hasil EKG-nya normal secara keseluruhan namun untuk proses lanjut diagnosa yaitu terjadinya peningkatan pada hasil labor berupa troponin I ataupun troponin T dimana ini merupakan enzim yang berada pada jantung. Kemudian pada klien dengan angina tidak terjadinya peningkatan pada enzim jantung, yang mana ini berbeda pada pasien NSTEMI.

Selain terjadinya kelainan pada hasil EKG, Keluhan yang sering muncul pada NSTEMI adalah perasaan tidak nyaman (nyeri) dada yang biasanya nyeri ini

akan menjalar ke punggung, leher, bahu dan epigastrium dimana kualitas nyeri ini seperti ditusuk- tusuk,diremas- remas, ditekan atau bahkan sampai seperti ditindih. Selain perasaan nyeri klien biasanya akan mengeluh mual, muntah, sesak atau dyspnea, sakit kepala, rasa berdebar- debar, cemas bahkan sampai keringat dingin (Alwi, 2010).

Penatalaksanaan nyeri dada yang tepat pada pasien dengan NSTEMI sangat menentukan prognosis penyakit. Penatalaksanaan nyeri pada NSTEMI dapat dilakukan melalui terapi medikamentosa dan asuhan keperawatan. Perawat memiliki peran dalam pengelolaan nyeri pada pasien dengan NSTEMI. Intervensi keperawatan meliputi intervensi mandiri maupun kolaboratif (Tri, 2015).

Rencana keperawatan yang dapat dilakukan pada pasien NSTEMI yaitu berupa teknik nonfarmakologi, sedangkan intervensi kolaboratif berupa pemberian farmakologis yaitu pemberian analgesik. Intervensi nonfarmakologis mencakup terapi agen fisik dan intervensi perilaku kognitif. Salah satu intervensi keperawatan nonfarmakologi yang digunakan untuk mengurangi nyeri adalah dengan pemberian aromaterapi lavender. Efek aromaterapi positif karena aroma yang segar dan harum akan merangsang sensori dan akhirnya mempengaruhi organ lainnya sehingga akan menimbulkan efek yang kuat terhadap emosi (Wong, 2010).

Aromaterapi adalah suatu metode dalam relaksasi yang menggunakan minyak essensial dalam pelaksanaannya berguna untuk meningkatkan kesehatan fisik,

emosi dan spirit seseorang (Monahan, Sand, Neighbors, Green, 2007; Koensoemardiyah, 2009) dalam Tetti, (2015).

Aromaterapi lavender juga dapat memberikan ketenangan, keseimbangan, rasa nyaman, rasa keterbukaan dan keyakinan. Dan juga akan mengurangi rasa tertekan, rasa sakit. Aromaterapi lavender dapat dijadikan teknik relaksasi dimana lavender ini bermanfaat untuk mengurangi rasa nyeri (Hutosoit, 2012). Kandungan minyak lavender ialah linalool-nya dimana zat ini bermanfaat sebagai relaksasi dan mengurangi nyeri. Aromaterapi ini dapat diberikan dengan cara inhalasi atau dihirup yang nantinya akan masuk ke sistem saraf pusat yaitu sistem limbik sehingga kita akan mencium aroma lavender setelah itu pada saat kita menghirup aroma lavender, zat yang terkandung pada lavender akan masuk ke sistem saraf pusat dan diteruskan ke otak sehingga akan terjadinya proses relaksasi pada pasien tersebut (Iga, 2016).

Hasil penelitian tentang aromaterapi lavender sudah membuktikan bahwa aromaterapi lavender dapat mengurangi nyeri. Penelitian yang dilakukan oleh Dasna yang berjudul Efektifitas Terapi aroma bunga Lavender Terhadap Penurunan Skala Nyeri Pada Klien Infark Miokard yang dengan uji wilcoxon didapatkan hasil 0,001 ($p \text{ value} < 0,05$) sehingga dapat disimpulkan bahwa aromaterapi lavender efektif untuk menurunkan skala nyeri pasien infark miokard.

Hasil penelitian yang juga dilakukan oleh Mutia Anwar (2018) yang berjudul pengaruh aromaterapi lavender terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien

pasca operasi sectio caesar dengan uji wilcoxon di dapatkan hasil p value 0,000 ($p \text{ value } 0.000 < \alpha 0.05$) maka dapat di simpulkan bahwa ada pengaruh pemberian teknik relaksasi aromaterapi lavender terhadap penurunan intensitas nyeri post operasi sectio caesar.

Hasil wawancara yang di lakukan pada petugas di ruangan ICCU di dapatkan hasil bahwa di ruangan iccu belum pernah di lakukan pemberian aromaterapi lavender untuk menurunkan skala nyeri pada pasien infark miokard.

Berdasarkan uraian diatas, penulis akan melakukan Asuhan Keperawatan pada Ny A pasien N-STEMI (Non-ST segmen elevation myocard infarction) dengan intervensi pemberian terapi aroma lavender terhadap penurunan skala nyeri di Ruang ICU/ICCU RSUD Dr Achmad Mochtar Bukittinggi untuk dijadikan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) pada siklus keperawatan gawat darurat.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang maka saya akan menerapkan asuhan keperawatan pada klien N-STEMI (Non-ST segmen elevation myocard infarction) dengan intervensi pemberian terapi aroma lavender terhadap penurunan skala nyeri di Ruang ICU/ICCU RSUD Dr Achmad Mochtar Bukittinggi untuk di jadikan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) pada siklus keperawatan gawat darurat.

1.3 TUJUAN

1.3.1 Tujuan Umum

Mampu menerapkan asuhan keperawatan kegawat daruratan pada klien N-STEMI (Non-ST segmen elevation myocard infarction) dengan intervensi pemberian terapi aroma lavender terhadap penurunan skala nyeri di Ruang ICU/ICCU RSUD Dr Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2019.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mahasiswa mampu memahami konsep dasar N-STEMI (pengertian, anatomi fisiologi, patofisiologi, etiologi, manifestasi klinis, pemeriksaan diagnostik, penatalaksanaan, komplikasi)
- b. Mahasiswa mampu melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan N-STEMI
- c. Mahasiswa mampu melakukan salah satu intervensi jurnal keperawatan pada penyakit N-STEMI
- d. Mahasiswa mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan dengan intervensi aromaterapi lavender pada klien dengan diagnosa N-STEMI

1.4 MANFAAT

1.4.1 Bagi Penulis

Mampu menerapkan asuhan keperawatan berdasarkan teori dan epidenbes sehingga dapat memberikan pelayanan profesional dengan klien N-STEMI di Ruang ICU/ICCU RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.

1.4.2 Bagi Instansi Pendidikan

Sebagai bahan masukan kepada institusi pendidikan yang dapat di jadikan sebagai bahan ajar untuk perbandingan dalam pemberian konsep asuhan keperawatan gaawat darurat secara teori dan praktik.

1.4.3 Bagi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi

Sebagai bahan acuan kepada tenaga kesehatan RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi dalam meningkatkan pelayanan yang lebih baik dan dapat menjadi rujukan ilmu dalam menerapkan intervensi mandiri perawat disamping intervensi medis.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Ruangan Icu



Gambar 2.1

Perawatan intensif merupakan pelayanan keperawatan yang saat ini sangat perlu untuk di kembangkan di Indonesia yang bertujuan akan memberikan asuhan kepada pasien dengan penyakit yang potensi, akan memberikan asuhan pada pasien yang memerlukan observasi yang sangat ketat atau tanpa pengobatan yang tidak dapat diberikan di dalam ruangan perawatan umum memberikan pelayanan kesehatan bagi pasien dengan adanya kerusakan organ umum paru mengurangi kesakitan dan kematian yang dapat dihindari oleh pasien-pasien dengan penyakit kritis (*Adam & Osbone, 1997*)

2.1.1 Pengertian

Merupakan suatu tempat unit sendiri di dalam Rumah Sakit yang memiliki staf khusus, peralatan khusus ditujukan untuk menanggulangi pasien karena penyakit, trauma atau komplikasi penyakit lain.

2.1.2 Staf Khusus

Adalah dokter dan perawat yang terlatih, berpengalaman dalam Intensive Care (*Perawatan dan terapi Intensif*) dan yang mampu memberikan pelayanan 24 jam.

2.1.3 Peralatan Khusus ICU

Yaitu alat-alat untuk menopang fungsi vital, alat untuk prosedur diagnostic dan alat Emergency lainnya

2.1.4 Tujuan Pengelolaan di ICU

- a. Melakukan tindakan dalam mencegah terjadinya kematian atau cacat
- b. Mencegah terjadinya kesulitan
- c. Menerima rujukan dari level yang rendah & melakukan rujukan ke level yang tinggi

2.1.5 Macam–macam ICU dan fungsi ICU dibagi beberapa unsur yaitu :

a. ICU Khusus

Tempa pasien di rawat sesuai dengan jenis penyakit yang ada. Contoh :

1. ICCU (*Intensive Coronary Care Unit*) pasien dirawat dengan gangguan pembuluh darah Coroner.
2. Respiratory Unit Pasien yang mengalami penyakit pernafasan
3. Renal Unit dimana pasien dengan gangguan ginjal.

b. ICU Umum

Yaitu pasien yang dirawat merupakan pasien yang sakit parah dan akut, di bagian RS menurut umur ICU anak & neonatus dipisahkan dengan ICU dewasa

2.1.6 Klasifikasi Pelayanan ICU

a. ICU Primer

1. Mampu memberi pengelolaan resusitasi, tunjangan, kardio respirasi jangka pendek
2. Melihat dan mencegah pasien yang berisiko
3. Ventilasi mekanik dan pemantauan kardiovaskuler selama beberapa jam
4. Ruangan berdekatan dengan kamar bedah
5. Kebijakan / criteria pasien masuk, keluar dan rujukan
6. Kepala : dokter spesialis anestesi
7. Dokter jaga 24 jam, mampu RJP
8. Konsultan dapat dihubungi dan dipanggil setiap saat
9. Jumlah perawat cukup dan sebagian besar terlatih
10. Pemeriksaan Laborat : Hb, Hct, Elektrolit, GD, Trombosit
11. Kemudahan Rontgen dan Fisioterapi

b. ICU Sekunder

1. Memberikan pelayanan ICU umum yang mampu mendukung kedokteran umum, bedah, trauma, bedah syaraf, vaskuler dsb
2. Tunjangan ventilasi mekanik lebih lama.
3. Ruangan khusus dekat kamar bedah

4. Kebijakan dan kriteria pasien masuk, keluar dan rujukan
5. Kepala intensif, bila ada SpAn.
6. Dokter jaga 24 jam mampu RJP (A,B,C,D,E,F)
7. Rasio pasien : perawat = 1 : 1 untuk pasien dengan ventilator,RT dan
2 : 1 untuk pasien lainnya.
8. 50% perawat bersertifikat ICU dan berpengalaman kerja minimal 3
tahun di ICU
9. Mampu memberikan pemantauan intensif
10. Labor, Ro, fisioterapi dalam 24 jam

c. ICU Tersier

1. Memberi layanan ICU tertinggi termasuk dukungan hidup multi
sistem (ventilasi mekanik , kardiovaskuler, renal) dalam jangka
waktu yang terbatas
2. Ruangan khusus
3. Kebijakan keluar masuk rujukan
4. Kepala : intensif
5. Dokter jaga 24 jam, mampu RJP (A,B,C D,E,F)
6. Ratio pasien : perawat = 1:1 untuk pasien dengan ventilator, RT dan
2 : 1 untuk pasien lainnya.
7. 75% perawat bersertifikat ICU minimal berpengalaman kerja di
selama 3 tahun.
8. Mampu memberikan pemantauan non invasif maupun intensif

9. Laborat, Ro, Fisioterapi selama 24 jam
10. Memiliki pendidikan medik dan perawat
11. Memiliki prosedur laporan resmi dan pengkajian Mempunyai staf administrasi, rekam medik dan tenaga lain

2.1.7 Syarat - syarat Ruang ICU

1. Terletak di sentral RS dekat dengan kamar bedah serta kamar pemulihan (Recovery Room)
2. Suhu ruangan usahakan 22-25 C, nyaman , energi tidak banyak keluar.
3. Ruang tertutup tidak terkontaminasi dari luar.
4. Merupakan ruangan aseptik & ruangan antiseptic dan dibatasi oleh kaca-kaca.
5. Tempat tidur dilengkapi alat-alat khusus
6. Tempat tidur pun harus dapat diubah dengan segala posisi.
7. Petugas atau pengunjung memakai pakaian khusus jika memasuki ruangan isolasi.
8. Tempat dokter & perawat harus sedemikian rupa sehingga mudah untuk mengobservasi pasien

2.1.8 Ketenagaan

- a. Tenaga medis
- b. Tenaga perawat yang terlatih
- c. Tenaga Laboratorium
- d. Tenaga non perawat : pembantu perawat , cleaning servis

e. Teknisi

2.1.9 Sarana & Prasarana yang harus ada di ICU

1. Lokasi : berdekatan dengan kamar bedah & Recovery Room
2. RS jumlah pasien lebih 100 orang sedangkan untuk R.ICU antara 1-2 % dari jumlah pasien secara keseluruhan.
3. Bangunan : terisolasi dilengkapi oleh : pasien monitor, alat komunikasi, ventilator, AC, pipa air, untuk mengeluarkan udara, lantai mudah dibersihkan, keras dan rata, tempat cuci tangan dapat dibuka dengan menggunakan siku & tangan, pengeringan setelah cuci tangan
4. R.Dokter & R. Perawat
5. R.Tempat buang kotoran
6. R. tempat menyimpan barang & obat
7. R. tunggu keluarga pasien
8. R. pencucian alat Dapur
9. Pengering setelah cuci tangan
- 10.R.Dokter & R. Perawat
11. R.Tempat buang kotoran
12. R. tempat penyimpanan barang & obat
13. Sumber air dan listrik cadangan/ generator, emergensi lamp Sumber O2 sentral Suction sentral leari alat tenun & obat, instrument dan alat kesehatan dalam lemari pendingin (kulkas) Laborat kecil
14. Alat-alat penunjang a. Ventilator,Nabulaizer, Jacksion Reese, Monitor ECG,tensimeter mobile,Resusitato, Defibrilator, Termometer electric dan

manual, Infus pump, Syring pump, O₂ transport, CVP, Standart infuse, Trolley Emergency, Papan resusitasi, Matras anti decubitus, ICU kid, Alat SPO₂, Suction continius pump dll.

2.1.9 Indikasi Masuk ICU

a. Prioritas 1

Penyakit dengan gangguan akut daerah organ vital memerlukan terapi intensif dan agresif.

1. Gangguan gagal nafas akut
2. Gangguan gagal sirkulasi
3. Gangguan gagal susunan syaraf
4. Gangguan gagal ginjal

b. Prioritas 2

Mementauan atau observasi intensif secara eksklusif arau keadaan-keadaan dapat menimbulkan ancaman gangguan pada sistem organ vital.

