**KARYA ILMIAH AKHIR NERS (KIA-N)**



PENERAPAN AROMA TERAPI LAVENDER TERHADAP PENURUNAN SKALA NYERI PADA TN.R DENGAN NSTEMI (NON-ST SEGMEN ELEVATION MYOCARD INFARCTION) DI RUANG JANTUNG

RSUD DR.ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI

TAHUN 2020

Oleh :

RICO FRANSISCO

NIM : 1914901735

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS

STIKES PERINTIS PADANG

TAHUN 2019/2020

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG**

**Karya Ilmiah Akhir Ners, 11 Oktober 2020**

**RICO FRANSISCO**

PENERAPAN AROMA TERAPI LAVENDER TERHADAP PENURUNAN SKALA NYERI PADA TN.R DENGAN NSTEMI (NON-ST SEGMEN ELEVATION MYOCARD INFARCTION) DI RUANG JANTUNG RSUD DR.ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI

**vi + V bab + 92 Halaman + Tambel + Gambar + Skema + Lampiran**

**ABSTRAK**

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, pada pasien dengan penyakit jantung memiliki ciri khas nyeri dada nyeri dada retrosternal seperti diremas-remas, ditusuk, ditekan, panas, atau ditindih barang berat. Nyeri dada yang dirasakan serupa dengan angina, tetapi lebih intensif dan menetap lebih dari 30 menit, dalam mengatasi nyeri salah satunya dapat dilakukan dengan teknik non farmakologi aroma terapi dengan tujuan nyeri berkurang. Metode dalam Karya Ilmiah Akri Ners ini berupa studi kasus yang di ambil saat praktek keperawatan dasar di Rumah Sakit dr Ahmad Mochtar Bukittinggi dengan melakukan asuhan keperawatan selama 3 hari. Hasil yang di dapatkan setelah di berikan intervensi di dapatkan adanya penurunan skala nyeri pada pasien dengan N-Stemi. Di simpulkan bahwa adanya pengaruh aromaterapi lavender dalam menurunkan nyeri pada N-Stemi. Disarankan kepada perawat agar menerapkan intervensi aromaterapi lavender untuk tindakan mandiri perawat.

**Kata Kunci : Aromaterapi Lavender, Intensitas nyeri, N-Stemi,**

**Daftar Pustaka : 17 (2002-2019)**

**NERS PROFESSIONAL EDUCATION STUDY PROGRAM**

**HIGH SCHOOL OF HEALTH SCIENCE PADANG**

**Nur's Final Scientific Paper, October 11 , 2020**

**RICO FRANSISCO**

**THE APPLICATION OF LAVENDER THERAPY AROMA TO REDUCTION OF PAIN SCALE IN TN.R WITH NSTEMI (NON-ST SEGMENT ELEVATION MYOCARD INFARCTION) IN THE HEART ROOM DR .ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI Hospital**

**vi + V chapters + 92 Pages + Patches + Pictures + Schemes + Attachments**

**ABSTRACT**

Non ST Elevation Myocardial infarction is an imbalance of demand and supply of oxygen to the myocardium, especially due to narrowing of the coronary arteries which will cause local myocardial ischemia. Transient ischemia will cause a reversible change in the level of cells and tissues, in patients with heart disease characterized by chest pain chest pain retrosternal like a crumpled, drawn, pressed, hot, or superimposed on heavy goods. Chest pain that is felt is similar to angina, but more intense and persists for more than 30 minutes . One of the ways to overcome pain is non-pharmacological aromatherapy techniques with the aim of reducing pain. MethodIn Akri Ners' Scientific Work in the form of case studies taken during basic nursing practice at the Dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi Hospital by providing nursing care for 3 days. The results obtained after giving the intervention showed a decrease in the pain scale in patients with N-Stemi. In conclusion, lavender aromatherapy has an effect on reducing pain in N-Stemi. It is recommended that nurses apply lavender aromatherapy intervention for nurses' independent action.

**Key : N-STEMI, pain intensity, Aromatherapy Lavender**

**Bibliography : 17 ( 2002-2019 )**

**DAFTAR RIWAYAT HIDUP**

 

**Nama : Rico Fransisco**

**Nim : 1914901735**

**Tempat / Tanggal Lahir : Bukit Bual/25-05-1995**

**Alamat : Bukit Bual, Kec. Koto VII, Kab. Sijunjung**

**No. Hp : 082391970432**

**Program Studi : Profesi Ners**

**Institute : STIKes Perintis Padang**

**Agama : Islam**

**Orang Tua**

 **Ayah : Sapar Ali**

 **Ibu : Witnawilis**

**Riwayat Pendidikan**

1. **Tahun 2000-2001 : TK Teratai Bukit Bual**
2. **Tahun 2001-2007 : SDN 06 Bukit Bual**
3. **Tahun 2007-2010 : SMPN 2 Sijunjung**
4. **Tahun 2010-2013 : MA Muhammadiyyah Koto VII**
5. **Tahun 2013-2019 : S1 keperawatan Stikes Perintis Padang**
6. **TAhun 2019-2020 : Profesi Ners Stikes Perintis Padang**

**KATA PENGANTAR**

****

Puji syukur penulis ucapkan kehadirat Allah SWT, atas rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners ini yang berjudul **“**Penerapan Aroma Terapi Lavender Terhadap Penurunan Skala Nyeri Pada Tn.R Dengan NSTEMI (Non-ST Segmen Elevation Myocard Infarction) DI Ruang Jantung RSUD DR.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2020**”** dapat diselesaikan.

Karya Ilmiah Akhir Ners ini diajukan untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Profesi Ners, pada Program Studi Keperawatan STIKes perintis Padang. Dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini penulis banyak mendapatkan bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak, maka dari itu pada kesempatan ini, penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Bapak Yendrizal Jafri, S.Kp, M.Biomed selaku Ketua STIKes Perintis Padang.
2. Ibu Ns. Mera Delima, M. Kep selaku Ketua Prodi Profesi Ners STIKes Perintis Padang.
3. Ibu Ns. Supiyah, M. Kep selaku pembimbing I yang telah banyak memberikan bimbingan, arahan, serta petunjuk dalam menyusun karya ilmiah akhir ners ini.
4. Ibu Ns. Vera Sesrianty, M. Kep selaku pembimbing II yang telah banyak memberikan bimbingan, arahan, serta petunjuk dalam penyususnan karya ilmiah akhir ners ini .
5. Bapak dan Ibu di Prodi profesi Ners yang telah memberikan ilmu selama mengikuti pendidikan di STIKes perintis Padang.
6. Teristimewa kepada Keluarga tercinta yang selalu memberikan dukungan baik secara moril maupun materi serta do’a dan kasih sayangnya sehingga penulis lebih semangat dalam meyelesaikan karya ilmiah akhr nersi ini.
7. Rekan-rekan se-Angkatan yang telah memberikan dukungan serta saran-saran yang bermanfaat dan membangun.

Dalam penyusunan karya ilmiah akhir ners ini penulis telah berusaha sebaik-baiknya, namun penulis menyadari atas segala kekurangan itu, penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun demi kesempurnaan penyusunan karya ilmiah akhir ners ini.

Akhir kata penulis ucapkan terima kasih atas segala bantuan dari semua pihak yang terlibat dalam penulisan karya ilmiah akhir ners ini. Mudah-mudahan karya ilmiah akhir ners ini dapat bermanfaat bagi kita semua, Amin.