Misal :

1. Mengobservasi intensif pasca bedah operasi : post trepanasi, post open heart, post laparatomy dalam komplikasi, dll.
2. Observasi intensif pasca henti jantung dengan keadaan stabil
3. Observasi dengan pasca bedah penyakit jantung.

c. Prioritas 3

Pasien dalam keadaan sakit kritis namun tidak stabil tidak mempunyai harapan kecil untuk kesembuhan (prognosa jelek). Pasien pada kelompok

ini mungkin perlu terapi intensif untuk mengatasi penyakit akut, namun tidak dilakukan tindakan invasif Intubasi atau Resusitasi Kardio Pulmoner

NB : *Px. prioritas 1 harus didahulukan dari pada prioritas 2 dan 3*

2.1.10 Indikasi Keluar ICU

- a. Penyakit dan keadaan pasien telah baik dan cukup stabil.
- b. Terapi dan perawatan intensif tidak memberi hasil pada pasien.
- c. Pada saat sekarang pasien tidak menggunakan ventilator. Pasien terjadi kematian batang otak.
- d. Pasien mengalami stadium akhir (ARDS stadium akhir)
- e. Pasien atau keluarga menolak dirawat lebih lanjut di ICU (pulang paksa)
- f. Pasien atau keluarga perlu terapi yang lebih gawat untuk masuk ICU dan tempat penuh.

Prioritas pasien keluar dari ICU

1. Prioritas I dipindah jika pasien tidak membutuhkan perawatan intensif lagi, terapi mengalami kegagalan, prognosa jangka pendek sedikit kemungkinan bila perawatan intensif dilanjutkan misalnya : pasien yang mengalami tiga atau lebih gangguan sistem organ yang tidak berespon terhadap pengelolaan agresif.
2. Prioritas II pasien pindah apabila hasil pemantauan intensif menunjukkan bahwa perawatan intensif tidak membutuhkan pemantauan intensif.
3. Prioritas III tidak ada kebutuhan untuk terapi intensive jika diketahui kemungkinan untuk pemulihan kembali sangat kecil namun

keuntungan terapi hanya sedikit manfaatnya misal : pasien dengan penyakit paru kronis, liver terminal, metastase carcinoma

2.1.11 Tugas Perawat ICU

a. Identifikasi masalah

b. Observasi 24 jam

1. Kardiovaskuler : Aliran darah, nadi, EKG, perfusi perifer, CVP
2. Respirasi : Hitung pernafasan, setting ventilator, menginterpretasikan hasil BGA, keluhan, pemeriksaan fisik dan foto thorax.
3. Ginjal : jumlah urine tiap jam dalam 24 jam
4. Pencernaan : pemeriksaan fisik, cairan lambung, intake oral, muntah, diare
5. Tanda infeksi : meningkat suhu tubuh/penurunan (hipotermi), pemeriksaan kultur, berapa lama antibiotic yang diberikan
6. Nutrisi klien : sentral, parenteral
7. Mencatat hasil labor yang abnormal.
8. Kontrol ETT setiap saat dan awasi secara kontinyu saat proses perawatan
9. Hitung intake atau output (balance cairan)

Dalam penanganan pasien gawat diperlukan 3 kesiapan :

Siap mental

Siap pengetahuan dan ketrampilan

Siap alat dan obat-obatan

Urutan prioritas penanganan kegawatan didasarkan pada 6B yaitu :

- B-1 Breath - Sistem pernafasan
- B-2 Bleed - Sistem peredaran darah
- B-3 Brain - Sistem syaraf pusat
- B-4 Blader - Sistem urogenital
- B-5 Bowel -Sistem pencernaan
- B-6 Bone - Sistem tulang dan persendian

2.1.12 Pasien Kritis

Fisiologis tidak stabil memerlukan monitoring serta terapi intensif.

1. Ruang Lingkup Keperawatan Intensive :

- a. Diagnosis dan penatalaksanaan spesifik penyakit akut yang mengancam nyawa dapat menimbulkan kematian dalam waktu beberapa menit sampai beberapa hari
- b. berikan bantuan untuk mengambil alih fungsi vital tubuh untuk melakukan kegiatan spesifik memenuhi kebutuhan dasar
- c. Pantau fungsi vital tubuh dan pelaksanaan terhadap komplikasi yang timbul oleh :
 - Penyakit
 - Kondisi pasien yang meburuk akibat pengobatan ataupun terapi
 - Memberikan bantuan psikologis pada pasien yang tergantung pada fungsi alat / mesin dan orang lain

2.1.13 Standar minimum pelayanan ICU :

- a. Resusitasi jantung dan paru.
- b. Perjalanan jalan nafas
- c. Terapi oksigen
- d. Pantau EKG, pulse Oksimetri kontinyu
- e. Memberi nutrisi sentral atau parental
- f. Pemeriksaan Laboratorium yang cepat
- g. Melaksanakan terapi tertitiasi
- h. Memberi tunjangan fungsi Vital selama transportasi
- i. Pemberian fisioterapi.

2.2 Konsep N-STEMI

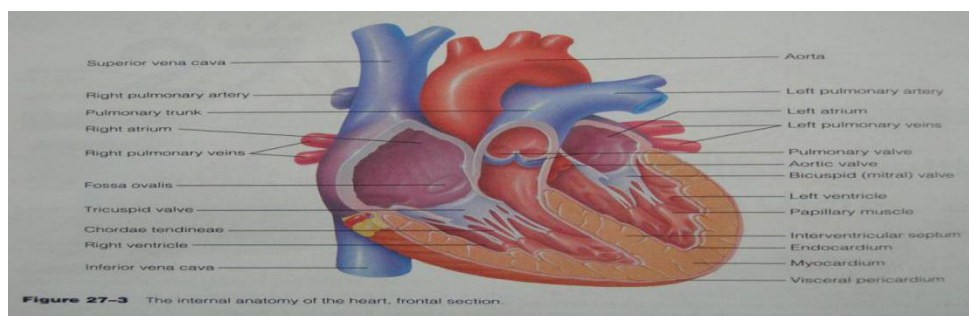
2.2.1 Pengertian

Sindrom Koroner Akut (SKA) adalah suatu terminologi yang digunakan dalam menggambarkan suatu keadaan atau kumpulan proses penyakit yang meliputi angina pektoris tidak stabil/APTS (unstable angina/UA) infark miokard gelombang nonQ atau infark miokard tanpa elevasi segmen ST (Non-ST elevation myocardial infarction/ NSTEMI), dan infark miokard gelombang Q atau infark miokard dengan elevasi segmen ST (ST elevation myocardial infarction/STEMI) (Morton, 2012).

Infark miokard akut adalah sebagai nekrosis miokardium yang disebabkan tidak adekuatnya aliran darah akibat sumbata pada arteri koroner. Sumbatan ini sebagian besar di sebabkan karena terjadinya trombosis vasokonstriksi reaksi inflamasi, dan microembolisasi distal. (Muttaqin,A, 2013).

Non ST Elevasi Infark Miokard merupakan adanya ketidak seimbangan permintaan dan suplai oksigen ke miokardium terutama akibat penyempitan oleh arteri koroner akan menyebabkan iskemia miokardium lokal. Iskemia yang bersifat sementara akan menyebabkan perubahan reversible pada tingkat sel dan jaringan (Sylvia, 2009).

2.2.2 Anatomi Fisiologi Jantung



Gambar 2.2

Jantung adalah sebuah organ yang terdiri dari otot. Otot jantung adalah jaringan istimewa saat dilihat dari bentuk dan susunannya sama dengan otot serat lintang, tetapi cara kerja menyerupai otot polos yaitu di luar kemauan kita. Jantung terlihat menyerupai jantung pisang, bagian atas tumpul (pangkal jantung) dan disebut juga basis kordis. Di sebelah bawah terlihat runcing yang disebut apeks kordis. Jantung terletak di dalam rongga dada di sebelah depan (kavum mediastinum anterior), disebelah kiri bawah dari pertengahan rongga dada, di atas diafragma, dan pangkalnya terdapat di belakang kiri antara kosta V dan VI dua jari di bawah papilla mammae. Pada daerah ini teraba adanya denyutan jantung disebut iktus kordis. Ukurannya kira-kira sebesar genggam tangan kanan dan beratnya mencapai 250-300 gram. Di antara dua lapisan jantung terdapat lendir sebagai pelicin dalam

menjaga supaya gesekan antara pericardium pleura tidak menimbulkan gangguan pada jantung (Syarifuddin, 2013).

Jantung terdiri dari jaringan dengan memiliki fungsi kontraksi. Dan hampir dari seluruh berat jantung, terdiri dari otot bergaris. Jika ia berkontraksi dan berelaksasi, maka timbul perubahan tekanan di daerah jantung atau pembuluh darah, yang menyebabkan aliran darah di seluruh jaringan tubuh. Otot jantung, merupakan jaringan sel-sel yang bersifat “Kontraktif” (pegas) dan terdapat di dalam atrium maupun ventrikel, serta memiliki kemampuan meneruskan rangsang listrik jantung secara mudah dan cepat di seluruh bagian otot-otot jantung.

Tiap sel otot jantung di pisahkan oleh satu sama lain “intercalated discs” dan cabangnya membentuk suatu anyaman di daerah jantung. “intercalated discs” inilah yang dapat mempercepat aliran rangsang listrik potensial di antara serabut-serabut sel otot-otot jantung. Proses demikian itu terjadi karena intercalated discs memiliki tahanan aliran listrik potensial yang sedikit rendah dibandingkan bagian otot jantung lainnya. Namun keadaan inilah yang mempermudah timbulnya mekanisme “Excitation” di semua daerah jantung. Otot jantung tersusun sedemikian rupa, sehingga membentuk ruang jantung dan menjadikan jantung sebagai a globular muscular organ. Jaringan serabut elastisnya membentuk suatu lingkaran yang mengelilingi katup-katup jantung. Otot-otot atrium umumnya tipis dan terdiri dari dua lapisan yang berasal dari sudut sebelah kanan jantung, namun otot ventrikelnya lebih tebal dan terdiri dari tiga lapis yaitu lapisan

superficial, lapisan tengah dan lapisan dalam. Ventrikel kiri memiliki dinding 2-3 kali lebih tebal daripada dinding ventrikel kanan dan mendominasi bangunan dasar otot jantung dalam membentuk ruang-ruangnya. Ketiga lapisan otot jantung tersebut berkesinambungan satu dengan lainnya, dengan lapisan superficial berlanjut menjadi lapisan tengah dan lapisan dalam. Di dalam ventrikel, ketiga lapisan otot jantung tersebut mengandung berkas-berkas serabut otot (Masud Ibnu, 2012)

Jantung merupakan sebuah organ yang terdiri dari otot jantung, bentuk dan susunannya sama dengan otot serat lintang tetapi cara kerjanya menyerupai otot polos yaitu diluar kesadaran.

a. Bentuk

Menyerupai jantung pisang, bagian atasnya tumpul dan disebut juga basis cordis. Disebelah bawah agak ruang disebut apexcordis.

b. Letak

Di dalam rongga dada sebelah depan (cavum mediastinum arteriol), sebelah kiri bawah dari pertengahan rongga dada, di atas diafragma dan pangkalnya dibelakang kiri ICS 5 dan ICS 6 dua jari dibawah papilla mammae. Pada tempat itu teraba adanya pukulan jantung yang disebut Ictus Cordis.

c. Ukuran

Kurang lebih sebesar kepalan tangan dengan berat kira-kira 250-300 gram.

d. Lapisan

- 1) Endokardium : Lapisan jantung sebelah dalam, yang menutupi katup jantung.
- 2) Miokardium : Lapisan inti dari jantung yang berisi otot untuk berkontraksi.
- 3) Perikardium : Lapisan bagian luar yang berdekatan dengan pericardium viseralis.

Jantung sebagai pompa karena fungsi jantung adalah untuk memompa darah sehingga dibagi jadi dua bagian besar, yaitu pompa kiri dan pompa kanan. Pompa jantung kiri: peredaran darah yang mengalirkan darah ke seluruh tubuh dimulai dari ventrikel kiri – aorta – arteri - arteriola-kapiler – venula - vena cava superior dan inferior - atrium kanan.

2.2.3 Patofisiologi

NSTEMI disebabkan oleh penurunan suplai oksigen dan peningkatan kebutuhan oksigen miokard yang diperberat oleh obstruksi koroner. NSTEMI dapat terjadi karena trombosis akut atau proses vasokonstriksi koroner. Trombosis akut pada arteri koroner disebabkan dengan adanya ruptur plak yang tidak stabil. Plak yang tidak stabil ini biasanya mempunyai lipid yang besar, densitas otot polos yang rendah, fibrous cap yang tipis dan konsentrasifaktor jaringan yang tinggi. Inti lemak yang cenderung ruptur mempunyai konsentrasi ester kolesterol dengan proporsi asam lemak tak jenuh yang tinggi. Pada daerah ruptur plak dijumpai sel makrofag dan limfosit T yang menunjukkan adanya proses inflamasi. Sel-sel ini akan mengeluarkan

sitokin proinflamasi seperti TNF α , dan IL-6. Selanjutnya IL-6 merangsang pengeluaran hsCRP di hati.(Sudoyono Aru W, 2010).

2.2.4 Etiologi

NSTEMI disebabkan karena penurunan suplai oksigen dan peningkatan kebutuhan oksigen miokard yang dialami oleh obstruksi Koroner. NSTEMI terjadi akibat thrombosis akut atau prosesvasokonstriksi koroner, sehingga terjadi iskemia miokard dapat menyebabkan jaringan nekrosis miokard dengan derajat lebih kecil, biasanya terbatas pada sub endokardium.

Keadaan ini dapat menyebabkan elevasi segmen ST, namun penyebab pelepasan penanda nekrosis. Penyebab paling umum yaitu penurunan perfusi miokard penghasil dari penyempitan arteri koroner disebabkan oleh thrombusnonocclusive namun telah dikembangkan daerah plak aterosklerotik terganggu.

1) Faktor resiko yang tidak dapat dirubah :

- a. Umur
- b. Jenis kelamin
- c. Riwayat penyakit jantung
- d. Hereditas
- e. Ras

2) Faktor resiko yg dapat di ubah :

- a. Mayor : hipertensi, merokok, obesitas, diet tinggi lemak jenuh, diabetes, kalori, hyperlipidemia,

- b. Minor : emosional, agresif, inaktifitas fisik, stress psikologis berlebihan, ambisius,

3) Faktor penyebab

- a. Trombus tidak oklusif pada plak yang sudah ada

Penyebab yang sering SKA yaitu penurunan perfusi miokard karena penyempitan arteri koroner sebagai akibat dari trombus pada plak aterosklerosis yang robek atau pecah namun biasanya tidak sampai menyumbat. Mikroemboli (emboli kecil) dari agregasi trombosit beserta komponennya dari plak yang ruptur, yang mengakibatkan infark di daerah distal, Penyebab keluarnya tanda kerusakan miokard pada banyak pasien.

- b. Obstruksi dinamik

Penyebab yang agak jarang adalah obstruksi dinamik, yang mungkin diakibatkan oleh spasme fokal yang terus menerus pada segmen arteri koroner epikardium (angina Prinzmetal). Spasme ini disebabkan oleh hiperkontraktilitas otot polos pembuluh darah dan/atau akibat disfungsi endotel. Obstruksi dinamik koroner juga mengakibatkan oleh konstriksi abnormal pada pembuluh darah yang kecil.

- c. Obstruksi mekanik yang progresif

Penyebab ke tiga SKA adalah penyempitan begitu hebat namun bukan karena spasme atau trombus. Ini terjadi pada beberapa pasien dengan aterosklerosis progresif dengan stenosis ulang setelah intervensi koroner perkutan (PCI).

d. Inflamasi dan infeksi

Penyebab ke empat yaitu inflamasi, disebabkan karena yang terhubung dengan infeksi, dan mungkin menyebabkan sempitan arteri, destabilisasi plak, ruptur dan trombogenesis. Makrofag pada limfosit-T di dinding plak ditingkatkan ekspresi enzim seperti metaloproteinase, yang dapat berakibat penipisan dan ruptur plak, sehingga bisa mengakibatkan SKA.