Bukittinggi, Oktober 2020

 Penulis

 Rico Fransisco

**BAB I**

**PENDAHULUAN**

* 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). Penyakit jantung merupakan penyebab kematian tertinggi saat ini. Organisasi kesehatan WHO dan Organisasi Federasi Jantung Sedunia (World Heart Federation) memprediksikan penyakit jantung menjadi penyebab utama kematian di negara-negara Asia pada tahun 2025. Saat ini, sedikitnya 78% kematian global akibat penyakit jantung terjadi pada kalangan masyarakat miskin dan menengah. Di negara berkembang dari tahun 1990 sampai 2020, angka kematian akibat penyakit jantung akan meningkat 137 % pada laki-laki dan 120% pada wanita, sedangkan di negara maju peningkatannya lebih rendah yaitu 48% pada laki-laki dan 29% pada wanita (WHO, 2020)

Salah satu jenis penyakit jantung yang paling banyak ditemui ialah 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). Untuk data di Indonesia prevelensi penyakit jantung di masyarakat semakin hari semakin meningkat, prevelensi mencapai 7,2% (Kemenkes,2018). Berdasarkan penelitian, angka kematian akibat gagal jantung sekitar 10 % dalam 1 tahun. Sumber lain mengatakan bahwa setengah dari pasien gagal jantung kongestif meninggal dalam waktu 4 tahun setelah didiagnosis dan terdapat lebih dari 50% penderita meninggal dalam tahun pertama (Mariyono, 2007). Sedangkan data Dinas Kesehatan Provinsi sumatra Barat tahun 2018 menunjukkan kasus penyakit jantung koroner sebesar 26,38 per 1000 penduduk (Dinkes Sumbar, 2018)

Dari hasil data yang terdapat di Ruangan Jantung RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi, angka kejadian penderita penyakit dengan Nstemi 4 bulan terakhir dari bulan Juni hingga September 2019 yaitu sekitar 100 pasien. Kejadian penyakit gagal jantung pada bulan Mei 2019 di Ruangan Jantung RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi, sebanyak 20 pasien, diantaranya 3 ADHF, 3 STEMI Anterioseptal, 3 STEMI Anterior dan 11 NSTEMI. Hal ini menunjukkan tingginya angka kejadian penyakit NSTEMI di Ruangan Jantung RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi.

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

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. 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 qualitas 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).

Salah satu keluhan khas penyakit jantung adalah nyeri dada retrosternal seperti diremas-remas, ditusuk, ditekan, panas, atau ditindih barang berat. Nyeri dada yang dirasakan serupa dengan angina, tetapi lebih intensif dan menetap lebih dari 30 menit (Siregar, 2011 dalam Dasna, 2014) Penanganan rasa nyeri harus dilakukan secepat mungkin untuk mencegah aktivasi saraf simpatis, karena aktifasi saraf simpatik ini dapat menyebabkan takikardi, vasokontriksi, dan peningkatan tekanan darah yang pada tahap selanjutnya dapat memperberat beban jantung dan memperluas kerusakan miokardium. Tujuan penatalaksanaan nyeri adalah menurunkan kebutuhan oksigen jantung dan untuk meningkatkan suplai oksigen ke jantung (Reza,dkk,2011 dalam Frayusi, 2012).

Perawat mempunyai peranan dalam penatalaksanaan nyeri yaitu membantu meredakan nyeri dengan memberikan intervensi penghilang nyeri (termasuk pendekatan farmakologis dan non farmakologis) (Smeltzer & Bare, 2006). Penanganan nyeri bisa dilakukan secara farmakologis yakni dengan pemberian obat-obatan. Sedangkan secara non farmakologis melalui distraksi, relaksasi dan stimulasi kulit kompres hangat atau dingin, latihan nafas dalam, terapi musik, aromaterapi, imajinasi terbimbing, relaksasi (Smeltzer & Bare, 2006).

Pemberian terapi non farmakologis yang biasanya diajarkan perawat kepada klien dengan keluhan nyeri adalah teknik relaksasi nafas dalam. Pemberian aromaterapi Lavender masih jarang digunakan di rumah sakit sebagai alternative yang dapat mengurangi skala nyeri yang dirasakan pasien gangguan kardiovaskuler karena aromaterapi Lavender masih belum dipopulerkan sebagai salah satu bentuk intervensi keperawatan dalam mengurangi nyeri yang dirasakan pasien.

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 value < 0,05) sehingga dapat disimpulkan bahwa aromaterapi lavender efektif untuk menurunkan skala nyeri pasien infark miokard.

Hasil penelitian yang juga di lakukan oleh Mutia Anwar (2018) yang berjudul pengaruh aromaterapi lavender terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasienpasca operasi sectio caesar dengan uji wilcoxon di dapatkan hasil p value 0,000 (p value 0.000 < α 0.05) maka dapat di simpulkan bahwa ada pengaruh pemberian teknik relaksasi aromaterapi lavender terhadap penurunan intensitas nyeri post opersi sectio caesar.

Berdasarkan hasil wawancara yang di lakukan pada petugas di ruangan Jantung di dapatkan hasil bahwa di ruangan jantung belum pernah di lakukan pemberian aromaterapi lavender untuk menurunan skala nyeri pada pasien infark miokard.

Berdasarkan uraian diatas, penulis akan melakukan Asuhan Keperawatan pada Tn.R pasien N-STEMI (Non-ST segmen elevation myocard infarction) dengan intervensi pemberian terapi aroma lavender terhadap penurunan skala nyeri di Ruangan Jantung RSUD Dr Achmad Mochtar Bukittinggi untuk dijadikan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) pada siklus keperawatan dasar profesional.

* 1. **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 Ruangan Jantung Dr Achmad Mochtar Bukittinggi untuk di jadikan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) pada siklus keperawatan dasar profesional.

* 1. **Tujuan**
		1. **Tujuan Umum**

Mampu menerapkan asuhan keperawatan dasar profesional pada klien N-STEMI (Non-ST segmen elevation myocard infarction) dengan intervensi pemberian terapi aroma lavender terhadap penurunan skala nyeri di Ruangan Jantung RSUD Dr Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2019.

* + 1. **Tujuan Khusus**
1. Mahasiswa mampu memahami konsep dasar N-STEMI (pengertian, anatomi fisiologi, patofisiologi, etiologi, manifestasi klinis, pemeriksaan diagnostik, penatalaksanaan,komplikasi)
2. Mahasiswa mampu melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan N-STEMI
3. Mahasiswa mampu melakukan salah satu intervensi jurnal keperawatan pada penyakit N-STEMI
4. Mahasiswa mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan dengan intervensi aromaterapi lavender pada klien dengan diagnosaN-STEMI
	1. **Manfaat**
		1. **Bagi Penulis**

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

* + 1. **Bagi Instansi Pendidikan**

Sebagai bahan masukan kepada institusi pendidikan yang dapat dijadikan sebagai bahan ajar untuk perbandingan secara teori dan praktik.

* + 1. **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**

* 1. **Konsep N-STEMI**
		1. **Pengertian N-Stemi**

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).

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).

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 vasokontriksi reaksi inflamasi, dan microembolisasi distal. (Muttaqin,2013).

* + 1. **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 vasokontriksi 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 konsentrasi faktor 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 hs CRP di hati.(Sudoyono, 2010).

* + 1. **Pathway**

Kelainan metabolisme (lemak, koagulasi darah, dan keadaan biofisikabio kimia dinding arteri

Faktorpencetus:

Hiperkolesterolemia

DM

Merokok

Hipertensi

UsiaLanjut

Kegemukan

aterosklerosis

Akumulasi/penimbunan ateroma plak di intima arteri

Pembentukan trombus

Penurunan aliran darah koroner

Iskemia N-semi

Kebutuhan O2 metabolisme

Kontraksi miokard

Td naik

Produksi asam laktat

Cardiac output

Penurunan perfusi jaringan

Penurunan kemampuan tubuh untuk menyediaka nenergi

**MK. Penurunan curah jantung**

Meransang nosiseptor

Angina pektoris

Suplai O2 keparu

Kelemahan

MK .Nyeri

Kebutuhan O2

**MK.. intoleransi aktivitas**

Kompensasi RR

Takipnea/dispnea

MK. Ketidak efektifan pola nafas

(Sumber: Muhammadderiramadhan,2016)

* + 1. **Etiologi**

NSTEMI disebabkan karena penurunan suplai oksigen dan peningkatan kebutuhan oksigen miokard yang dialami oleh obstruksi Koroner. NSTEMI terjadi akibat thrombosis akut atau prosesvasokonstrikai 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 penghhasil dari penyempitan arteri koroner disebabkan oleh thrombusnonocclusive namun telah dikembangkan daerah plak aterosklerotik terganggu.

1. Faktor Resiko yang Tidak Dapat Dirubah
2. Umur
3. Jenis kelamin
4. Riwayat penyakit jantung
5. Hereditas
6. Ras
7. Faktor Resiko yang Dapat Diubah
8. Mayor : Hipertensi, merokok, obesitas, diet tinggi lemak jenuh, diabetes, kalori, hyperlipidemia
9. Minor : Emosional, agresif, inaktifitas fisik, stress psikologis berlebihan, ambisius.
10. Faktor Penyebab
11. 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.
12. 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.

1. 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).

1. 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.

1. 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.

* + 1. **Manifestasi klinis**
1. 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.
2. Sesak Nafas, disebabkan oleh adanya peningkatan mendadak antara tekanan diastolik ventrikel kiri, disaat itu perasaan cemas juga menimbulkan hipervenntilasi. Pada infark tanpa gejala nyeri ini, sesak nafas merupakan tanda adanya disfungsi ventrikel kiri yang bermakna.
3. Gejala gastrointestinal, meningkatkan aktivitas vagal di sebabkan muntah dan mual, namun biasanya sering terjadi pada infark inferior,dan stimulasi diafragma pada infak inferior bisa menyebabkan cegukan.
4. Gejala lain termasuk palpitasi, gelisah, rasa pusing, atau sinkop dan aritmia ventrikel.
	* 1. **Pemeriksaan Diagnostik**
5. 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 merupkan predikat outcome yang buruk. Kauletal meningkat secara progresif yaitu memberatnya depresi segmen ST maupun perubahan troponin T keduanya memberikan tambahan informasi prognosis pasien dengan NSTEMI.

 

 

1. 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.

* + 1. **Penatalaksanaan**
1. **Penatalaksanaan Medis**

Tujuan penatalaksanaan medis angina adalah utnuk menurunkan kebutuhan oksigen jantung dan untuk meningkatkan suplai oksigen. Secara medis tujuan ini dicapai melalui terapi famakoligi dan control terhadap faktor risiko. Secara bedah tujuan ini dicapai melalui revaskularisasi suplai darah jantung melalui bedah pintas arteri koroner atau angioplasti koroner transluminal perkuatan (ptca= percutaneous transluminal coronary angio plasty), (diskusikan dibawah). Biasanya diterapkan kombinasi antara terapi medis dan pembedahan. Seperti yang akan didiskusikan kemudian, terdapat beberapa pendekatan yang akhir-akhir ini sering digunakan untuk revaskularisasi jantung. Tiga teknik utama yang menawarkan penyembuhan bagi klien dengan penyakit arteri koroner mencakup penggunaan alat intrakoroner untuk meningkatkan alirandarah, penggunaan laser untuk menguapkan plak dan endarterektomi koroner perkuatan untuk mengangkat obsruksi. Penelitian yang bertujuan untuk membandingkan hasil akhir yang dicapai oleh salah satu atau seluruh teknik di atas, melalui bedah pintas koroner sedang dilakukan. Ilmu pengetahuan terus dikembangkan untuk mengurangi gejala dan kemunduran proses angina yang diderita pasien. Pada waktu mendapat serangan angina obat yang paling baik adalah preparat nitrogliserin atau derivatnya yang diberikan secara sublingual. Dosis nitrogliserin bervariasi dari 0,5-1. Tablet yang dapat diulang sampai beberapa kali pemberian. Untuk mencegah timbulnya serangan angina dapat dipakai beberapa preparat yaitu: 1 gr actiry nitrase, seperti issosorbiddinitrat atau nitrogliserin dalam bentuk salep atau refard/sustained.

1. **Penatalaksanaan Keperawatan**

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:

1. Istirahat.

## Diet jantung,rendah garam, makanan lunak.

## memberi digitalis untuk membantu kontraksi jantung atau memperlambat frekuensi.

## Mengatur posisi nyaman

## Memberikan terapi non farmakologi seperti distraksi, relaksasi dan stimulasi kulit kompres hangat atau dingin, latihan nafas dalam, terapi musik, aromaterapi, imajinasi terbimbing, relaksasi (Smeltzer & Bare, 2006).

* + 1. **Komplikasi**

Beberapa komplikasi yang terjadi akibat gagal jantung :

* 1. 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.

* 1. 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.Masing-masingdi sebabkan kebocoran protein plasma atau cairan secara cepat keluar dari kapiler.
	1. **Konsep Kebutuhan Rasaaman dan Nyaman**
		1. **Pengertian Kebutuhan Rasaaman dan Nyaman**

Rasa aman didefinisikan oleh Maslow dalam Potter & Perry (2006) sebagai sesuatu kebutuhan yang mendorong individu untuk memperoleh ketentraman, kepastian dan keteraturan dari keadaan lingkungannya yang mereka tempati. Abraham Maslow dalam Potter & Perry,2006 juga mengemukakan bahwa pada dasarnya semua manusia memiliki kebutuhan pokok yang harus terpenuhiyang digambarkan kedalam5 tingkatan yang berbentuk piramid dan prioritas pemenuhan kebutuhan ini dimulai dari tingkatan yang paling bawah. Lima tingkat kebutuhan itu dikenal dengan sebutan Hirarki Kebutuhan Maslow yang dijabarkan sebagai berikut:

* + - 1. Kebutuhan biologis
			2. Kebutuhan rasa aman.Kebutuhan rasa aman ini meliputi kebutuhan untuk dilindungi, jauh dari sumber bahaya, baik berupa ancaman fisik maupun psikologi.
			3. Kebutuhan akan rasa cinta dan rasa memilikiKebutuhan akan rasa cinta, dicintai dan menyayangi dapat dimiliki setiap orang karena setiap orang membutuhkan untuk dapat berinteraksi dengan orang lain dan kebutuhan untuk dapat merasa memiliki.
			4. Kebutuhan akan penghargaan Kebutuhan akan penghargaan yang dimiliki seseorang dapat berupa pemberian apresiasi dan rewardatas prestasi yang berhasil dilakukan, kecakapan dalam melaksanakan kompetensi serta berupa dukungan dan pengakuan lain atas prestasinya.
			5. Kebutuhan aktualisasi diriKebutuhan ini dapat berupa kebutuhan secara estitika atau dalam menampilkan diri, kebutuhan kognitif, kompetensi dan menyadari akan potensi dirinya.Kebutuhan ini muncul dan akan menjadi tuntutan seseorang apabila kebutuhan dasar yang lain seperti psikologis, rasa aman dan kebutuhan penghargaaan telah terpenuhi.Kebutuhan akan aktualisasi ini akan menjadi prioritas jika ketiga kebutuhan yang lain sudah mampu dipenuhi oleh individu.

Kebutuhan rasa aman pasien menjadi prioritas pelayanan di rumah sakit Sanglah. Hal ini sesuai dengan predikat RSUP Sanglah sebagai rumah sakit yang telah terakreditasi Joint Commission Acreditation (RSUPS, 2012). The Joint Commision International, 2016 mengembangkan akreditasi rumah sakit dimana indikator utamanya adalah International Patient SafetyGoals (IPSG) atau Sasaran Keselamatan Pasien (SKP). Keselamatan pasien (Patient Safety) rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut meliputi penilaian risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis pasien, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko (DepKes, 2008).

Potter & Perry (2006) mengungkapkan kenyamanan/rasa nyaman adalah suatu keadaan telah terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yaitu kebutuhan akan ketentraman (suatu kepuasan yang meningkatkan penampilan sehari-hari), kelegaan (kebutuhan telah terpenuhi), dan transenden (keadaan tentang sesuatu yang melebihi masalah dan nyeri). Kenyamanan mesti dipandang secara holistik yang mencakupempat aspek yaitu:

1. Fisik, berhubungan dengan sensasi tubuh.
2. Sosial, berhubungan dengan hubungan interpersonal, keluarga, dan sosial.
3. Psikospiritual, berhubungan dengan kewaspadaan internal dalam diri sendiri yang meliputi harga diri, seksualitas, dan makna kehidupan).
4. Lingkungan, berhubungan dengan latar belakangpengalaman eksternal manusia seperti cahaya, bunyi, temperatur, warnadan unsur alamiah lainnya.