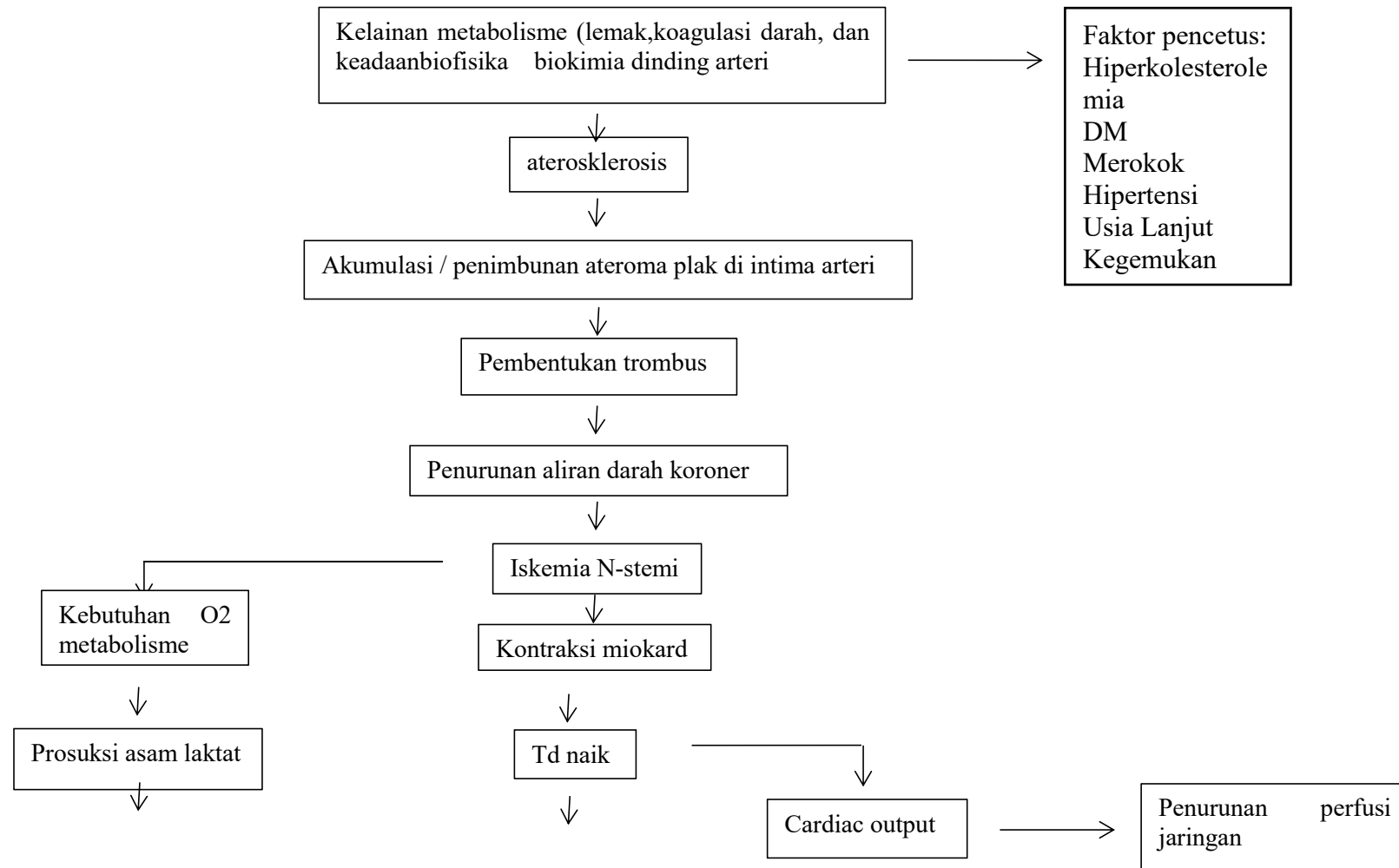
e. Faktor atau keadaan pencetus

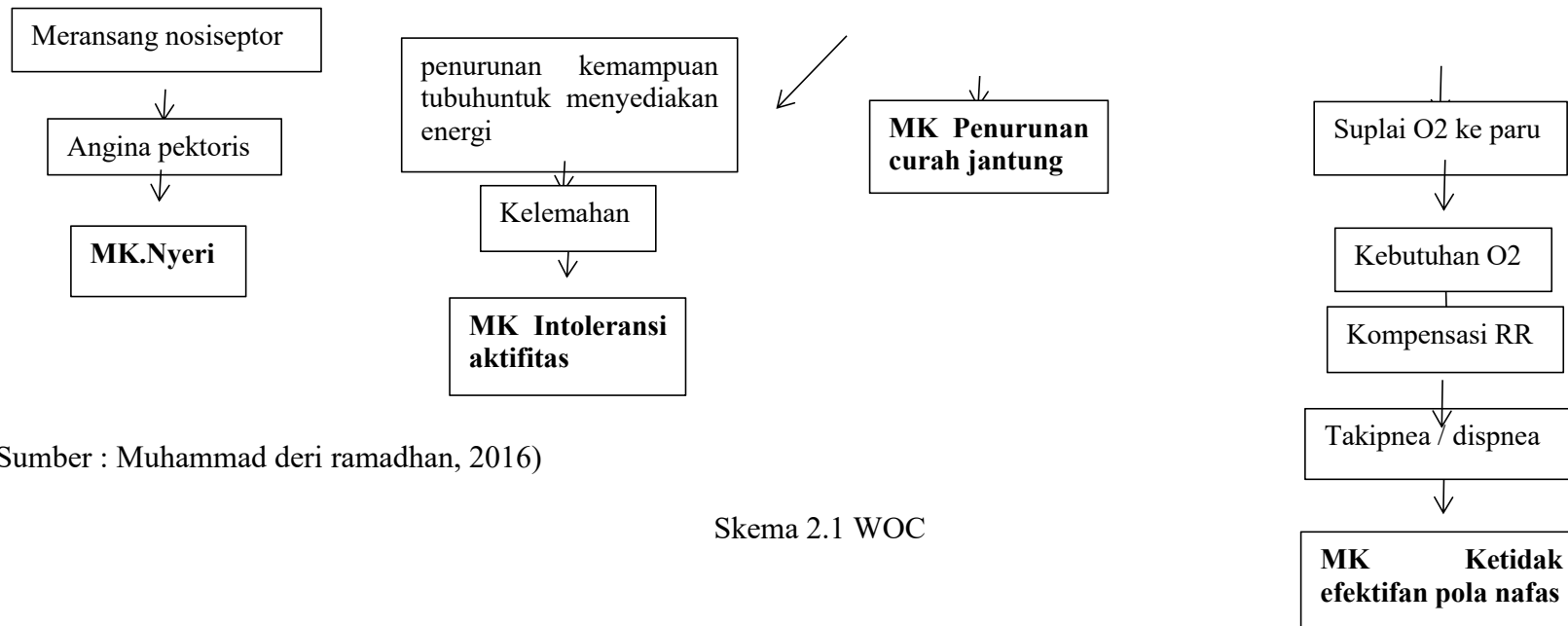
Penyebab ke lima SKA yang merupakan akibat sekunder dari kondisi pencetus diluar arteri koroner. Pada pasien ini ada beberapa penyebab berupa penyempitan arteri koroner dan mengakibatkan terbatasnya perfusi miokard, namun mereka biasanya menderita angina stabil begitu kronik. SKA jenis ini antara lain karena:

- 1) Peningkatan kebutuhan takikardi, oksigen miokard, seperti tirotoksikosis, dan demam
- 2) Kurangnya aliran darah koroner
- 3) Kurangnya pasokan oksigen miokard, seperti pada hipoksemia dan anemia

Kelima penyebab SKA di atas tidak sepenuhnya berdiri sendiri dan banyak terjadi tumpang tindih. Yaitu kata lain tiap penderita mempunyai lebih dari satu penyebab dan saling terkait.

2.2.5 Woc





Skema 2.1 WOC

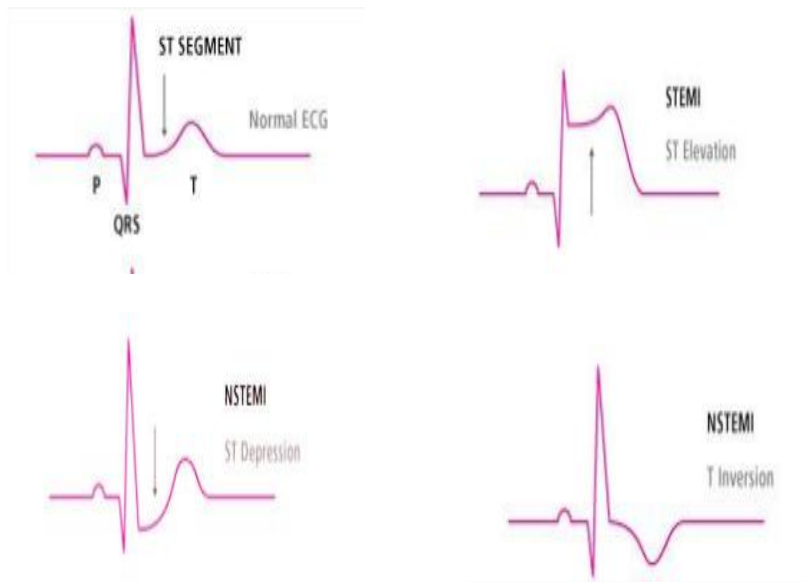
2.2.6 Manifestasi Klinis

- a. Nyeri di dada, berlangsung selama 30 menit sedangkan pada angina kurang. Selain itu pada angina, nyeri akan hilang saat dibawa beristirahat namun lain halnya dengan NSTEMI.
- b. Sesak Nafas, disebabkan oleh adanya peningkatan mendadak antara tekanan diastolik ventrikel kiri, disaat itu perasaan cemas juga menimbulkan hiperventilasi. Pada infark tanpa gejala nyeri ini, sesak nafas merupakan tanda adanya disfungsi ventrikel kiri yang bermakna.
- c. Gejala gastrointestinal, meningkatkan aktivitas vagal di sebabkan muntah dan mual, namun biasanya sering terjadi pada infark inferior, dan stimulasi diafragma pada infark inferior bisa menyebabkan cegukan.
- d. Gejala lain termasuk palpitasi, gelisah, rasa pusing, atau sinkop dan aritmia ventrikel.

2.2.7 Pemeriksaan Diagnostik

- a. Pemeriksaan Elektro Kardiogram (EKG)

Segmen ST merupakan hal penting untuk menentukan risiko terhadap pasien. Pada Trombolisis Myocardial (TIMI) III Registry, adanya depresi segmen ST baru yaitu 0,05 mV merupakan predikat outcome yang buruk. Kauletal meningkat secara progresif yaitu memberatkan depresi segmen ST maupun perubahan troponin T keduanya memberikan tambahan informasi prognosis pasien dengan NSTEMI.



Gambar 2.3

b. Pemeriksaan Laboratorium

Troponin T dan Troponin I merupakan tanda nekrosis miokard lebih spesifik dari pada CK atau CKMB. Pada pasien IMA, peningkatan Troponin di darah perifer saat 3-4 jam dan dapat tinggal sampai 2 minggu.

2.2.8 Penatalaksanaan

Pasien yang mengalami NSTEMI di istirahat ditempat tidur atas pemantauan EKG untuk memantau segmen ST dan irama jantung. Beberapa komponen utama harus di berikan setiap pasien NSTEMI yaitu:

- a. Istirahat
- b. Diet jantung,rendah garam, makanan lunak.
- c. Memberi digitalis untuk membantu kontraksi jantung atau memperlambat frekuensi

- d. Pada jantung. Hasil yang diharapkan peningkatan curah jantung menurun.
- e. Vena dan volume darah peningkatan diuresis dapat mengurangi edema. Pada pemberian ini pasien harus dipantau agar hilangnya ortopnea, dispnea, berkurangnya krekel, dan edema perifer. Apabila terjadi keracunan ditandai dengan mual dan muntah, anoreksia, namun selanjutnya terjadi perubahan pada irama, ventrikel premature, bradikardi kontrak, gemini (denyut normal dan premature saling berganti), dan takikardia atria proksimal.
 - a. Pemberian Diuretic, untuk memacu ekskresi natrium dan air melalui ginjal. jika sudah diresepkan harus diberikan pada waktu siang hari supaya tidak terganggu istirahat pasien pada malam hari, intake dan output pasien perlu dicatat agar pasien tidak mengalami kehilangan cairan saat diberikan diuretic, pasien juga perlu menimbang berat badan setiap hari, supaya tidak terjadi perubahan pada turgor kulit, perlu di perhatikan tanda-tanda dehidrasi.
 - b. Morfin, diberikan agar mengurangi nafas sesak pada asma cardial, namun hati-hati depresi pada pernapasan.
 - c. Pemberian oksigen
 - d. Terapi natrium nitroprusida dan vasodilator, obat-obatan vasoaktif merupakan pengobatan pertama pada pasien gagal

jantung dalam mengurangi impedansi (tekanan) terhadap penyemburan darah oleh ventrikel.

2. 2.9 Komplikasi

Beberapa komplikasi yang terjadi akibat gagal jantung:

a. Syok kardiogenik

Syok kardiogenik ditandai dengan gangguan fungsi ventrikel kiri yang berakibat gangguan fungsi ventrikel kiri yang mengakibatkan gangguan pada perfusi jaringan atau penghantaran oksigen pada jaringan yang khas pada syok kardiogenik yang disebabkan oleh infark miokardium akut adalah hilangnya 40 % atau lebih jaringan otot pada ventrikel kiri dan nekrosis vokal di seluruh ventrikel akibat tidak seimbang antara kebutuhan atau supply oksigen miokardium.

b. Edema paru

Edema paru terjadi di dalam tubuh dengan cara yang sama,. Faktor apapun yang menyebabkan cairan interstitial paru meningkat dari negative menjadi batas positif. Penyebab kelainan paru yang umum terjadi adalah:

- 1) Gagal jantung sebelah kiri (penyakit katup mitral) dengan akibat peningkatan tekanan kapiler paru yang membanjiri ruang alveoli dan interstitial.
- 2) Kerusakan di membrane kapiler paru yaitu disebabkan oleh infeksi seperti pneumonia atau terhirupnya bahan-bahan yang berbahaya seperti gas sulfur dioksida dan gas klorin. Masing-masing di

sebabkan kebocoran protein plasma atau cairan secara cepat keluar dari kapiler.

2.3 Konsep Nyeri

2.3.1 Definisi nyeri

Nyeri merupakan suatu rasa yang tidak nyaman, baik ringan ataupun berat. Nyeri di artikan sebagai suatu keadaan yang mempengaruhi seseorang atau eksistensinya diketahui jika seseorang pernah mengalaminya (Tamsuri, 2007). Menurut International Association for Study of Pain(IASP), nyeri yaitu pengalaman atau perasaan emosional yang tidak menyenangkan akibat terjadinya suatu kerusakan aktual maupun potensial, yang menggambarkan kondisi terjadinya kerusakan

2.3.2 Klasifikasi Nyeri

Ada beberapa kelompok bagian nyeri, yaitunya nyeri akut dan kronis. Nyeri akut datang secara tiba-tiba, berkaitan dengan cedera yang spesifik, namun kerusakan sudah lama terjadi namun tidak ada penyakit sistemik, nyeri akut biasanya turun seiring dengan penyembuhan. Nyeri akut di artikan sebagai nyeri yang berlangsung selama beberapa detik dan enam bulan (Brunner & Suddarth, 1996).