Perubahan kenyamanan adalah dimana individu mengalami sensasi yang tidak menyenangkan dan beresponterhadap rangsangan yang berbahaya (Linda Jual,2000). Nyeri merupakan perasaan dan pengalaman emosional yang timbul dari kerusakan jaringan yang aktual dan potensional atau gambaran adanya kerusakan (NANDA,2005). Kebutuhan rasa nyaman yang paling sering yang menyebabkan pasien datang ke unit gawat darurat adalah rasa nyeri. RSUP Sanglah menempatkan kebutuhan penanganan rasa nyeri sebagai kebutuhan penting yang harus ditangani segera. Pengkajian nyeri termuat dalam pengkajian keperawatan sebagai pengkajian dalam penanganan pasien gawat darurat dalam secondary survey setelah dilakukan penanganan primary survey (airway, breathing, circulation, disability). Kebutuhan penanganan nyeri juga telah dibuatkan standar operasional prosedur tersendiri sebagai pedoman dalam penanganan nyeri yang berlaku dirumah sakit (RSUPS, 2012).

* + 1. **Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman**

Hirarki Abraham Maslow dalam Potter & Perry, 2006 menyebutkan bahwa kebutuhan rasa aman meliputi kebutuhan untuk di lindungi, jauh dari sumber bahaya, baik berupa ancaman fisik maupun psikologi. Hal ini sesuai dengan tujuan pembentukan Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit/KKP-RS.Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit/KKP-RS (2008) mendefinisikan bahwa keselamatan (safety) adalah bebas dari bahaya atau risiko (hazard). Keselamatan pasien (patient safety) adalah pasien bebas dari harm/cedera yang tidak seharusnya terjadi atau bebas dari harmyang potensial akan terjadi (penyakit, cedera fisik/sosial/psikologis, cacat, kematian dan lain-lain), terkait dengan pelayanan kesehatan. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan RINomor 1691/ Menkes/ Per/ VIII/2011, keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi pengkajian risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.

* + 1. **Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman Dan Nyaman**

Potter & Perry, 2006 menyebutkan bahwa keamanan adalah kondisi bebas dari cedera fisik dan psikologis. Keselamatan adalah suatu keadaan seseorang atau lebih yang terhindar dari ancaman bahaya/kecelakaan. Pemenuhan kebutuhan keamanan dan keselamatan dilakukan untuk menjaga tubuh bebas dari kecelakaan baik pada pasien, perawat, atau petugas lainnya yang bekerja untuk pemenuhan kebutuhan tersebut. Faktor yang mempengaruhi keamanan dan keselamatan meliputi:

1. Emosi

Kondisi psikis dengan kecemasan, depresi, dan marah akan mudahmempengaruhi keamanan dan kenyamanan

1. Status Mobilisasi

Status fisik dengan keterbatasan aktivitas, paralisis,kelemahan otot, dan kesadaran menurun memudahkan terjadinya resikocedera

1. Gangguan Persepsi Sensori

Adanya gangguan persepsi sensoriakan mempengaruhi adaptasi terhadaprangsangan yang berbahayaseperti gangguan penciuman dan penglihatan

1. Keadaan Imunitas

Daya tahan tubuh kurang memudahkan terserang penyakit

1. Tingkat Kesadaran

Tingkat kesadaran yang menurun, pasien koma menyebabkan respon terhadap rangsangan, paralisis, disorientasi, dan kurang tidur.

1. Informasi atau Komunikasi

Gangguan komunikasi dapat menimbulkan informasi tidak diterima dengan baik.

1. Gangguan Tingkat Pengetahuan

Kesadaran akan terjadi gangguan keselamatan dan keamanan dapat diprediksi sebelumnya.

1. Penggunaan antibiotik yang tidak rasional

Antibiotik dapat menimbulkan resisten dan anafilaktik syok

1. Status nutrisi

Keadaan kurang nutrisi dapat menimbulkan kelemahan dan mudah menimbulkan penyakit, demikian sebaliknya dapat beresiko terhadap penyakit tertentu.

1. Usia

Pembedaan perkembangan yang ditemukan diantara kelompok usia anak-anak dan lansia mempengaruhi reaksi terhadap nyeri

1. Jenis Kelamin

Secara umum pria dan wanita tidak berbeda secara bermakna dalam merespon nyeri dan tingkat kenyamanannya.

1. Kebudayaan

Keyakinan dan nilai-nilai kebudayaan mempengaruhi cara individu mengatasi nyeri.

* 1. **Konsep Nyeri**
		1. **Pengertian 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.

* + 1. **Klasifikasi Nyeri**

Ada beberapa kelompok bagian nyeri, yaitunya nyeri akut dan kronis. Nyeri akut datang secara tiba-tiba, berkaitan dengan cidera 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).

* + 1. **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 kormus 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).

* + 1. **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).

* + 1. **Skala Penilaian Nyeri**
			- 1. 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

## Numeric Rating Scale

##

Skala nyeri pada angka 0 berarti tidak nyeri, angka 1-3 menunjukkan

nyeri yang ringan, angka 4-6 termasuk dalam nyeri sedang, sedangkaan

angka 7-10 merupakan kategori nyeri berat. Oleh karena itu, skala NRS

akan digunakan sebagai instrumen penelitian (Potter & Perry, 2006).

Menurut Skala nyeri dikategorikan sebagai berikut:

1. 0 : tidak ada keluhan nyeri, tidak nyeri.

2. 1-3 : mulai terasa dan dapat ditahan, nyeri ringan.

3. 4-6 : rasa nyeri yang menganggu dan memerlukan usaha untuk

 menahan, nyeri sedang.

4. 7-10 : rasa nyeri sangat menganggu dan tidak dapat ditahan,

 meringis, menjerit bahkan teriak, nyeri berat.

(Sumber : Potter & Perry, 2006)

| **Singkatan** | **Pertanyaan** |
| --- | --- |
| P : provokes, palliative (penyebab) | Apa yang menyebabkan rasa sakit/nyeri; apakah ada hal yang menyebabkan kondisi memburuk/membaik; apa yang dilakukan jika sakit/nyeri timbul; apakah nyeri ini sampai mengganggu tidur. |
| Q : quality (kualitas) | Bisakah anda menjelaskan rasa sakit/nyeri; apakah rasanya tajam, sakit, seperti diremas, menekan, membakar, nyeri berat, kolik, kaku atau seperti ditusuk (biarkan pasien menjelaskan kondisi ini dengan kata-katanya). |
| R : Radiates (penyebaran) | Apakah rasa sakitnya menyebar atau berfokus pada satu titik. |
| S : severety (keparahan) | Seperti apa sakitnya; nilai nyeri dalam skala 1-10 dengan 0 berarti tidak sakit dan 10 yang paling sakit. Cara lain adalah menggunakan skala FACES untuk pasien anak-anak lebih dari 3 tahun atau pasien dengan kesulitan bicara |
| T : time (waktu) | Kapan sakit mulai muncul; apakah munculnya perlahan atau tiba-tiba; apakah nyeri muncul secara terus-menerus atau kadang-kadang; apakah pasien pernah mengalami nyeri seperti ini sebelumnya. apabila "iya" apakah nyeri yang muncul merupakan nyeri yang sama atau berbeda. |

Sumber: Kartikawati, D. 2011. Buku Ajar Dasar-Dasar Keperawatan Gawat Darurat. Jakarta: Salemba

28

* 1. **Konsep Aroma Terapi Lavender**
		1. **Defenisi**

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).

* + 1. **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).

* + 1. **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 endorphin dan serotonin, sehingga berpengaruh langsung pada organ penciuman dan diopersepsikan 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).

29

* + 1. **Prosedur Terapi Aroma Lavender**
1. Alat dan Bahan

Minyak aromaterapi lavender dalam botol

1. Prosedur Kerja

## Cuci tangan

## Jelaskan prosedur dan kegunaan dari terapi aroma lavender

## Posisi klien setengah duduk atau dengan posisi berbaring di atas tempat tidur

## Fleksikan lutut untuk merilekskan otot-otot

## Anjurkan klien untuk memegang minyak aromaterapi lavender.

## Anjurkan klien untuk mendekatkan aromaterapi lavender tersebut dekat dengan hidung atau dekat dengan dada dengan posisi yang nyaman.

## Selanjutnya suruh klien untuk menarik nafas dalam melalui hidung, jaga mulut tetap tertutup, tahan dan hitung sampai tiga dan hembuskan melalui mulut.

## Konsentrasi dan rasakan aroma yang dihirup.

## Lakukan terapi aroma lavender ini selama 10-15 menit.

## Lakukan terapi aroma lavender ini 3 kali dalam 1 hari

## Cuci tangan

* 1. **Asuhan Keperawatan Teoritis**
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:

1. 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.

1. Pengkajian Primay
	1. Airway

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

* 1. 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.

* 1. Circulation

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

* 1. Disability

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

* 1. Exposure

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

* 1. Foley Chateter

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

* 1. Gastrictube

Pemeriksaan ini tujuan nya untuk mengurangi distensi pada lambung dan mengurangi resiko untuk muntah

* 1. Monitor EKG

Pemeriksaan ini di lakukan untuk melihat kondisi irama dan denyut jantung.

1. 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.

* + - * 1. Riwayat Penyakit Sekarang

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

1. P (*Provokative/Palliative*) : apa yang menyebabkan gejala bertambah berat dan apa yang dapat mengurangi gejala.
2. Q (*Quality/Quantity*) : apa gejala dirasakan klien namun sejauh mana gejala yang timbul dirasakan.
3. R (*Region/Radiation*) : dimana gejala dirasakan? menyebar? Yang harus dilakukan untuk mengurangi dan menghilangkan rasa tersebut
4. S (*Saferity/Scale*) : berapa tingkat parah nya gejala dirasakan? Skala nya brapa?
5. *T (Timing) :* lama gejala dirasakan ? waktu tepatnya gejala mulai dirasakan.
	* + - 1. Riwayat Penyakit Terdahulu

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 ,miokard.

* + - * 1. Riwayat penyakit keluarga

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

* + - * 1. 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.

* + - * 1. 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.

* + - * 1. Pola aktivitas sehari-hari
1. 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.

1. Pola eliminasi

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

1. Pola istirahat dan tidur

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

1. Personal Hygiene

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

1. Pola aktivitas

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

* + - * 1. Pemeriksaan Fisik Head Toe To
1. Kepala

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

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

1. 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.

1. 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.

1. 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.

1. 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.

1. 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.

1. 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.

1. 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 terdengat bunyi tympani

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

1. Genitalia

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

1. Ekstremitas

Ekstremitas atas : terpasang infus salah satu ekstremtas 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

1. Pemeriksaan Penunjang
2. Laboratorium: hematologi (Hb, Ht, Leukosit), eritolit (kalium, natrium, magnesium) analisa gas darah.
3. EKG (elektrokardiogram): untuk mengukur kecepatan dan keteraturan denyut jantung. 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 parulain.
5. Therapy
6. Digitalis: untuk meningkatkan kekuatan kontraksi jantung dan memperlambat frekuensi jantung misal:*Digoxin*
7. Diuretik: untuk memacu ekskresi natrium dan air melalui ginjal serta mengurangi edema paru misal : *Furosemide(lasix)*
8. Vasodilator : untuk mengurangi tekanan terhadap penyemburan darah oleh ventrikel misal : *Natriumnitrofusida,nitrogliserin*
9. Trombolitik / pengencerdarah dan antibiotik
10. **Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan yang muncul pada klien dengan NSTEMI yaitu:

1. Nyeri akut b/d agen pencedera fisiologis ( iskemia) yang ditandai dengan mengeluh nyeri, tampak meringis.
2. Penurunan curah jantung b/d perubahan irama jantung dan frekuensi jantung yang ditandai dengan gambaran EKG aritmia atau gangguan konduksi
3. Resiko perfusi perifer tidak efektif b/d iskemik,kerusakan otot jantung penyumbatan pembuluh darah arteri koronaria.
4. Intoleransi aktivitas b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen yang ditandai dengan mengeluh lelah dan frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat.
5. Gangguan pertukaran gas b/d perubahan membran alveolus-kapiler yang ditandai dengan dispnea dan PCO2 meningkat/menurun
6. Ansietas b/d ancaman terhadap konsep diri yang ditandai dengan merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi

Sumber : (SDKI, Edisi 1, 2016)

1. **Intervensi Keperawatan**

**Tabel 2.1**

**Rencana Keperawatan**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Diagnosa Keperawatan** | **Luaran Keperawatan Indonesia**  | **Intervensi Keperawatan Indonesia**  |  |
| 1. | Nyeri akut b/d agen pencedera fisiologis ( iskemia) yang ditandai dengan mengeluh nyeri, tampak meringis. | **Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan Kriteria Hasil :**1. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat
2. Keluhan nyeri menurun
3. Meringis menurun
4. Sikap protektif menurun
5. Gelisah menurun
6. Kesulitan tidur menurun
7. Frekuensi nadi membaik
8. Pola napas membaik
9. Tekanan darah membaik
 | **Manajemen Nyeri****Observasi :*** + - 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
			2. Identifikasi skala nyeri
			3. Identifikasi respon nyeri non verval
			4. Identifikasi faktor memperberat dan memperingan nyeri
			5. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
			6. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
			7. Monitor efek samping penggunaan analgesik

**Terapeutik** Berikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeriKontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeriFasilitasi istirahat dan tidurPertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri**Edukasi** 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
2. Jelaskan strategi meredakan nyeri
3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

**Kolaborasi** 1. Kolaborasi pemberian analgetik, *jika perlu*
 |  |
| 2. | Penurunan curah jantung b/d perubahan irama jantung dan frekuensi jantung yang ditandai dengan gambaran EKG aritmia atau gangguan konduksi | **Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan keadekuatan jantung memompa darah untuk memenuhi metabolisme tubuh dengan Kriteria Hasil :**1. Kekuatan nadi perifer meningkat
2. Palpitasi menurun
3. Bradikardi , takikardi menurun
4. Gambaran EKG aritmia menurun
5. Distensi vena jugularis menurun
6. Suara jantung S3 dan S4 menurun
7. Tekanan darah membaik
 | **Perawatan Jantung****Observasi** 1. Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung ( meliputi dipsnea, kelelahan, edema, ortopnea, *paroxysmal nocturnal dyspnea*, peningkatan CVP)
2. Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi peningkatan berat badan, hepatomegali, distensi vena jugularis, palpitasi, ronkhi basah, oliguria, batuk, kulit pucat)
3. Monitor tekanan darah
4. Monitor intake dan output cairan
5. Monitor saturasi oksigen
6. Monitor keluhan nyeri dada
7. Monitor EKG 12 sadapan
8. Monitor aritmia ( kelainan irama dan frekuensi)
9. Monitor nilai laboratorium jantung

**Terapeutik**1. Posisikan semi-fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman
2. Berikan diet jantung yang sesuai (batasi asupan kafein, natrium, kolesterol, dan makanan tinggi lemak)
3. Fasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup sehat
4. Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress, *jika perlu*
5. Berikan dukungan emosional dan spiritual
6. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%

**Edukasi** 1. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi
2. Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap
3. Anjurkan berhenti merokok

**Kolaborasi** 1. Kolaborasi pemberian antiaritmia, *jika perlu*
2. Rujuk ke program rehabilitasi jantung
 |  |
| 3. | Resiko perfusi perifer tidak efektif b/d iskemik, kerusakan otot jantung penyumbatan pembuluh darah arteri koronaria. | **Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan keadekuatan aliran darah pembuluh darah distal meningkat untuk menunjang fungsi jaringan dengan Kriteria Hasil :**1. Denyut nadi perifer meningkat
2. Warna kulit pucat menurun
3. Nyeri ekstremitas menurun
4. Pengisian kapiler membaik
5. Akral membaik
6. Turgor kulit membaik
7. Tekanan darah sistolik, diastolik membaik
 | **Perawatan Sirkulasi****Observasi**1. Periksa sirkulasi perifer (nadi perifer, pengisian kapiler, warna, suhu)
2. Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (diabetes, perokok, orangtua, hipertensi, dan kadar kolesterol tinggi)
3. Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas.