Nyeri kronik adalah nyeri yang menetap sepanjang satu periode waktu. Nyeri kronis adalah nyeri yang susah untuk diobati karena biasanya nyeri ini tidak memberikan respon terhadap pengobatan yang sudah diberikan. Nyeri kronis sering diartikan sebagai nyeri yang terjadi selama enam bulan atau lebih (Brunner & Suddarth, 1996 dikutip dari Smeltzer 2001).

2.3.3 Fisiologi Nyeri

Menurut Torrance & Serginson (1997), ada beberapa jenis sel saraf dalam proses pengiriman nyeri yaitu sel syaraf neuron sensori atau aferen, serabut konektor, interneuron dan sel saraf eferen atau neuron motorik. Sel saraf ini mempunyai reseptor pada ujung yang menyebabkan impuls nyeri di alirkan ke sum-sum tulang belakang dan otak. Reseptor ini sangat khusus dan memulai impuls yang merespon perubahan fisik dan kimia tubuh. Reseptor-reseptor yang berespon terhadap stimulus nyeri disebut nosiseptor. Stimulus pada jaringan akan merangsang nosiseptor melepaskan zat kimia, yang terdiri dari prostaglandin, histamin, bradikinin, leukotrien, substansi p, dan enzim proteolitik. Zat-zat kimia ini akan mensensitasi ujung syaraf dan menyampaikan impuls ke otak (Torrance & Serginson, 1997). Menurut Smeltzer & Bare (2002) kornu dorsalis dari medula spinalis dapat dianggap suatu tempat proses sensori. Serabut perifer berakhir disini dan serabut traktus sensori asenden berawal disini. Di sini terdapat interkoneksi antara sistem neural desenden atau traktus sensori asenden. Traktus asenden berakhir di otak bagian bawah dan bagian tengah namun impuls-impuls dipancarkan ke korteks serebri. Agar nyeri bisa diserap secara baik, neuron pada sistem asenden perlu diaktifkan. Aktivasi terjadi akibat input dari reseptor nyeri yang terdapat dalam kulit dan organ internal. Terdapat interkoneksi neuron dalam kornu dorsalis Universitas Sumatera Utara yang saat diaktifkan, penghambat atau memutuskan taransmisi informasi yang menyakitkan atau yang menstimulasi nyeri dalam jaras asenden. Seringkali area ini disebut “gerbang”.

Kecendrungan alami gerbang yaitu membiarkan semua input yang masuk dari perifer untuk mengaktifkan jaras asenden atau mengaktifkan nyeri. Namun demikian, jika kecendrungan ini berlalu tanpa perlawanan, akibatnya sistem yang ada akan menutup gerbang. Stimulasi dari neuron inhibitor sistem asenden menutup gerbang untuk input nyeri dan mencegah transmisi sensasi nyeri (Smeltzer & Bare, 2002).

2.3.4 Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri

Beberapa faktor yang mempengaruhi persepsi dan reaksi nyeri, yaitunya: jenis kelamin, pengalaman masa lalu, status emosional, kepercayaan individu, faktor lingkungan endorfin, faktor situasional, ansietas dan kepribadian, budaya dan sosial, arti nyeri, usia, fungsi kognitif, dan , keadaan umum, (Tetti. 2015).

2.3.5 Skala Penilaian Nyeri

a. Skala Penilaian Numerik (NRS)

Skala penilaian numerik atau numeric rating scale (NRS) lebih digunakan sebagai pengganti alat ungkapan kata. Klien menilai nyeri dengan cara menggunakan skala 0-10 (Meliala & Suryamiharja, 2007).



Gambar 2.4 Numerical Rating Scale(Potter & Perry, 2006)

b. Skala Nyeri Wajah

Skala wajah terdiri atas dari beberapa wajah dengan gambaran kartun yang dengan gambar wajah yang sedang tersenyum, kemudian secara bertahap meningkat menjadi wajah tidak bahagia, wajah yang sangat sedih sampai wajah yang begitu ketakutan (nyeri yang sangat) (Potter & Perry, 2006).



Gambar 2.5 Skala Nyeri Wajah(Potter&Perry, 2006)

2.4 Konsep Aromaterapi Lavender

2.4.1 Definisi

Aromaterapi merupakan suatu metode relaksasi yang menggunakan minyak essensial dengan pelaksanaannya bermanfaat untuk meningkatkan kesehatan emosi, fisik dan spirit seseorang (Monahan, Sand, Neighbors, Green, 2007; Koensoemardiyah, 2009) dalam Tetti, (2015).

2.4.2 Tujuan

Aromaterapi lavender merupakan dari bagian bunga atau kelopak bunga yang berkasiat dalam meredakan, mengharmoniskan, menyegarkan menyeimbangkan, merilekskan dan menenangkan. Minyak lavender berguna untuk membantu meringankan rasa sering marah, gelisah, nyeri, stres, meringanka sakit kepala, gigitan serangga, otot pegal, sengatan, sebagai antiseptik, menyembuhkan insomni dan dapat digunakan secara langsung pada rasa sakit dari luka bakar ringan (Saharma, 2011).

2.4.3 Mekanisme

Aromaterapi ini digunakan melalui dihirup dan akan masuk ke sistem limbic dan nantinya aroma akan diproses sehingga kita dapat menghirup baunya. Pada saat kita menghirup aroma lavender, komponen kimianya bisa masuk ke bulbus olfactory, kemudian ke limbic sistem otak. Hal ini bisa merangsang memori dan respon emosional. Hipotalamus berperan untuk relay atau regulator, muncul pesan-pesan yang harus diterima kemudian diubah menjadi tindakan yang berupa pelepasan senyawa elektrokimia berupa zat endorphen dan serotonin, sehingga berpengaruh langsung pada organ penciuman dan dipersepsikan oleh otak untuk memberikan reaksi yang membuat perubahan fisiologis pada tubuh, pikiran, jiwa, dan menghasilkan efek menenangkan pada tubuh sehingga dapat mengurangi nyeri (Dewi, dkk. 2013).

2.4.4 Prosedur Terapi Aroma Lavender

Alat dan bahan

- a. Minyak aromaterapi lavender dalam botol

Prosedur kerja

- a. cuci tangan
- b. Jelaskan prosedur dan kegunaan dari terapi aroma lavender
- c. Posisi klien setengah duduk atau dengan posisi berbaring di atas tempat tidur
- d. Fleksikan lutut untuk merilekskan otot-otot
- e. Anjurkan klien untuk memegang minyak aromaterapi lavender.

- f. Anjurkan klien untuk mendekatkan aromaterapi lavender tersebut dekat dengan hidung atau dekat dengan dada dengan posisi yang nyaman.
- g. Selanjutnya suruh klien untuk menarik nafas dalam melalui hidung, jaga mulut tetap tertutup, tahan dan hitung sampai tiga dan hembuskan melalui mulut.
- h. Konsentrasi dan rasakan aroma yang di hirup.
- i. Lakukan terapi aroma lavender ini selama 10-15 menit.
- j. Lakukan terapi aroma lavender ini 3 kali dalam 1 hari
- k. Cuci tangan

2.5 KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN

2.5.1 Pengkajian

Pengkajian yaitu suatu pemikiran yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi maupun data dari klien, agar dapat mengidentifikasi, mengenal masalah-masalah kebutuhan kesehatan atau keperawatan klien baik secara mental, fisik, lingkungan dan sosial dan (Arif Muttaqin, 2009). Terdiri dari :

a. Biodata Klien

Identitas klien meliputi : nama, umur, jeniskelamin, pendidikan, pekerjaan, agama, suku/bangsa, waktu masuk rumah sakit, waktu pengkajian, diagnosa medis, nomor MR dan alamat. Identitas penanggung jawab meliputi : nama, umur, pekerjaan, agama, pendidikan, suku/bangsa, alamat, hubungan dengan klien.

b. Pengkajian Primary

1) Airway

Proses jalan nafas yaitu pemeriksaan obstruksi jalan nafas, adanya suara nafas tambahan adanya benda asing.

2) Breathing

Frekuensi nafas, apa ada penggunaan otot bantu nafas, retraksi dada, adanya sesak nafas, palpasi pengembangan paru, auskultasi suara nafas, kaji adanya suara nafas tambahan.

3) Circulation

Pengkajian mengenai volume darah dan cardiac output serta adanya perdarahan. pengkajian juga meliputi status hemodinamik, warna kulit, nadi.

4) Disability

Pengkajian meliputi tingkat kesadaran compos mentis (E4M6V5) GCS 15, pupil isokor, muntah tidak ada, ekstremitas atas dan bawah normal, tidak ada gangguan menelan.

5) Exposure

Pengkajian meliputi untuk mengetahui adanya kemungkinan cedera yang lain, dengan cara memeriksa semua tubuh pasien harus tetap dijaga dalam kondisi hangat supaya untuk mencegah terjadinya hipotermi.

6) Foley Chateter

Pengkajian meliputi adanya komplikasi kecurigaan ruptur uretra jika ada tidak dianjurkan untuk pemasangan kateter, kateter dipasang untuk memantau produksi urin yang keluar.

7) Gastric tube

Pemeriksaan ini tujuannya untuk mengurangi distensi pada lambung dan mengurangi resiko untuk muntah.

8) Monitor EKG

Pemeriksaan ini dilakukan untuk melihat kondisi irama dan denyut jantung.

c. Pengkajian Survey Sekunder

1) Keluhan utama

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

2) Riwayat penyakit sekarang

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

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

Q (*Quality/Quantity*) : apa gejala dirasakan klien namun sejauh mana gejala yang timbul dirasakan.

R (*Region/Radiation*) : dimana gejala dirasakan? menyebar? Yang harus dilakukan untuk mengurangi dan menghilangkan rasa tersebut

S (*Safety/Scale*) : berapa tingkat parah nya gejala dirasakan? Skalanya brapa?

T (*Timing*) : lama gejala dirasakan ? waktu tepatnya gejala mulai dirasakan.

3) Riwayat penyakit dahulu

Tanyakan mengenai masalah-masalah seperti adanya riwayat penyakit jantung, hipertensi, perokok hebat, riwayat gagal jantung, pernah dirawat dengan penyakit jantung, kerusakan katub jantung bawaan, diabetes militus dan infark miokard kronis.

4) Riwayat penyakit keluarga

Hal yang perlu dikaji dalam keluarga klien, adakah yang menderita penyakit sama dengan klien, penyakit jantung, gagal jantung, hipertensi.

5) Riwayat psikososial spiritual

Yaitu respon emosi klien pada penyakit yang di derita klien dan peran klien di pada keluarga dan masyarakat serta respon dan pengaruhnya dalam kehidupan sehari-hari dalam keluarga atau masyarakat.

6) Pola persepsi dan konsep diri

Resiko dapat timbul oleh pasien gagal jantung yaitu timbul akan kecemasan akibat penyakitnya. Dimana klien tidak bisa beraktifitas aktif seperti dulu dikarenakan jantung nya yang mulai lemah.

7) Pola Aktivitas Sehari-hari

a) Pola Nutrisi

Kebiasaan makan klien sehari-hari, kebiasaan makan-makanan yang dikonsumsi dan kebiasaan minum klien sehari-hari, pasien akibat gagal jantung akan mengalami penurunan nafsu makan, meliputi frekwensi, jenis, jumlah dan masalah yang dirasakan.

b) Pola Eliminasi

Kebiasaan BAB dan BAK klien akan berpengaruh terhadap perubahan sistem tubuhnya.

c) Pola Istirahat Tidur

Kebiasaan klien tidur sehari-hari, terjadi perubahan saat gejala sesak nafas dan batuk muncul pada malam hari. Semua klien akibat gagal jantung akan mengalami sesak nafas, sehingga hal ini dapat mengganggu tidur klien.

d) Personal Hygiene

Yang perlu di kaji sebelum dan sesudah pada pasien yaitunya kebiasaan mandi, gosok gigi, cuci rambut, dan memotong kuku.

e) Pola Aktivitas

Sejauh mana kemampuan klien dalam beraktifitas dengan kondisi yang di alami pada saat ini.

8) Pemeriksaan Fisik Head Toe To

a) Kepala

Inspeksi: simetris pada kepala, rambut terlihat kering dan kusam, warna rambut hitam atau beuban, tidak adanya hematom pada kepala, tidak adanya pendarahan pada kepala.

Palpasi: tidak teraba benjolan pada kepala, rambut teraba kasar.

b) Mata

Inspeksi : simetris kanan dan kiri, tidak ada kelainan pada mata, reflek pupil terhadap cahaya baik, konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik, tidak ada pembengkakan pada mata, tidak memakai kaca mata.

Palpasi : tidak ada nyeri tekan dan lepas pada daerah mata, tidak teraba benjolan disekitar mata

c) Telinga

Inspeksi : simetris kiri dan kanan pada telinga, tidak terjadi perdarahan, tidak ada pembengkakan, dan pendengaran masih baik.

Palpasi : tidak terasa benjolan pada daun telinga, tidak ada nyeri saat diraba bagian telinga, tidak ada perdarahan pada telinga baik luar maupun dalam.

d) Hidung

Inspeksi : simetris pada hidung, tidak ada kelainan bentuk pada hidung, tidak ada perdarahan, ada cuping hidung, terpasang oksigen.

Palpasi : tidak terasa benjolan pada hidung dan tidak ada perdarahan pada hidung.

e) Mulut dan tenggorokan

Inspeksi : mulut terlihat bersih, gigi lengkap atau tidak sesuai dengan usia, mukosa lembab/ kering, tidak ada stomatitis, dan tidak terjadi kesulitan menelan.

f) Thoraks

Inspeksi : dada tampak simetris tidak ada lesi pada thorak, tidak ada otot bantu pernafasan, dan tidak terjadi perdarahan pada thorak.

Palpasi : tidak teraba benjolan pada dada, suhu pada thorak teraba sama kiri kanan

Perkusi : sonor seluruh lapang paru

Auskultasi : vesikuler atau terdapat suara tambahan pada thoraks seperti ronkhi, wheezing, dullnes

g) Jantung

Inspeksi : ictus cordis terlihat, arteri carotis terlihat dengan jelas di leher.

Palpasi: denyut nadi meningkat, CRT > 3 detik

Perkusi : pekak

Auskultasi : S1 dan S2 reguler atau terdapat suara tambahan seperti mur-mur dan gallop.

h) Abdomen

Inspeksi : abdomen tampak datar, tidak ada pembesaran, tidak ada bekas operasi, dan tidak adanya lesi pada abdomen.

Auskultasi : bising usus 12x/m

Perkusi : saat diperkusi terdengar bunyi tympani

Palpasi : tidak terasa adanya massa/ pembengkakan, hepar dan limpa tidak terasa, tidak ada nyeri tekan dan lepas didaerah abdomen.

i) Genitalia

Pasien terpasang kateter, produksi urin banyak karena pasien jantung dapat diuretik.

j) Ekstremitas

Ekstremitas atas : terpasang infus salah satu ekstremitas atas, tidak ditemukan kelainan pada kedua tangan, turgor kulit baik, tidak terdapat kelainan, akral teraba hangat, tidak ada edema, tidak ada terjadi fraktur pada kedua tangan.