**Terapeutik**1. Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi
2. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi

**Edukasi** 1. Anjurkan berhenti meroko
2. Anjurkan berolahraga rutin
3. Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan dan penurunan kolesterol, *jika perlu*
4. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur
5. Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi
6. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat)
 |  |
| 4. | Intoleransi aktivitas b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen yang ditandai dengan mengeluh lelah dan frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat. | **Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan respon fisiologis terhadap aktivitas yang membutuhkan tenaga meningkat dengan Kriteria Hasil :**1. Frekuensi nadi meningkat
2. Saturasi oksigen meningkat
3. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat
4. Keluhan lelah menurun
5. Dispnea saat dan setelah aktivitas menurun
6. Aritmia saat aktivitas dan setelah aktivitas menurun
7. Tekanan darah membaik
8. Frekuensi napas membaik
9. EKG iskemia membaik
 | **Manajemen Energi****Observasi**1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan
2. Monitor kelelahan fisik dan emosional
3. Monitor pola dan jam tidur
4. Monitor lokasi ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas

**Terapeutik** 1. Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus
2. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan aktif
3. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan
4. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan

**Edukasi**1. Anjurkan tirah baring
2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap
3. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang

**Kolaborasi**1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.
 |  |
| 5. | Gangguan pertukaran gas b/d perubahan membran alveolus-kapiler yang ditandai dengan dispnea dan PCO2 meningkat/menurun | **Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan eliminasi karbondioksida pada membaran alveolus-kapiler dalam batas normal dengan Kriteria Hasil :**1. Tingkat kesadaran meningkat
2. Dispnea menurun
3. Bunyi napas tambahan menurun
4. Nafas cuping hidung menurun
5. Gelisah menurun
6. PCO2 dan PO2 membaik
7. Takikardia membaik
 | **Pemantauan Respirasi****Observasi**1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya napas
2. Monitor pola napas
3. Monitor adanya sumbatan jalan napas
4. Palpasi kesimetrisan ekspansi paru
5. Auskultasi bunyi napas
6. Monitor saturasi oksigen
7. Monitor nilai AGD
8. Monitor hasil *x-ray* toraks

**Terapeutik** 1. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien
2. Dokumentasi hasil pemantauan

**Edukasi** 1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
2. Informasikan hasil pemantauan, *jika perlu*
 |  |
| 6. | Ansietas b/d ancaman terhadap konsep diri yang ditandai dengan merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi  | **Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan tingkat ansietas menurun dengan Kriteria Hasil :**1. Verbalisasi kebingungan menurun
2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun
3. Perilaku gelisah dan tegang menurun
4. Konsentrasi membaik
5. Pola tidur membaik
6. Palpitasi menurun
7. Frekuensi pernapasan, nadi, dan tekanan darah menurun.
 | **Reduksi Ansietas****Observasi**1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah
2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan
3. Monitor tanda-tanda ansietas

**Terapeutik** 1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan
2. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, *jika memungkinkan*
3. Pahami situasi yang membuat ansietas
4. Dengarkan dengan penuh perhatian
5. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
6. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan
7. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang

**Edukasi** 1. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami
2. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis
3. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu
4. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
5. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan
6. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat
7. Latih teknik relaksasi

**Kolaborasi**1. Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu
 |  |

1. **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, menginformaskani tentang kondisi dan proses pengobatan.

1. **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 :
1. Tidak ada penurunan cardiac output
2. Bisa melakukan aktifitas secara mandiri
3. Tidak terjadi gangguan keseimbangan cairan,
4. Tidak terjadi gangguan pertukaran gas,
5. Memahami tentang kondisi dan program pengobatan.

**BAB III**

**TINJAUAN KASUS**

* 1. **Pengkajian**

Tanggal/ jam MRS : 7 Oktober 2019

Ruangan : Jantung

No.Rek.Medis : 528912

Dx.Medis : NSTEMI

Tgl/Jam Pengkajian : 8 Oktober 2019

* + 1. **Identitas Klien**

Nama : Tn.R

Umur : 48 tahun

Jenis Kelamin : Laki-laki

Agama : Islam

Suku/Bangsa : Bodi

Bahasa : Minang

Pendidikan : SD

Pekerjaan : Berdagang

Status : Menikah

Alamat : Tilatang Kamang

Penanggung Jawab : Keluarga

Nama : Tn.E

Umur : 40 tahun

Pekerjaan : Tani

Alamat : Tilatang Kamang

* + 1. **Alasan Masuk**

Klien datang ke RS achmad mochtar melalui IGD 07 Oktober 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 kepalateras sakit, keluhan yang terasa klien datang secara mendadak.

* + 1. **Riwayat Kesehatan Sekarang**

Pada pengakajian tanggal 08 Oktober 2019, klien mengatakan saat pengkajian merasakan nyeri dada sebelah kiri yang menjalar kepunggung, P: nyeri muncul saat pasien miring kiri atau kanan dan saat pasien istirahat, Q: Nyeri yang terasa oleh klien seperti tertusuk-tusuk jarum, R: Nyeri terasa di daerah dada kiri dan menjalar ke punggung, S: Skala nyeri 6 (nyeri sedang), T: nyeri yang dirasakan hilang timbul, lama nyeri datang yaitu selama 30 detik, pasien merasa pusing badan terasa letih/lemas, jika bergerak akan merasa sesak disertai batuk produktif, Posisi tidur semi fowler dengan terapi O2 nassal canul 4 liter permenit, ADL (makan/minum, toileting, personal hygiene) dibantu oleh perawat dan keluarga, pasien tampak pucat, tidur kurang, kaki bengkak (udem), sakit kepala sedikit mulaiberkurang, TD : 110/74 mmhg, nadi : 72 x/menit, RR : 26 x/menit, suhu : 36.6°c SPO2 : 90%. Klien terpasang kateter, terpasang monitorjantung, klien terpasang infus RL 10 tpm.

* + 1. **Riwayat Kesehatan Dahulu**

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

* + 1. **Riwayat Kesehatan Keluarga**

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

* + 1. **Riwayat Psikososial Spiritual**

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

* + 1. **Pola Persepsi dan Konsep Diri**

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

Alergi: klien mengatakan bahwa ia tidak memiliki alergi apapunKebiasaan : klien mengatakan bahwa ia tidak memiliki kebiasaan apapun sepertimerokok, minum alkohol dan mengkonsumsi obat-obatan dll.
BB: 60 kg, TB : 160 cm

* + 1. **Data Aktivitas Sehari-hari**

**Tabel**

**Data Aktivitas Sehari-hari**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kebutuhan** | **Dirumah** | **Dirumah Sakit** |
| Pola Nutrisi | Frekuensi makan 3x sehari, jenis makanan yaitu makanan berat dan ringan, makananyang disukai yaitu semua makanan disukai.Tidak ada gangguan pada nafsu makan. | Frekuensi makan 3x sehari danditambah satu bungkus susu dan buah,semua makanan dirumah sakitdimakan walau hanya ½ porsi. |
| Pola Eliminasi | BAK:Frekuensi 7-8 x sehari, warna jernihterkadang kuning, tidak ada masalah dalambuang air kecil.BAB :Frekuensi 1-2x sehari dengan konsistensilunak dengan warna kekuningan tidakbercampur darah | BAK :Pasien terpasang kateter dengan urin <700 perhari dengan warna kuningterkadang kuning pekat.BAB :Pasien menggunakan pam-pers dengan1 kali BAB. |
| Pola Tidur dan Istirahat | Lama tidur < 6-8 jam, 3 hari yang laludirumah tidur terganggu dikarenakan batukdan nafas terasa sesak | Lama tidur < 5-6 jam. Pasienmengatakan tidur sering terbangundikarenakan posisi tidur yangmembuat nafasnya tersa sesak danbatuk di malam hari. |
| Pola Aktivitas dan Latihan | Klien dulunya adalah seorang pedagangdan klien jarang untuk berolahraga | Pasien hanya beristirahat ditempattidur untuk mengurangi sesak dan jugabatuk nya serta melatih pernafasannyasaat batuk |
| Pola Bekerja | Klien adalah seorang pedagang mukena yangselalu berjualan ke pasar | Pasien tidak bekerja lagi sejaksakitini dan berbaringistirat |

* + 1. **Genogram**

**Skema**

**Genogram**



**Keterangan :**

: Laki-laki : Tinggal Serumah

 : Perempuan : Meninggal

 : Klien : Menikah



* + 1. **Pemeriksaan Fisik**

**Pengkajian Fisik Umum**

* + - * 1. Tingkat Kesadaran :Compos Mentis (GCS 15)
				2. Tanda-tanda vital : TD : 110/74 mmHg, Nadi : 72 x/menit

 RR : 26 x/menit, Suhu : 36,6 oC

* + - * 1. BB/TB : BB: 60 kg, TB: 160 cm

**Pemeriksaan Head To Toe**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | 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 |
| 2. | 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 adamemiliki alat bantu apapun. |
| 3. | Hidung | : | Hidung tampak simetris, warna mukosa merah muda, reaksi alergi tidak ada,secret tidak ada, tidak ada tampak pendarahan, klien tidak ada keluhan padadaerah hidung, klien terpasang O2 4L. |
| 4. | Mulut dan tenggorokan | : | Mulut tampak simetris kiri dan kanan, warna gigi putih, karang gigi ada,pemakaian gigi palsu tidak ada, gusi tampak merah, lidah bersih, bibirsedikit pucat, mulut berbau, kemampuan bicara klien baik. |
| 5. | Telinga | : | Bentuk telinga simetris kiri dan kanan, tida ada tampak serumen, fungsipendengaran normal tidak ada masalah, dan tidak ada menggunakan alatbantu pendengaran |
| 6. | Leher  | : | Tidak ada tampak bembesaran kelenjer tiroid, tidak ada tampak benbesaran kelenjer getah mening tidak tampak tidak ada kelainan. JVP 5-2 cmH2o |
| 7. | Dada dan Pernafasan | : |  |
|  | inspeksi | : | Dada tampak simetris kiri dan kanan, tidak ada lesi, tidak ada menggunakanotot bantu pernafasan, dan tidak ada pendarahan pada thoraks, frekunsi nafas 26 x/mnt.Klien tampak memegang dada sebelah kiri yang nyeri,Klien tampak meringis, klien tampak gelisah.P: nyeri muncul saat pasien miring kiri atau kanan dan saat pasien istirahat, Q: Nyeri yang terasa oleh klien seperti tertusuk-tusuk jarum, R: Nyeri terasa di daerah dada kiri dan menjalar ke punggung, S: Skala nyeri 6 (nyeri sedang), T: nyeri yang dirasakan hilang timbul, lama nyeri datang yaitu selama 30 detik, |
|  | Palpasi  | : | Tidak ada teraba benjolan, suhu teraba sama kiri dan kana, premitus kiri dan kanan sama.adanya nyeri dada kiri. |
|  | Perkusi  | : | Sonor seluruh lapang paru |
|  | Askultasi  | : | Adanya ronkhi  |
| 8. | Jantung  | : |  |
|  | Inspeksi  | : | Intus cordis tidak terlihat |
|  | Palpasi  |  | incus cordis teraba RCI V dan tidak terdapat benjolan |
|  | Perkusi  | : | terdengar bunyipekak |
|  | Askultasi  | : | terdngar bunyi jantung mur-mur, dan tidak adaterdengar suara tambahan |
| 9. | Abdomen  |  |  |
|  | Inspeksi  | : | Abdomen tampak simetris kiri dan kanan, tidak ada kelainan yang terlihatpada abdomen |
|  | Askultasi  | : | Bising usus 12 x/mnt |
|  | Palpasi  | : | Tidak ada nyeri tekan dan nyeri kepas |
|  | Perkusi  | : | Bunyi abdomen tympani |
| 10 | Genitalia  | : |  |
|  | Inspeksi  | : | Klien tampak terpasang kateter |
| 11 | ekstremitas | : |  |
|  | Inspeksi  | : | Eksteremitas lengkap, tidak ada masalah pada ektremintas, tidak ada nyeriatau ketebatasan gerak, hanya saja klien merasa lemas dan tidak bisabergerak dan beraktifitas, tampak ada udem pada eksteremitas bawah dan klien tidak ada menggunakanalat bantu apapun. Pada eksteremitas kiri atas terpasang infus RL 10 tpm. |
|  | palpasi | : | pitting udem 3 detik |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* + 1. **Pemeriksaan Penunjang**

**Laboratorium tanggal 7 Oktober 2019**

**Tabel**

**Data Laboratorium**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 (10^6uL) | 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 |

**EKG**

Kesan :Total AV block ars rate 35x/i ST elevasi II, III,avf

**R-Thorax**

Kesan : CTR 6o2, SgAoN - SPoN cw xpy downal, infiltra(+)

**Echo**

Kesan : EF 69, terpoliretra ringan inferoseptal. Mr mild Trmild-modirate.

**Pengobatan**

**Tabel**

**Pengobatan**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Nama** | **Dosis** | **Kegunaan** |
| 1. | Levola | 1 x 750 | Menurunkana 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 kolestrol 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 |

**DATA FOKUS**

**Data Subjektif**

1. Klien mengatakan nyeri di daerah dada sebelah kiri dan menjelar kepunggung
2. Klien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk
3. Klien mengatakan nyeri hilang timbul
4. Klien mengatakan lama nyeri selama 30 detik
5. Klien mengatakan sesak jika bergerak dan batuk
6. Klien mengatakan batuk
7. Klien mengatakan batuk nya berdahak
8. Klien mengatakan badanya terasa lemas
9. Klien mengatakan pusing
10. Klien mengatakan kaki terasa bengkak
11. Klien mengatakan aktivitas dibantu keluarga dan perawat ruangan

**Data Objektif**

1. Tingkat Kesadaran : Compos Mentis ( GCS : 15, E:4, V:5, M:6)
2. Klien tampak memegang dada
3. Klien tampak meringis
* P: nyeri muncul saat pasien miring kiri atau kanan dan saat pasien istirahat,
* Q: Nyeri yang terasa oleh klien seperti tertusuk-tusuk jarum,
* R: Nyeri terasa di daerah dada kiri dan menjalar ke punggung,
* S: Skala nyeri 6 (nyeri sedang),
* T: nyeri yang dirasakan hilang timbul, lama nyeri datang yaitu selama 30 detik,
1. RR 26x/menit
2. Klien terpasang O2 4 liter/menit
3. Klien batuk berdahak
4. Posisi pasien semi fowler
5. Klien tampak lemas
6. Klien tampak terbaring ditempat tidur
7. Aktifitas klien terlihat di bantu oleh keluarga seperti BAB
8. Kaki klien bengkak/ udem tipe derajat 1 dengan pitting udem 3 detik
9. Klien terpasang infus RL 10tpm sebelah kiri
10. Klien terpasang monitor jantung
11. Klien terpasang kateter
12. TD : 110/74 mmHg

Nadi : 72 x/menit

Respirasi : 26 x/menit

Suhu : 36,6 oC

SPO2 : 90%

1. Terdengar bunyi jantung mur-mur (bising)
2. EKG :Total AV block ars rate 35x/i ST elevasi II, III, avf
3. R-Thoraks : R-Torax : CTR 6o2, SgAoN-SPoN cw xpy downal, infiltra(+)
4. Echo : EF 69, terpoliretra ringan inferoseptal. Mr mild TR mild
-modirate
5. Hasil Laboratorium
	* + - 1. WBC : 22,42+ (10˄3/uL)

**ANALISA DATA**

**Tabel**

**Analisa Data**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Data Fokus** | **Etiologi** | **Problem** |
| 1 | **DS:*** + - * + Klien mengatakan nyeri di daerah dada sebelah kiri dan menjalar kepunggung seperti tertusuk jarum
				+ Klien mengatakan nyeri hilang timbul
				+ Klien mengatakan lama nyeri selama 30 detik