Ekstremitas bawah : tidak ditemukankelainan pada kedua kaki, terlihat edema pada kedua kaki dengan piring udem > 2 detik, type derajat edema, tidak ada varises pada kaki, akral teraba hangat.

d. Pemeriksaan penunjang

- 1) Laboratorium: hematologi (Hb, Ht, Leukosit), eritolit (kalium, natrium, magnesium), analisa gas darah.
- 2) EKG (elektrokardiogram): untuk mengukur kecepatan dan keteraturan denyut jantung

3) Ekokardiografi: untuk mendeteksi gangguan fungsional serta anatomis yang menjadi penyebab gagal jantung.

4) Foto rontgen dada: untuk melihat adanya pembesaran pada jantung, penimbunan cairan pada paru-paru atau penyakit paru lain.

e. Therapy

1) Digitalis: untuk meningkatkan kekuatan kontraksi jantung dan memperlambat frekuensi jantung misal: *Digoxin*

2) Diuretik: untuk memacu ekskresi natrium dan air melalui ginjal serta mengurangi edema paru misal : *Furosemide (lasix)*

3) Vasodilator : untuk mengurangi tekanan terhadap penyumbatan darah oleh ventrikel misal : *Natriumnitrofusida, nitroglicerine*

4) Trombolitik/ pengencer darah dan antibiotik

2.5.1 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinik mengenai individu, klien, tentang masalah kesehatan aktual, potensial dan resiko atas dasar seleksi intervensi keperawatan untuk menggapai tujuan asuhan keperawatan menurut atas kewenangan perawat (Herman & Kamitsuru, 2015)

Diagnosa keperawatan yang muncul pada klien dengan NSTEMI yaitu:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan iskemia jaringan sekunder terhadap sumbatan arteri yang ditandai dengan: penurunan curah jantung.
- b. Penurunan curah jantung berhubungan dengan adanya perubahan faktor listrik, penurunan karakteristik miokard.

- c. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan iskemik, kerusakan otot jantung penyumbatan pembuluh darah arteri koronaria.
- d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antar suplay oksigen miokard dan kebutuhan, adanya iskemia/ nekrosis jaringan miokard
- e. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan gangguan aliran darah ke alveoli atau kegagalan utama paru.
- f. Ansietas berhubungan dengan ancaman aktual terhadap integritas biologis.

2.5.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah tahap dalam proses keperawatan untuk memprioritaskan masalah berdasarkan tujuan, menetapkan kriteria hasil, mengidentifikasi tindakan keperawatan yang tetap untuk mencapai tujuan.

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI	RASIONAL
1.	Nyeri akut berhubungan dengan iskemia jaringan sekunder terhadap sumbatan arteri ditandai dengan: penurunan curah jantung. Defenisi : pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang actual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (international associantion for the study of pain): awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat di antisipasi atau diprediksi dan berlangsung <6 bulan. Batasan karakteristik: • Perubahan selera makan • Perubahan tekanan darah • Perubahan frekuensi jantung	<i>NOC label : Pain Control</i> 1. Klien melaporkan nyeri berkurang 2. Klien dapat mengenal lamanya (onset) nyeri 3. Klien dapat menggambarkan faktor penyebab 4. Klien dapat menggunakan teknik non farmakologis 5. Klien menggunakan analgesic sesuai instruksi <i>Pain Level</i> 1. Klien melaporkan nyeri berkurang 2. Klien tidak tampak mengeluh dan menangis 3. Ekspresi wajah klien tidak menunjukkan Nyeri 4. Klien tidak gelisah	<i>NIC Label : Pain Management</i> 1. Kaji secara komprehensif terhadap nyeri termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri dan faktor presipitasi 2. Observasi reaksi ketidaknyaman secara nonverbal 3. Gunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengungkapkan pengalaman nyer dan penerimaan klien terhadap respon Nyeri 4. Tentukan pengaruh pengalaman nyeri terhadap kualitas hidup(napsu makan, tidur, aktivitas,mood, hubungan sosial) 5. Tentukan faktor yang dapat memperburuk nyeriLakukan evaluasi dengan klien dan tim kesehatan lain tentang ukuran pengontrolan nyeri yang telah dilakukan 6. Berikan informasi tentang nyeri	<i>NIC Label : Pain Management</i> 1. Untuk mengetahui tingkat nyeri pasien 2. Untuk mengetahui tingkat ketidaknyaman dirasakan oleh pasien 3. Untuk mengalihkan perhatian pasien dari rasa nyeri 4. Untuk mengetahui apakah nyeri yang dirasakan klien berpengaruh terhadap yang lainnya 5. Untuk mengurangi factor yang dapat memperburuk nyeri yang dirasakan klien 6. untuk mengetahui apakah terjadi pengurangan rasa nyeri atau nyeri yang dirasakan klien bertambah.

	• Perubahan frekuensi pernapasan • Laporan isyarat • Diaphoresis • Sikap melindungi area nyeri • Indikasi nyeri yang dapat diamati		termasuk penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan hilang, antisipasi terhadap ketidaknyamanan dari prosedur 7. Control lingkungan yang dapat Mempengaruhi respon ketidaknyamanan klien(suhu ruangan, cahaya dan suara) 8. Hilangkan faktor presipitasi yang dapat meningkatkan pengalaman nyeri klien(ketakutan, kurang pengetahuan) 9. Ajarkan cara penggunaan terapi non farmakologi (distraksi, guide imagery,relaksasi) 10. Kolaborasi pemberian analgetik	7. Untuk mengurangi tingkat ketidaknyamanan yang dirasakan klien. 8. Agar nyeri yang dirasakan klien tidak bertambah. 9. Agar klien mampu menggunakan teknik nonfarmakologi dalam manajemen nyeri yang dirasakan. 10. Pemberian analgetik dapat mengurangi rasa nyeri pasien
2	Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan faktor listrik, penurunan karakteristik miokard. Definisi : Ketidakadekuatan darah yang di pompa oleh jantung untuk memenuhi kebutuhan metabolik tubuh Batasan karakteristik: • Perubahan frekuensi atau irama jantung • Perubahan preload • Perubahan afterload • Perubahan kontraktilitas • Perilaku/emosi	Cardiac pump effectiveness Status sirkulasi Tanda-tanda vital Kriteria Hasil : 1. Menunjukkan tanda vital dalam batas normal, dan bebas gejala gagal jantung. 2. Melaporkan penurunan episode dispnea, angina. 3. Ikut serta dalam aktivitas mengurangi beban kerja jantung	1. Auskultasi nadi, kaji frekuensi jantung, irama jantung. 2. Pantau tekanan darah 3. Kaji kulit terhadap pucat dan sianosis 4. Berikan oksigen tambahan dengan kanula nasal/masker sesuai indikasi. 5. Kolaborasi pemberian vasodilator	1. Agar mengetahui seberapa besar tingkatan perkembangan penyakit secara universal 2. Pada kelainan jantung peningkatan tekanan darah bisa terjadi kapanpun 3. Pucat atau sianosis menunjukkan menurunnya perfusi perifer sekunder terhadap tidak adekuatnya curah jantung. 4. Meningkatkan sediaan oksigen untuk kebutuhan Miokard 5. Vasodilator digunakan untuk meningkatkan curah

				jantung, dan menurunkan volume sirkulasi
3.	Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan iskemik, kerusakan otot jantung penyumbatan pembuluh darah arteri koronaria. Penurunan sirkulasi darah ke perifer yang dapat mengganggu kesehatan. Karakteristik: • Tidak ada nadi • Perubahan fungsi motorik • Perubahan karakteristik kulit • Kelambatan penyembuhan luka perifer • Penurunan nadi	Circulation status Tissue perfusion: cerebral. Kriteria hasil: - tanda-tanda vital dalam batas normal - mendemonstrasikan kemampuan kognitif. - Menunjukkan fungsi sensorik motorik karnial yang utuh	1. Monitor adanya daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas, dingin, tajam, tumpul 2. Monitor TTV tiap 2-4 jam dan kesadaran 3. Intruksikan kekeluarga untuk mengobservasi kulit jika ada lesi atau laserasi 4. Kalaborasi pemberian analgetik	1. Penurunan tanda dan gejala neurologis atau kegagalan dalam pemulihannya merupakan awal pemulihan dalam memantau TIK 2. Untuk mengetahui keadaan umum pasien 3. Untuk mengetahui adanya lesi atau laserasi 4. Sebagai terapi terhadap kehilangan kesadaran
4	aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antar suplay oksigen miokard dan kebutuhan, adanya iskemia/ nekrosis jaringan miokard Gangguan kemampuan untuk melakukan ADL pada diri. Karakteristik: • Ketidakmampuan untuk mandi, berpakaian, makan, toileting.	- Self care: activity of daily(ADLs) hasil: - Klien terbebas dari bau badan - Menyatakan kenyamanan terhadap kemampuan menemukan ADLs - Dapat melakukan ADL dengan bantuan	1. Monitor kemampuan klien untuk perawatan diri yang mandiri. 2. Sediakan bantuan sampai klien mampu secara utuh untuk melakukan self-care. 3. Dorong klien untuk melakukan aktivitas sehari-hari yang normal sesuai kemampuan yang dimiliki. 4. Ajarkan klien atau keluarga untuk mendorong kemandirian.	1. Untuk mengembangkan kemampuan dalam perawatan diri sendiri 2. Membantu dalam mengantisipasi atau merencanakan pemenuhan secara individual 3. Untuk mendorong klien agar mampu memenuhi ADL secara mandiri 4. Meningkatkan harga diri dan semangat terus-menerus
5.	Gangguan pertukaran gas Berhubungan dengan gangguan	- Respiratory status: gas exchange	1. Buka jalan nafas, gunakan teknik chin lift atau jaw thrust bila perlu	1. Agar jalan nafas menjadi efektif

	aliran darah ke alveoli atau kegagalan utama paru. Defenisi: kelebihan atau kekurangan dalam oksigenasi dan atau pengeluaran karbondioksida di dalam membran kapiler alveoli. Batasan karakteristik: • Penurunan CO2 • Takikardi • Pernapasan abnormal • Warna kulit abnormal	- Respiratory status: ventilation - Vital sign status hasil: - Mendemostrasikan peningkatan ventilasi dan oksigenasi yang adekuat - Memelihara kebersihan paru-paru dan bebas dari tanda-tanda distress pernapasan - Mendemostrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih - Tanda-tanda vital dalam rentang normal	2. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi 3. Identifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan nafas buatan 4. Auskultasi suara nafas, catat adanya suara nafas tambahan 5. Monitor respirasi dan status O2	2. Untuk memberikan klien posisi yang nyaman 3. Untuk lebih memperluas tempat pertukaran jalan nafas 4. Mengetahui suara nafas tambahan 5. Melihat pergerakan dada
6.	Ansietas berhubungan dengan ancaman aktual terhadap integritas biologis. Defenisi : perasaan gelisa yang tak jelas dari ketidaknyaman atau ketakutan yang disertai dengan respon autonom. Batasan karakteristik: • Gelisa • Insomnia • Resah, ketakutan • Sedih • Cemas, kekhawatiran	- Anxiety control - Coping hasil: - Klien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas - Mengidentifikasi ,mengungkapkan dan menggunakan tehnik untuk mengontrol cemas - Vital sign dalam batas normal - Postur tubuh, ekspresi wajah, bahasa tubuh dan tingkat aktivitas menunjukkan berkurangnya kecemasan.	1. Gunakan pendekatan yang menenangkan 2. Temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut 3. Identifikasi tingkat kecemasan 4. Dorong klien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi 5. Berikan obat untuk mengurangi kecemasan	1. Perlu adanya pendekatan dari keluarga dan orang lain 2. mengidentifikasi rasa takut yang spesifik akan membantu pasien untuk menghadapinya secara realistis. 3. rasa takut yang berlebihan atau terus-menerus akan mengakibatkan reaksi stress yang berlebihan. 4. mengurangi perasaan tegang dan rasa cemas. 5. dapat digunakan untuk menurunkan ansietas.

2.5.4 Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan adalah tindakan keperawatan yang disesuaikan dengan rencana kegiatan keperawatan yang disusun dan disesuaikan dengan kondisi klien. Pelaksanaan dengan klien dengan NSTEMI antara lain meningkatkan cardiac output, kemandirian klien untuk melakukan kegiatan, dalam mengatur keseimbangan cairan, mencegah penyebab gangguan pertukaran gas, mencegah penyebab kerusakan integritas kulit, menginformasikan tentang kondisi dan proses pengobatan.

2.4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan yaitu proses membandingkan efek atau hasil sebuah tindakan keperawatan secara normal atau sesuai tujuan yang telah dibuat merupakan tahap untuk proses dari keperawatan evaluasi terdiri dari :

1. Evaluasi Formatif : Hasil observasi dan analisa oleh perawat terhadap respon segera pada saat dan setelah dilakukan tindakan keperawatan.
2. Evaluasi Sumatif : Rekapitulasi dan kesimpulan dari observasi dan analisa status kesehatan sesuai waktu pada tujuan ditulis pada catatan perkembangan. Sedangkan evaluasi keperawatan yang diharapkan pada klien dengan NSTEMI yaitu :
 - a. Tidak ada penurunan cardiac output
 - b. Bisa melakukan aktifitas secara mandiri
 - c. Tidak terjadi gangguan keseimbangan cairan,
 - d. Tidak terjadi gangguan pertukaran gas,
 - e. Memahami tentang kondisi dan program pengobatan.

BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

3.1 PENGKAJIAN

3.1.1 Identitas Klien

Nama Lengkap : Ny. A

Tempat/ tgl lahir : 01 - Juli - 1971

Umur : 48 tahun

Jenis kelamin : Perempuan

Status perkawinan : Kawin

Agama : Islam

Suku : Bodi

Pendidikan : Sd

Pekerjaan : Berdagang

Alamat : Tilatang Kamang

Tanggal Masuk RS : 03 - februari - 2019

Keluarga Terdekat Yang Dapat di Hubungi

Nama : Tn E

Pendidikan : SD

Alamat : Tilatang Kamang

3.1.2 Pengkajian Primary Survey

a. Airway (A)

Jalan nafas tidak efektif, klien tampak sesak, klien mengalami batuk dan ada sekret pada jalan napas klien, tidak ada trauma pada jalan napas klien.

b. Breathing (B)

Pada saat dilakukan pengkajian didapatkan bahwa :

Look : Klien terlihat sesak, RR: 28 x/i, SP O₂ 90 x/I

Listeen : Nafas pasien tidak ada terdengar wheezing ataupun gurgling

Feel : Hembusan nafas pasien terasa Pasien terpasang O₂ 4 liter/jam dengan menggunakan nasal canula

c. Circulation

Tidak terdapat perdarahan pada Ny A, denyut nadi klien teraba, akral hangat, turgor kulit normal, tampak udem pada kaki derajat 1 dengan pitting udem 3 detik. TD: 110/74 mmHg, N: 72x/i, S:36,6°C, RR :28x/i, Saturasi: 90x/i, Klien terpasang IVFD RL 500 ml 10 tpm. cc/jam, klien terpasang foley catheter dan urine sebanyak 700 cc

d. Disability

Pada saat dilakukan pengkajian didapatkan bahwa tingkat kesadaran klien compos mentis dengan GCS 15 (E₄M₆V₅) reaksi cahaya terhadap pupil ada.

e. Exposure

Pada saat dilakukan pengkajian tidak ada luka lecet dan jejas pada tangan dan kaki pasien. Kedua kaki mengalami pembengkakan.

f. Foley Chateter

Ny. A terpasang foley kateter sejak 03- februari 2019

g. Gastric Tube

Ny. A tidak dilaukukan pemasangan naso gastric tube

h. Heart Monitor

Ny. A Dilakukan pemasangan monitor, saturasi (SPO₂), Elektroda, dan Manset tekanan darah. Dilakukan pemeriksaan EKG.

3.1.3 Pemeriksaan Survey

a. Alasan Masuk

Klien datang ke RS achmad mochtar melalui IGD 03 februari 2019 pada jam 05.10 dengan keluhan di daerah dada sebelah kiri terasa nyeri seperti tertusuk jarum sejak 4 jam yang lalu, badan terasa letih, nafas terasa sesak, dan kepala teras sakit, keluhan yang terasa klien datang secara mendadak.

b. Riwayat Penyakit Sekarang

Pada pengakajian tanggal 04 - februari- 2019 Klien mengatakan saat ini ia merasakan nyeri, skala nyeri 5, P : penyebab nyeri yang di rasakan klien di karenakan pola hidup yang tidak sehat, Q : Nyeri yang terasa oleh klien seperti tertusuk tusuk jarum, R : Nyeri terasa di daerah dada, S : Skala nyeri 5, T : nyeri datang secara tiba tiba, lama nyei datang yaitu selama 30 detik saat beraktifitas, badan terasa letih/lemas, nafas masih terasa sesak, batuk berdahak, tidur kurang, kaki terasa bengkak, sakit kepala sedikit mulai berkurang, Td : 110/74 mmhg, nadi : 72 x/menit, suhu : 36.6 °c SPO₂ : 90%

pasang oksigen nasal kanul 4L. klien terpasang kateter, terpasang monitor jantung, klien terpasang infu RL 10 tpm.

c. Riwayat Penyakit Dahulu

Klien berkata bahwa ia tidak pernah mengalami penyakit apapun selama ini, hanya saja waktu kecil terkena penyakit demam.

d. Riwayat Penyakit Keluarga

Keluarga berkata bahwa keluarga tidak ada memiliki penyakit yang sama yang di derita oleh klien saat sekarang ini.

e. Riwayat Psikososial Spiritual

Klien mengatakan ada saat ini ia bisa mengontrol emosi terhadap penyakitnya saat ini, klien dalam keluarga dan masyarakat baik tidak ada masalah. Klien pada saat ini hanya bisa pasrah dan berdoa untuk kesembuhan nya kepada yang maha kuasa.

f. Pola Persepsi dan Konsep Diri

Klien tampak sedikit cemas dengan penyakitnya, di karenakan klien tidak bisa beraktifitas seperti dulu lagi, akan tetapi saat ini klien tampak mulai bersemangat lagi demi kesembuhannya.

Alergi : klien mengatakan bahwa ia tidak memiliki alergi apapun

Kebiasaan : klien mengatakan bahwa ia tida memiliki kebiasaan apapu seperti merokok, minum alkohon dan mengkonsumsi obat-obatan dll.

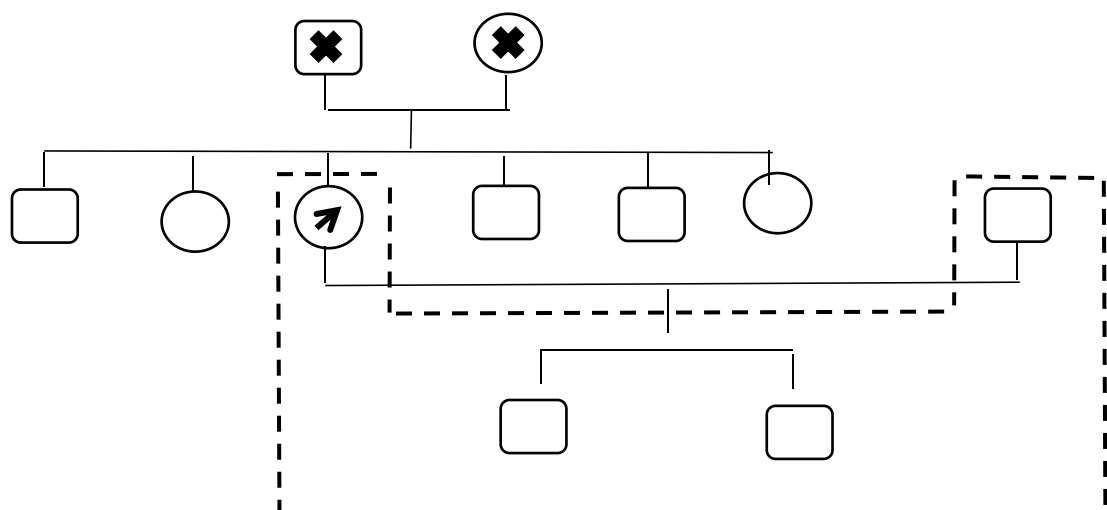
Bb : 60 kg Tb : 160

3.1.4 Kebutuhan Pasien di Rumah dan di Rumah Sakit

Kebutuhan	Dirumah	Di Rumah Sakit
Pola nutrisi	Frekuensi makan 3x sehari, jenis makanan yaitu makanan berat dan ringan, makanan yang disukai yaitu semua makanan disukai. Tidak ada gangguan pada nafsu makan	Frekuensi makan 3x sehari dan ditambah satu bungkus susu dan buah, semua makanan dirumah sakit dimakan walau hanya ½ porsi.
Pola eliminasi	BAK: Frekuensi 7-8 x sehari, warna jernih terkadang kuning, tidak ada masalah dalam buang air kecil. BAB : Frekuensi 1-2x sehari dengan konsistensi lunak dengan warna kekuningan tidak bercampur darah	BAK : Pasien terpasang kateter dengan urin < 700 perhari dengan warna kuning terkadang kuning pekat. BAB : Pasien menggunakan pam-pers dengan 1 kali BAB.
Pola tidur dan istirahat	Lama tidur < 6-8 jam, 3 hari yang lalu dirumah tidur terganggu dikarenakan batuk dan nafas terasa sesak	Lama tidur < 5-6 jam. Pasien mengatakan tidur sering terbangun dikarenakan posisi yang tidur yang membuat nafasnya tersa sesak dan batuk di malam hari.
Pola aktivitas dan latihan	Klien dulunya adalah seorang pedagang dan klien jarang untuk berolahraga	Pasien hanya beristirahat ditempat tidur untuk mengurangi sesak dan juga batuk nya serta melatih pernafasannya saat batuk.
Pola bekerja	Klien adalah seorang pedang mukena yang selalu berjualan ke pasar	Pasien tidak bekerja lagi sejak penyakit nya ini dan berbaring istirahat.

Tabel 3.1

1.3.5 Genogram



Keterangan :

	= Laki laki meninggal		= Perempuan meninggal
	= Laki-laki		= Perempuan
	= Perempuan sakit		= Garis keturunan
	= Tinggal serumah		

3.1.6 Pemeriksaan Fisik

a. Kepala

Kepala klien bulat, rambut klien hitam dan ada sedikit uban, rambut tidak mudah di cabut, tidak ada tampak pembengkakan pada klien, dan tidak tampak pendarahan pada kepala klien, klien mengeluh kepala sedikit sakit.

b. Mata

Mata tampak simetris kiri dan kanan, sclera putih, conjungtiva normal, reaksi pupil positif, reflek cahaya ada, gerakana bola mata positif, pergerakan bola mata baik ke segala arah, penutupan bola mata baik, penglihatan jelas, tidak ada nyeri tekan atau lepas pada mata, klien tidak ada memiliki alat bantu apapun.

c. Telinga

Bentuk telinga simetris kiri dan kanan, tida ada tampak serumen, fungsi pendengaran normal tidak ada masalah, dan tidak ada menggunakan alat bantu pendengaran.

d. Hidung

Hidung tampak simetris, warna mukosa merah muda, reaksi alergi tidak ada, secret tidak ada, tidak ada tampak pendarahan, klien tidak ada keluhan pada daerah hidung, klien terpasang O2 4L

e. Mulut dan tenggorokkan

Mulut tampak simetris kiri dan kanan, warna gigi putih, karang gigi ada, pemakaian gigi palsu tidak ada, gusi tampak merah, lidah bersih, bibir sedikit pucat, mulut berbau, kemampuan bicara klien baik.

f. Thoraks

Dada tampak simetris kiri dan kanan, tidak ada lesi, tidak ada menggunakan otot bantu pernafasan, dan tidak ada pendarahan pada thoraks, pada saat di palpasi tidak ada teraba benjolan, suhu teraba sama kiri dan kanan, pada saat di perkusi bunyi sonor seluruh lapang paru.

g. Sirkulasi

Frekuensi nadi : 72x/i

Tekanan darah : 110/74 mmHg

SPO2 : 90x/I

Suhu : 36.6°C

h. Jantung

Pada saat di inspeksi , ictus cordis tidak tampak, saat di palpasi ictus cordis teraba, kardiovaskuler tidak teraba, pada saat di perkusi terdengar bunyi pekak, saat di auskultasi terdengar bunyi jantung mur mur, dan tidak ada terdengar suara tambahan.

i. Abdomen

Abdomen tampak simetris kiri dan kanan, tidak ada kelainan yang terlihat pada abdomen, bising usus 12x/menit, saat di palpasi tidak ada masa, pembengkakan, hepar dan limpa tidak teraba, tidak ada nyeri tekan dan lepas pada abdomen.

j. Genitourinaria

Genitourinaria tampak bersih dan tidak ada kelainan pada daerah genitourinaria. Klien terpasang foley kateter sejak 03- februari -2019

k. Ekstremitas

Eksteremitas lengkap, tidak ada masalah pada ektremintas, tidak ada nyeri atau ketebatasan gerak, hanya saja klien merasa lemas dan tidak bisa bergerak dan beraktifitas, tampak ada udem pada eksteremitas bawah tipe derajat 1 dengan pitting udem 3 detik, dan klien tidak ada menggunakan alat bantu apapun. Pada eksteremitas kiri atas terpasang infus RL 10 tpm,

3.1.7 Data Laboratorium

03 - februari -2019

No	Pemeriksaan	Hasil	Normal	Keterangan
1.	HB	13,2 (g/dl)	P= 13,0-16,0 g/dl. W= 12,0-14,0 g/dl	Normal
2.	RBC	4,75 (10^6 /uL)	P= 4,5-5,5 . W= 4.0-5,5	Normal
3.	HCT	40,3 (%)	P= 40,0-48,0%. W= 37,0-43,0%	Normal
4.	WBC	22,42 + (10^3 /uL)	5,0-10,0	Meningkat
5.	PLT	267 (10^3 /uL)	150-400	Normal
6.	KALIUM	4,68 mEq/l	(3,5-5,5)	Normal
7.	NATRIUM	138,4 mEq/l	(135-147)	Normal
8.	KLORIDA	105,3 mEq/l	(100-106)	Normal

Tabel 3.2

3.1.8 Hasil Pemeriksaan

- a. EKG : Total AV block rate 35x/i ST elevasi II, III, avf
- b. R-Torax : CTR 602, SgAoN - SPoN cw xpy downal, infiltra (+)
- c. Echo : EF 69, terpoliretra ringan inferoseptal. Mr mild TR mild -moderate

3.1.9 Pengobatan

No	Nama	Dosis	Kegunaan
1.	Levola	1 x 750	Menurunkan kadar amino plasma
2.	Combiven	4 x 2 ampul	Mengatasi penyakit saluran pernafasan
3.	Pulmicort	2 x 2	Mencegah serangan asma
4.	Aspilet	1 x 80	Pencegahan terjadinya serangan jantung
5.	Clopidogrel	1 x 75	Mencegah penggumpalan darah
6.	Atorvastatin	1 x 40	Menurunkan kolesterol jahat
7.	Candesartan	1 x 8	Penghambat reseptor angiotensi penurunan tensi
8.	Miozidin	2 x 1	Anti iskemik
9.	Alprazolam	0,5	Gangguan kecemasan
10.	Nitrat	3 x 0,5	Mengurangi nyeri dada

Tabel 3.3

3.2 DATA FOKUS

Data subjektif

Klien berkata nyeri di daerah dada seperti tertusuk jarum skala nyeri 5

Klien berkata kepala terasa sakit

Klien berkata nafasnya terasa sesak

Klien berkata nafas sesak saat beraktifitas

Klien berkata batuk

Klien berkata batuk nya berdahak

Klien berkata badanya terasa lemas

Klien berkata kaki terasa bengkak

Data objektif

Skala nyeri 5

RR 26x/menit

Klien terpasang O2 4 liter

Klien batuk berdahak

Posisi pasien semi fowler

Klien aktifitas terlihat di bantu oleh perawat dan keluarga seperti mandi makan dll.

Kaki klien bengkak/ udem tipe derajat 1 dengan pitting udem 3 detik

Klien terpasang infus RI 10tpm sebelah kiri

Klien terpasang monitor jantung

Klien terpasang kateter semenjak tanggal 3- februari- 2019

Td : 110/74 mmHg

Nadi	: 72 x/menit
Suhu	: 36,6 °c
Rr	: 26 x/menit
SPO2	: 90%
Bb	: 60 kg

3.3 ANALISA DATA

NO	DATA	MASALAH	ETIOLOGI
1	Ds : Klien berkata nafasnya terasa sesak Klien berkata nafas sesak saat beraktifitas Klien berkata batuk Do : Klien terlihat sesak RR 26x/menit Klien terpasang O2 4 liter Klien terlihat batuk Batuk klien berdahak Td : 110/74 mmHg Nadi : 72 x/menit Suhu : 36,6 °c Rr : 26 x/menit SPO2 : 90% Bb : 60 kg	Bersihkan jalan nafas tidak efektif	Adanya secret pada jalan nafas
2	Ds : Klien berkata nyeri di daerah dada seperti tertusuk jarum Klien berkata kepala terasa sakit Do : Klien terlihat menunjukkan bagian nyeri skala nyeri 5 Klien terlihat meringis Td : 110/74 mmHg Nadi : 72 x/menit Suhu : 36,6 °c Rr : 26 x/menit SPO2 : 90% Bb : 60 kg	Nyeri akut	Agen biologis cidera
3	Ds : Klien berkata nyeri dada seperti tertusuk jarum Do : Klien terlihat menunjukkan bagian dada yang nyeri Klien terlihat meringis Skala nyeri 5 Td : 110/74 mmHg Nadi : 72 x/menit Suhu : 36,6 °c Rr : 26 x/menit SPO2 : 90%	Penurunan curah jantung	Kontraktilitas jantung

	Bb : 60 kg		
4	Do : Klien berkata badanya terasa lemas Klien berkata aktifitas di bantu oleh perawat Ds : Klien terlihat lemas Klien terlihat terbaring di tempat tidur Klien aktifitas tampak di bantu oleh perawat Klien terpasang infus RI 10tpm Klien terpasang monitor jantung Klien terpasang kateter Td : 110/74 mmHg Nadi : 72 x/menit Suhu : 36,6 °C Rr : 26 x/menit Bb : 60 kg	Intoleransi aktifitas	Kelemahan fisik

3.4 DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan Adanya secret pada jalan nafas
2. Nyeri akut berhubungan dengan Agen cedera biologis
3. Penurunan curah jantung berhubungan dengan Kontraktilitas jantung
4. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan fisik

3.5 INTERVENSI

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi
1.	Bersihkan jalan nafas tidak efektif	1. Respiratory status : Ventilation 2. Respiratory status : Airway patency 3. Aspiration Control Hasil : 1. Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips) 2. Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal) 3. Mampu mengidentifikasi dan mencegah factor yang dapat menghambat jalan nafas	Intervensi 1. Berikan O2 dengan menggunakan nasal untuk memfasilitasi suksion nasotrakeal 2. Anjurkan pasien untuk istirahat 3. Monitor status oksigen pasien Management 1. Buka jalan nafas, gunakan teknik chin lift atau jaw thrust bila perlu 2. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi 3. Lakukan fisioterapi dada jika perlu 4. Keluarkan sekret dengan batuk atau suction 5. Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan 6. Berikan bronkodilator bila perlu 7. Berikan pelembab udara Kassa basah NaCl Lembab 8. Atur intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan. 9. Monitor respirasi dan status O2
2.	Nyeri Akut	NOC : 1. Pain level 2. Pain control 3. Comfort level Kriteria Hasil 1. Mampu mengontrol nyeri 2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan	NIC Pain Management 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi 2. Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan 3. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk

		menggunakan manajemen nyeri 3. Mampu mengenal nyeri 4. Mengatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang 5. Tanda vital dalam rentang normal	mengetahui pengalaman nyeri 4. Kaji kultur yang mempengaruhi response nyeri 5. Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau 6. Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang 7. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan 8. Tingkatkan istirahat Analgesic Administration 1. Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas dan derajat nyeri sebelum pemberian obat 2. Cek riwayat alergi 3. Pilih analgesik yang di perlukan 4. Tentukan pilihan analgesik tergantung tipe dan beratnya nyeri 5. Monitor vital sing sebelum dan sesudah pemberian analgesik 6. Berikan analgesi tepat waktu 7. Evaluasi efektifitas analgesik, tanda dan gejala.
3.	Penurunan curah jantung.	NOC : 1. Cardiac Pump effectiveness 2. Circulation Status 3. Vital Sign Status sil: 1. Tanda Vital dalam rentang normal (Tekanan darah, Nadi, respirasi) 2. Dapat mentoleransi aktivitas, tidak ada kelelahan 3. Tidak ada edema paru, perifer, dan tidak ada asites	Cardiac Care 1. Evaluasi adanya nyeri dada (intensitas, lokasi, durasi) 2. Monitor status kardiovaskuler 3. Monitor status pernafasan yang menandakan gagal jantung 4. Monitor balance cairan 5. Monitor adanya perubahan tekanan darah 6. Atur periode latihan dan istirahat untuk menghindari kelelahan 7. Monitor toleransi aktivitas pasien

		4. Tidak ada penurunan kesadaran 5. Agd dalam batas normal 6. Warna kulit normal: tidak sianosis atau pucat	8. Monitor adanya dyspneu, fatigue, tekipeu dan ortopneu 9. Anjurkan untuk menurunkan stress Vital Sign Monitoring 1. Monitor TD, nadi, suhu, dan RR 2. Monitor pernafasan saat pasien berbaring, duduk, atau berdiri 3. Monitor TD, nadi, RR, 4. Monitor jumlah dan irama jantung 5. Monitor frekuensi dan irama pernapasan 6. Monitor pola pernapasan abnormal 7. Monitor suhu, warna, dan kelembaban kulit Identifikasi penyebab dari perubahan vital sign
4.	Intoleransi aktivitas	1. Energy Conservation 2. Self Care : ADLs sil : 1. Berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi dan RR 2. Mampu melakukan aktivitas sehari hari (ADLs) secara mandiri	Energy Management 1. Observasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas 2. Kaji adanya factor yang menyebabkan kelelahan 3. Monitor nutrisi dan sumber energi yang adekuat 4. Monitor pasien akan adanya kelelahan fisik dan emosi secara berlebihan 5. Monitor respon kardiovaskuler terhadap aktivitas 6. Monitor pola tidur dan lamanya tidur/istirahat pasien Activity Therapy 1. Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan 2. Bantu untuk memilih aktivitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik, psikologi dan social 3. Bantu untuk mendapatkan alat bantuan aktivitas

			seperti kursi roda, dll 4. Bantu untuk mengidentifikasi aktivitas yang disukai 5. Bantu klien untuk membuat jadwal latihan di waktu luang 6. Bantu pasien/keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas 7. Monitor respon fisik, emoi, social dan spiritual
--	--	--	---

3.6 CATATAN PERKEMBANGAN KLIEN

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	HARI/ TANGGAL/ JAM	IMPLEMENTAASI	JAM	EVALUASI	PARAF
1	Bersihkan jalan nafas tidak efektif	Senin 4 februari 2019	1. Mengatur posisi semi fowler 2. Mengajarkan teknik nafas dalam dengan meminta klien menarik nafas melalui hidung tahan dan mengelu melalui mulut 3. Mengeluarkan sekret / melakukan suction 4. Memberikan O2 dengan nasal kasnul 5. Mengkaji status pernafasan 6. Memonitor TTV	10.00	S : Klien berkata nafasnya terasa sesak O : Klien terlihat sesak Klien terpasang O2 nasal kanul Ttv Td :130/80 N : 70 S : 36.5°C RR : 28 O2 : 4L A : Bersihan jalan nafas tidak efektif P : Implementasi di lanjutkan Mengajarka teknik nafas dalam	
2	Bersihkan jalan nafas tidak efektif	Selasa 5 februari 2019	1. Memposisikan posisi semi fowler 2. Mengajarkan teknik nafas dalam dengan meminta klien menarik nafas melalui hidung tahan dan mengelu melalui mulut 3. Mengeluarkan sekret / melakukan suction	10.00	S : Klien berkata nafasnya masih terasa sesak O : Klien terlihat masih sesak Klien terpasang O2 nasal kanul Ttv Td :120/90 N : 80 S : 36.0°C RR : 26	

			7. Memberikan O ₂ dengan nasal kanul 4. Memantau status pernafasan 5. Memonitor TTV		O ₂ : 4L A : Bersihan jalan nafas tidak efektif P : Implementasi di lanjutkan Mengajarka teknik nafas dalam	
3	Bersihan jalan nafas tidak efektif	Rabu 6 februari 2019	1. Memposisikan posisi semi fowler 2. Mengajarkan teknik nafas dalam dengan meminta klien menarik nafas melalui hidung tahan dan mengelu melalui mulut 3. Mengeluarkan sekret / melakukan suction 4. Mempertahankan O ₂ 5. Memantau status pernafasan 6. Memonitor TTV	10.00	S : Klien berkata sesak nafasnya mulai berkurang O : Sesak klien mulai berkurang Klien terpasang O ₂ nasal kanul Ttv Td :125/70 N : 80 S : 36.5°C RR : 24 O ₂ : 4L A : Bersihan jalan nafas tidak efektif P : Implementasi di lanjutkan Mengajarka teknik nafas dalam	
4	Bersihan jalan nafas tidak efektif	Kamis 7 februari 2019	1. Memposisikan posisi semi fowler 2. Mengajarkan teknik nafas dalam dengan meminta klien menarik nafas melalui hidung tahan dan mengelu melalui mulut	10.00	S : Klien berkata sesaknya sedikit mulai berkurang O : Klien terlihat sedikit sesak Klien terpasang O ₂ nasal kanul Ttv Td :110/90 N : 80	

			3. Mengeluarkan sekret / melakukan suction 4. Mempertahankan O2 5. Memantau status pernafasan 6. Memonitor TTV		S : 36.5°C RR : 24 O2 : 2L A : Bersihan jalan nafas tidak efektif P : Implementasi di hentikan pasien pindah ruangan jantung Mengajarka teknik nafas dalam	
--	--	--	---	--	---	--

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	HARI/ TANGGAL/ JAM	IMPLEMENTAASI	JAM	EVALUASI	PARAF
1.	Nyeri akut	Senin 4 februari 2019	1. Melakukan pengkajian skala nyeri 2. Mengajarkan teknik nafas dalam dengan meminta klien menarik nafas melalui hidung tahan dan mengelu melalui mulut 3. Kolaborasi pemberian O2 4. Memonitor Ttv 5. Mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri 6. Meningkatkan istirahat seperti mengurangi kunjungan, memberikan ruangan yang nyaman	11.00	S : Klien berkata nyeri di daerah dada seperti tertusuk tusuk Klien berkata kepala terasa sakit O : Klien tampak menunjukkan bagian nyeri skala nyeri 5 Klien tampak meringis Ttv Td :130/80 N : 70 S : 36.5°C RR : 28 O2 : 4L A : Nyeri akut	

					P : Implementasi di lanjutkan Memberikan terapi aroma bunga lavender	
2	Nyeri akut	Selasa 5 februari 2019	1. Mengevaluasi nyeri dada 2. Memberikan terapi aroma lavender dengan cara klien menghirup aroma terapi lavender, dengan cara klien di suruh tarik nafas dalam, tahan 3 detik lalu hembuskan melalui mulut. 3. Mempertahankan pemberian O2 4. Memonitor Ttv 5. Mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri 6. Meningkatkan istirahat seperti mengurangi kunjungan, memberikan ruangan yang nyaman	11.00	S : Klien berkata nyeri masi terasa di daerah dada seperti tertusuk tusuk Klien berkata kepala masi terasa sakit O : Klien terlihat menunjukkan bagian nyeri skala nyeri 3 Klien tampak meringis Ttv Td :120/90 N : 80 S : 36.0°C RR : 26 O2 : 4L A : Nyeri akut P : Implementasi di lanjutkan masalah sedikit teratasi Memberikan terapi aroma bunga lavender	
3	Nyeri akut	Rabu 6 februari 2019	1. Mengevaluasi nyeri dada 2. Mengevaluasi pemberian terapi aroma lavender 3. Mengevaluasi teknik nafas dalam 4. Mempertahankan pemberian O2 5. Memonitor Ttv 6. Kontrol lingkungan yang	11.00	S : Klien berkata nyeri di daerah dada seperti tertusuk tusuk sudah mulai berkurang Klien berkata sakit kepala mulai berkurang O : Klien terlihat menunjukkan bagian nyeri skala nyeri 2 Klien terlihat meringis Ttv	

			bisa mempengaruhi nyeri 7. Meningkatkan istirahat seperti mengurangi kunjungan, memberikan ruangan yang nyaman		Td :125/70 N : 80 S : 36.5°C RR : 24 O2 : 4L A : Nyeri akut P : Implementasi di lanjutkan Masalah mulai teratasi sebagian Memberikan terapi O2	
4	Nyeri akut	Kamis 7 februari 2019	1. Mengevaluasi nyeri dada 2. Mengevaluasi pemberian aroma terapi lavender 3. Mengevaluasi teknik nafas dalam 4. Mempertahankan pemberian O2 5. Memonitor Ttv 6. Kontrol lingkungan yang bisa mempengaruhi nyeri 7. Meningkatkan istirahat seperti mengurangi kunjungan, memberikan ruangan yang nyaman	11.00	S : Klien berkata nyeri di daerah dada seperti tertusuk tusuk sudah mulai berkurang Klien berkata sakit kepala mulai hilang/ berkurang O : Klien terlihat menunjukkan bagian nyeri skala nyeri 1 Klien terlihat tidak terlalu meringis Ttv Td :110/90 N : 80 S : 36.5°C RR : 24 O2 : 2L A : Nyeri akut P : Implementasi di lanjutkan Masalah mulai teratasi klien pindah ruangan jantung	

					Memberikan terapi aroma bunga lavender	
--	--	--	--	--	--	--

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	HARI/ TANGGAL/ JAM	IMPLEMENTAASI	JAM	EVALUASI	PARAF
1.	Penurunan curah jantung	Senin 4 februari 2019	1. Melakukan pengkajian pada ny a 2. Mengkaji skala nyeri dada (intensitas, lokasi, durasi) 3. Mengkaji status pernafasan 4. Kolaborasi pemberian O2 5. Memonitor / menghitung balance cairan dengan mencatat intake dan output pasien / 6 jam 6. Memonitor tekanan darah 7. Memonitor toleransi aktivitas pasien seperti aktifitas klien.	10.00	S : Klien berkata nyeri di daerah dada seperti tertusuk jarum Klien berkata nafas sesak saat beraktifitas Klien berkata kaki terasa bengkak O : Klien terlihat menunjukkan bagian nyeri Klien terlihat meringis Skala nyeri 5 Nafas klien tampak sesak Klien terpasang nasal kanul Ttv Td : 130/80 N : 70 S : 36.5°C RR : 28 O2 : 4L Kaki klien terlihat bengkak/ udem tipe derajat 1 dengan pitting udem 3 detik. A : Penurunan curah jantung P : Implementasi di lanjutkan	

2	Penurunan curah jantung	Selasa 5 februari 2019	1. Mengevaluasi skala nyeri dada (intensitas, lokasi, durasi) 2. Memantau status pernafasan 3. Mempertahankan pemberian O2 4. Memonitor / menghitung balance cairan dengan mencatat intake dan output pasien / 6 jam 5. Memonitor tekanan darah 6. Memonitor toleransi aktivitas pasien seperti aktifitas klien.	10.00	S : Klien berkata masih nyeri di daerah dada seperti tertusuk jarum Klien berkata nafas masi sesak saat beraktifitas Klien mengatakan kaki terasa bengkak O : Klien terlihat menunjukkan bagian nyeri Klien terlihat meringis Skala nyeri 5 Nafas klien terlihat sesak Klien terpasang nasal kanul Ttv Td :120/90 N : 80 S : 36.0°C RR : 26 O2 : 4L Kaki klien terlihat bengkak/ udem tipe derajat 1 dengan pitting udem 3 detik. A : Penurunan curah jantung P : Implementasi di lanjutkan	
3	Penurunan curah jantung	Rabu 6 februari 2019	1. Mengevaluasi skala nyeri dada (intensitas, lokasi, durasi) 2. Memantau status pernafasan 3. Mempertahankan pemberian O2 4. Memonitor / menghitung	10.00	S : Klien berkata nyeri di daerah dada seperti tertusuk jarum sudah mulai berkurang Klien berkata sesak nafas sudah mulai berkurang saat beraktifitas Klien berkata bengkak pada kaki sudah mulai berkurang O :	

			balance cairan dengan mencatat intake dan output pasien / 6 jam 7. Memonitor tekanan darah 8. Mengevaluasi toleransi aktivitas pasien seperti aktifitas klien.		Klien terlihat menunjukkan bagian nyeri Klien terlihat meringis Skala nyeri 3 Nafas klien tampak tidak sesak Klien terpasang nasal kanul Ttv Td :125/70 N : 80 S : 36.5°C RR : 24 O2 : 4L Kaki terlihat tampak bengkak/ udem tipe derajat 1 dengan pitting udem 3 detik. A : Penurunan curah jantung P : Implementasi di lanjutkan	
4	Penurunan curah jantung	Kamis 7 februari 2019	1. Mengevaluasi skala nyeri dada (intensitas, lokasi, durasi) 2. Memantau status pernafasan 3. Mempertahankan pemberian O2 4. Memonitor / menghitung balance cairan dengan mencatat intake dan output pasien / 6 jam 5. Memonitor tekanan darah 6. Mengevaluasi toleransi aktivitas pasien seperti	10.00	S : Klien berkata nyeri di daerah dada seperti tertusuk jarum sudah mulai berkurang Klien berkata nafas tidak sesak lagi saat beraktifitas Klien berkata bengkak di kaki sudah mulai berkurang O : Klien terlihat menunjukkan bagian nyeri Klien terlihat tidak meringis Skala nyeri 2 Nafas klien terlihat tidak sesak lagi Klien terpasang nasal kanul Ttv	

			aktifitas klien.		Td :110/90 N : 80 S : 36.5°C RR : 24 O2 : 2L Kaki klien terlihat tidak bengkak lagi A : Penurunan curah jantung P : Implementasi di lanjutkan Klien pindah ruang rawatan	
--	--	--	------------------	--	--	--

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	HARI/ TANGGAL/ JAM	IMPLEMENTAASI	JAM	EVALUASI	PARAF
1	Intoleransi aktifitas	Senin 4 februari 2019	1. Mengkaji adanya factor yang menyebabkan kelelahan 2. Mengatur posisi semi fowler 3. Mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan 4. Membantu pasien dalam aktivitasnya	09.00	S : Klien berkata badanya terasa lemas Klien berkata aktifitas di bantu oleh perawat O : Klien terlihat terbaring di tempat tidur Klien berkata aktifitas di bantu oleh perawat Ttv Td :130/80 N : 70 S : 36.5°C RR : 28 O2 : 4L A : Intoleransi aktifitas P : Implementasi di lanjutkan Memandikan klien	

2	Intoleransi aktifitas	Selasa 5 februari 2019	1. Mengobservasi adanya pembatasan klien saat melakukan aktivitas 2. Mengatur posisikan semi fowler 3. Membantu pasien dalam aktivitasnya 4. Membantu pasien untuk memenuhi nutrisinya	09.00	S : Klien berkata badanya terasa lemas Klien berkata aktifitas di bantu oleh perawat O : Klien terlihat berbaring di tempat tidur Klien berkata aktifitas di bantu oleh perawat Ttv Td :120/90 N : 80 S : 36.0°C RR : 26 O2 : 4L A : Intoleransi aktifitas P : Implementasi di lanjutkan Memandikan klien	
3	Intoleransi aktifitas	Rabu 6 februari 2019	1. Mengatur posisi semifowler 2. Mengobservasi adanya pembatasan klien dalam beraktivitas 3. Membantu pasien dalam aktivitasnya 4. Membantu memandikan pasien ditempat tidur. 5. Membantu pasien untuk memenuhi nutrisinya	09.00	S : Klien berkata badanya terasa lemas Klien berkata aktifitas di bantu oleh perawat O : Klien terlihat berbaring di tempat tidur Klien berkata aktifitas di bantu oleh perawat Ttv Td :125/70 N : 80 S : 36.5°C RR : 24 O2 : 4L A : Intoleransi aktifitas	

					P : Implementasi di lanjutkan Memandikan klien	
4	Intoleransi aktifitas	Kamis 7 februari 2019	1. Mengatur posisi semi fowler 2. Mengobservasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas 3. Membantu pasien dalam aktivitasnya 4. Membantu memandikan pasien ditempat tidur. 5. Membantu pasien untuk memenuhi nutrisinya	09.00	S : Klien berkata badanya terasa lemas Klien berkata aktifitas di bantu oleh perawat O : Klien berkata badanya terasa lemas Klien berkata aktifitas di bantu oleh perawat Ttv Td :110/90 N : 80 S : 36.5°C RR : 24 O2 : 2L A : Intoleransi aktifitas P : Implementasi di hentikan klien pindah ke ruangan jantung Memandikan klien	

BAB IV

PEMBAHASAN

4.1 Analisa Masalah Keperawatan Dengan Konsep Terkait KKMP Dan Konsep Kasus Terkait

Asuhan keperawatan pada klien dengan N-STEMI (Non-ST elevation myocardial infarction) dilakukan sejak tanggal 04 februari 2019 sampai tanggal 07 februari 2019, klien masuk rumah sakit tanggal 03 februari 2019 dari IGD sebelumnya, pengkajian keperawatan dilakukan di ruangan ICU/ICCU pada tanggal 04 februari 2019, keluhan utama nyeri dada sebelah kiri seperti tertusuk tusuk dan nafas sesak.

Masalah keperawatan utama yang diambil adalah Bersihan perjalanan nafas tidak efektif berhubungan dengan Hipersekresi jalan nafas, karena pada saat di tanya didapatkan data subjektif Klien mengatakan nafasnya sesak, Klien mengatakan nafas sesak saat beraktifitas, batuk, batuk klien berdahak, klien pusing, badan lemas dan letih, sedangkan data objektif klien tampak sesak, batuk, klien tampak gelisah, lemas, Klien terpasang O2 4 liter SpO2 : 98 % Td : 110/74 mmHg, Nadi : 72 x/menit, Suhu : 36,6°C, Rr : 26 x/menit, Bb : 60 kg. Pada pasien N-STEMI keadaan ini akan menyebabkan gangguan pengangkutan oksigen terutama di area jantung sehingga terjadi penurunan perfusi arteri yang berakibat terjadinya iskemik, bahkan sampai pada kematian sel jantung. (Metcalf, 2012)

Masalah keperawatan ke dua adalah nyeri akut berhubungan dengan Agen cedera biologis karena pada saat pengkajian didapatkan data subjektif klien

mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk di daerah dada, nyeri hilang-hilang timbul, sedangkan data objektif klien tampak meringis kesakitan, wajah klien tegang, klien tampak memegang bagian yang sakit, klien terpasang O2 4L, TD: 110/74 nadi : 72 x/menit suhu : 36.6°C, Rr : 26 x/menit, Bb : 60 kg.

Nyeri adalah campuran dari fisik emosional dan perilaku. Stimulus menghasilkan nyeri di kirimkan impuls melalui serabut saraf perifer. Serabut saraf masuk ke medula spinalis dan jalan salah satu dari beberapa rute saraf yang akhirnya sampai pada massa abu-abu pada medula spinalis. disana pesan nyeri yang berinteraksi dengan sel-sel saraf inhibitor, mencegah stimulus nyeri sehingga tidak mencapai otak untuk di transmisi tanpa sumbatan korteks serebral (Potter dan Perry, 2005)

Masalah keperawatan yang ke tiga di ambil adalah penurunan curah jantung berhubungan dengan kontraktilitas jantung karena pada saat pengkajian di dapatkan data subjektif klien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk di daerah dada, kepala terasa sakit sedangkan data objektif klien tampak meringis kesakitan, wajah klien tegang, klien tampak memegang bagian yang sakit, klien terpasang O2 4L, TD: 110/74 nadi : 72 x/menit suhu : 36.6°C, Rr : 26 x/menit, Bb : 60 kg, N-STEMI di sebabkan oleh adanya trombus pada arteri koroner sehingga terjadinya penurunan curah jantung yang mengakibatkan proses kerja jantung tidak bekerja dengan baik (Puji astutikbunga larasati, 2014)

Masalah keperawatan yang ke empat adalah Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan, karena ketika pengkajian di dapatkan data subjektif klien

badan terasa lemas, klien mengatakan aktifitas di bantu perawat dan keluarga sedangkan data objektif, klien tampak lemas dan terbaring pada tempat tidur, aktifitas klien tampak di bantu oleh perawat dan keluarga, pada pasien n stemi dapat di temukan gejala seperti lelah, nafas sesak, rasa tidak nyama, mual dan muntah. (Sartono, dkk.2019)

Dari ke empat masalah keperawatan yang muncul di atas dengan nyeri akut maka penulis tertarik untuk melakukan terapi aroma lavender untuk menurunkan skala nyeri dada pada pasien N-STEMI.

Menurut Dasna dalam jurnal nya efektifitas terapi aroma bunga lavender (*lavandula angustifolia*) terhadap penurunan skala nyeri pada klien infark miokard di dapatkan bahwa hasil uji statistik di peroleh nilai $p (0.001) < \alpha (0.05)$, maka dapat di simpulkan bahwa ada perbedaan yang signifikan antara skor intensitas skala nyeri pada klien infark miokard sebelum dan sesudah pemberian terapi aroma lavender.

4.2 Analisis Salah Satu Intervensi Dengan Konsep Dan Penelitian Terkait

Dari ke empat masalah keperawatan di atas, sehubungan dengan masalah keperawatan nyeri akut yang berhubungan dengan Agen cedera biologis, penulis akan memberikan terapi non farmakologi terapi aroma lavender untuk menurunkan skala nyeri pada dada.

Penanganan nyeri bisa di laksanakan secara farmakologis dengan pemberian obat analgesic dan penenang. Sedangkan secara non farmakologis yakni dengan distraksi, relaksasi, kompres dingin atau panas, tarik nafas dalam musiki, imajinasi terbimbing, reiki, aromaterapi, relaksasi, hypnosis (rezkiyah,

2011, Hidayat, 2006) Sebagian besar pasien seringkali menganggap penanganan nyeri dengan pemberian obat-obatan adalah satu-satunya pilihan yang terbaik. Namun metode non farmakologis yang akan di lakukan yaitunya pemberian terapi aroma lavender terhadap menghilangkan skala nyeri (Yunita, 2010)

Ketepatan pelaksanaan nyeri dada untuk pasien N-STEMI tidak stabil sangat menentukan prognosis penyakit, penatalaksanaan nyeri dapat di lakukan berupa terapi medika metosa dan asuhan keperawatan. Dalam pengelolaan nyeri dada pasien N-STEMI perawat memiliki peran penting. Intervensi keperawatan diantaranya meliputi intervensi mandiri dan kolaboratif. Intervensi mandiri yang bisa di lakukan berupa pemberian relaksasi sedangkan intervensi kolaboratif berupa pemberian farmakologis. Intervensi non farmakologis mencakup terapi agen fisik dan intervensi perilaku kognitif. Diantara nya satu intervensi keperawatan yang di gunakan untuk mengurangi nyeri dada adalah terapi aroma bunga lavender (Mchel, 2013).

Pemberian terapi aroma lavender merupakan salah satu teknik non farmakologi pada pasien N-stemi yang dapat di berikan pada klien baik secara mandiri maupun terapi tambahan, terapi aroma lavender adalah suatu terapi yang mudah di lakukan baik di rumah sakit maupun di rumah. Pemberian aromaterapi ini sebaik nya di lakukan selama 15 - 30 menit dengan klien tidak memfokuskan semua perhatiannya pada nyeri (mutia anwar, 2018)

Hasil implementasi pemberian aromaterapi lavender dengan masalah keperawatan pada pasien dengan diagnosa N-stemi terhadap penurunan skala

nyeri dada di lakukan selama 3 hari dengan durasi 15 menit, klien mengatakan bahwa nyeri dada di rasakan berkurang dan klien tidak merasakan nyeri dada hebat seperti sebelumnya. Sejalan dengan penelitian yang di lakukan oleh dasna yang melakukan penelitian efektifitas terapi aroma lavender terhadap turunan skala nyeri pada klien infark miokard yang di lakukan selama 15 menit dengan frekuensi nyeri dada menurun.

Hal ini menunjukkan bahwa pemberian aromaterapi lavender yang merupakan terapi non farmakologis bisa turunkan skala nyeri pada klien nyeri dada, terapi ini juga bisa di lakukan secara sendiri di rumah, dan terapi ini juga tidak memiliki efek samping.

4.3 ALTERNATIF PEMECAHAN YANG BISA DI LAKUKAN

Peran perawat saat penanganan masalah N-STEMI tergantung pada kerja sama antara perawat, keluarga dan pasien . Maka perawat dapat memberikan asuhan secara komprehensif dengan membatasi aktifitas agar mengurangi kerja jantung dan nyeri.

Peran keluarga juga penting dalam tingkat keberhasilan terapi, hasil penelitian oleh Festy (2009) semakin baik peran yang di lakukan oleh keluarga dalam pelaksanaan program medik pada pasien maka semakin baik bula hasil yang akan di capai. Peran keluarga terdiri dari peran sebagai motivator, edukatif dan peran sebagai perawat.

BAB V

PENUTUP

Pada bab ini akan mengemukakan kesimpulan dari hasil pembahasan serta memberikan saran kepada beberapa pihak agar dapat dijadikan pedoman untuk perkembangan keilmuan khususnya dibidang keperawatan.

1.1 KESIMPULAN

- a. Mahasiswa telah mampu mengerti konsep dasar N-STEMI (Pengertian, anatomi, fisiologi, patofisiologi, etiologi, manifestasi klinis, pemeriksaan diagnostik, penatalaksanaan, komplikasi) pada Ny A selama 4 hari di ruangan icu/iccu, di mana pasien sudah pindah pada tanggal 07 februari 2019
- b. Mahasiswa sudah mampu melakukan asuhan keperawatan kepada klien dengan diagnosa N-STEMI
- c. Mahasiswa sudah mampu melakukan salah satu intervensi keperawatan sesuai dengan jurnal terkait.
- d. Mahasiswa sudah mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan dengan intervensi terapi aroma lavender pada klien dengan diagnosa N-STEMI

1.2 SARAN

- a. Bagi penulis
Diharapkan hasil ini bisa dijadikan pedoma untuk menerapkan dan meningkatkan pengetahuan serta keterampilan untuk melakukan asuhan keperawatan sehingga dapat memberikan pelayanan profesional.
- b. Bagi instansi pendidikan

Diharapkan hasil ini dapat bermanfaat sebagai bahan ajar perbandingan dalam asuhan keperawatan gawat darurat secara teori dan praktik.

c. Bagi RSUD Dr Achmad Mochtar Bukittinggi

Diharapkan hasil ini bisa diterapkan diruangan yang terkait dan selalu meningkatkan pelatihan ICU/ICCU dasar intensive.

DAFTAR PUSTAKA

- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2006. *Standar Pelayanan Keperawatan di ICU*. Jakarta: Depkes
- Morton G.P. 2012, Keperawatan Kritis, Edisi 2, Jakarta: EGC
- Tamsuri A.(2007). Konsep Dan Penatalaksanaan nyeri. Jakarta : EGC.
- Muttaqin, Arif dan Sari, Kumala, 2009,Asuhan Keperawatan Perioperatif:Konsep, Proses, dan Aplikasi, Salemba Medika, Jakarta.
- Smeltzer, Suzanne C. dan Bare, Brenda G, 2002,Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner dan Suddarth(Ed.8, Vol. 1,2), Alih bahasa oleh AgungWaluyo...(dkk), EGC, Jakarta
- Sylvia. M, Lorraine. (2009). Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit. Jakarta : EGC
- Hidayat AA. (2004). *Pengantar konsep dasar keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Kemenkes. 2011. Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Pelayanan ICU di Rumah Sakit.
- Arif, Muttaqin., 2009. Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Kardiovaskular dan hematologi. Salemba Medika, Jakarta.
- Kemenkes. Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2015.
- Notoatmodjo, S. (2007). Pengantar Pendidikan Kesehatan Dan Ilmu PerilakuKesehatan.Jakarta: PT.Rineka Cipta

- Potter & Perry., 2005. Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses & Praktek. Edisi 4. Vol 1. Jakarta : EGC.
- Solehati, Tetti dan Cecep Eli Kosasih.,2015. Konsep dan Aplikasi Relaksasi dalam Keperawatan Maternitas. Bandung : PT. Refika Aditama
- Tamsuri, A.,2007. Konsep dan Penatalaksanaan nyeri. Jakarta : EGC.
- Aru W, Sudoyo. 2009. Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam, jilid II, edisi V.Jakarta: Interna Publishing
- Puji Astutik, Asuhan Keperawatan Dengan Kasus N-STEMI (Non ST-Elevation Myocard Infark) di ruangan ICU RS Baptis Batu
- Mutia Anwar, 2018 Pengaruh Aromaterapi Lavender Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Pasien Paska Operasi Sectio Caesarea
- Dasna Efektifitas Terapi Aroma Lavender (*lavandula angustifolia*) Terhadap Penurunan Skala Nyeri Dada Pada Klien Infark Miokard