**DO :*** + - * + Klien tampak memegang dada
				+ Klien tampak meringis
				+ Skala nyeri 6
				+ Klien terpasang monitor jantung
				+ Tingkat kesadaran : compos mentis
				+ TD : 110 x/menit

Nadi : 72 x/menit | Agen pencedera fisiologis (iskemia). | Nyeri Akut |
| 2 | **DS :*** + - * + Klien mengatakan nafasnya terasa sesak
				+ Klien mengatakan nafas sesak saat beraktifitas
				+ Klien mengatakan batuk
				+ Klien mengatakan batuk nya berdahak

**DO :*** + - * + RR 26x/menit
				+ Klien terpasang O2 4 liter/menit
				+ Klien batuk berdahak
				+ Posisi pasien semi fowler

RR : 26 x/menitSPO2 : 90% | Sekresi yang tertahan  | Bersihan jalan nafas tidak efektif |
| 3 | **DS:*** + - * + Klien mengatakan nyeri di daerah dada seperti tertusuk jarum
				+ Klien mengatakan nyeri datang secara tiba-tiba
				+ Klien mengatakan lama nyeri selama 30 detik
				+ Klien mengatakan kaki terasa bengkak

**DO :*** + - * + Klien tampak memegang dada
				+ Klien tampak meringis
				+ Skala nyeri 6
				+ Klien terpasang monitor jantung
				+ Klien terpasang infus RL 10 tpm sebelah kiri
				+ Tingkat kesadaran : compos mentis
				+ Terdengar bunyi jantung mur-mur
				+ Kaki klien bengkak/ udem tipe derajat 1 dengan pitting udem 3 detik
				+ TD : 110 x/menit

Nadi : 72 x/menit | Perubahan irama jantung dan perubahan preload jantung. | Penurunan curah jantung |
| 4 | **DS :*** + - * + Klien mengatakan badanya terasa lemas
				+ Klien mengatakan napas sesak saat beraktivitas

**DO :*** + - * + Klien tampak lemas
				+ Klien tampak berbaring ditempat tidur
				+ Aktivitas klien tampak dibantu oleh keluarga seperti BAB
				+ Klien terpasang infus RL 10 tpm sebelah kiri
				+ Klien tampak terpasang kateter
				+ Klien tampak terpasang monitor jantung
 | Kelemahan | Intoleransi Aktivitas |

* 1. **Diagnosa Keperawatan**
1. Nyeri Akut b/d Agen pencedera fisiologis (iskemia) yang dibuktikan dengan nyeri, tampak meringis.
2. Bersihan jalan nafas tidak efektif b/d Sekresi yang tertahan yang dibuktikan dengan dipsnea dan batuk tidak efektif
3. Penurunan curah jantung b/d Perubahan irama jantung dan perubahan preload jantung yang dibuktikan dengan gambaran EKG aritmia atau gangguan konduksi dan mur-mur jantung
4. Intoleransi Aktivitas b/d Kelemahan yang dibuktikan dengan dipsnea saat/setelah aktivitas dan merasa lelah
	1. **Intervensi Keperawatan**

**Tabel**

**Intervensi Keperawatan Kasus**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Diagnosis Keperawatan** | **Luaran Keperawatan** | **Intervensi Keperawatan**  |
| 1 | Nyeri Akut b/d Agen pencedera fisiologis (iskemia) yang dibuktikan dengan nyeri, tampak meringis. | Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3 jam maka tingkat nyeri menurun , dengan kriteria hasil :* + - * + Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat
				+ Keluhan nyeri menurun
				+ Meringis menurun
				+ Sikap protektif menurun
				+ Gelisah menurun
				+ Kesulitan tidur menurun
				+ Frekuensi nadi membaik
				+ Pola napas membaik
				+ Tekanan darah membaik
 | **Manajemen Nyeri****Observasi :*** 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
	2. Identifikasi skala nyeri
	3. Identifikasi respon nyeri non verval
	4. Identifikasi faktor memperberat dan memperingan nyeri
	5. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
	6. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
	7. Monitor efek samping penggunaan analgesik

**Terapeutik** * + - 1. Berikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
			2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri
			3. Fasilitasi istirahat dan tidur
			4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

**Edukasi** 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
2. Jelaskan strategi meredakan nyeri
3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

**Kolaborasi** 1. Kolaborasi pemberian analgetik, *jika perlu*
 |
| 2 | Bersihan jalan nafas tidak efektif b/d Sekresi yang tertahan yang dibuktikan dengan dipsnea dan batuk tidak efektif | Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 jam maka bersihan jalan nafas meningkat, dengan kriteria hasil:* + - * + Batuk efektif meningkat
				+ Produksi sputum menurun
				+ Dispnea menurun
				+ Gelisa menurun
				+ Frekuensi napas membaik
				+ Pola napas membaik
 | **Latihan Batuk Efektif** **Observasi**1. Identifikasi kemampuan batuk
2. Monitor adanya retensi sputum
3. Monitor tanda dan gejala infeksi saluran nafas
4. Monitor input dan output cairan (mis. Jumlah dan karakteristik)

**Terapeutik**1. Atur posisi semi fowler atau fowler - Pasang perlak dan bengkok di pangkuan pasien
2. Buang sekret pada tempat sputum

**Edukasi** 1. Jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif - Anjurkan tarik nafas dalam melalui hidung selama 4 detik,ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu ( dibulatkan) 8 detik.
2. Anjurkan mengulangi tarik napas dalam hingga 3 kali
3. Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik napas dalam yang ke-3

**Kolaborasi**1. Kolaborasi pemberian mukolitik atau ekspektoran, jika perlu
 |
| 3 | Penurunan curah jantung b/d Perubahan irama jantung dan perubahan preload jantung yang dibuktikan dengan gambaran EKG aritmia atau gangguan konduksi dan mur-mur jantung | Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 jam diharapkan keadekuatan jantung memompa darah untuk memenuhi metabolisme tubuh dengan Kriteria Hasil :* + - * + Kekuatan nadi perifer meningkat
				+ Palpitasi menurun
				+ Bradikardi , takikardi menurun
				+ Gambaran EKG aritmia menurun
				+ Distensi vena jugularis menurun
				+ Suara jantung S3 dan S4 menurun
				+ Tekanan darah membaik
 | **Perawatan Jantung****Observasi** 1. Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung ( meliputi dipsnea, kelelahan, edema, ortopnea, *paroxysmal nocturnal dyspnea*, peningkatan CVP)
2. Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi peningkatan berat badan, hepatomegali, distensi vena jugularis, palpitasi, ronkhi basah, oliguria, batuk, kulit pucat)
3. Monitor tekanan darah
4. Monitor intake dan output cairan
5. Monitor saturasi oksigen
6. Monitor keluhan nyeri dada
7. Monitor EKG 12 sadapan
8. Monitor aritmia ( kelainan irama dan frekuensi)
9. Monitor nilai laboratorium jantung

**Terapeutik**1. Posisikan semi-fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman
2. Berikan diet jantung yang sesuai (batasi asupan kafein, natrium, kolesterol, dan makanan tinggi lemak)
3. Fasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup sehat
4. Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress, *jika perlu*
5. Berikan dukungan emosional dan spiritual
6. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%

**Edukasi** 1. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi
2. Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap
3. Anjurkan berhenti merokok

**Kolaborasi** 1. Kolaborasi pemberian antiaritmia, *jika perlu*
2. Rujuk ke program rehabilitasi jantung
 |
| 4 | Intoleransi Aktivitas b/d Kelemahan yang dibuktikan dengan dipsnea saat/setelah aktivitas dan merasa lelah | Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 jam diharapkan respon fisiologis terhadap aktivitas yang membutuhkan tenaga meningkat dengan Kriteria Hasil :* + - * + Frekuensi nadi meningkat
				+ Saturasi oksigen meningkat
				+ Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat
				+ Keluhan lelah menurun
				+ Dispnea saat dan setelah aktivitas menurun
				+ Aritmia saat aktivitas dan setelah aktivitas menurun
				+ Tekanan darah membaik
				+ Frekuensi napas membaik
				+ EKG iskemia membaik
 | **Manajemen Energi****Observasi**1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan
2. Monitor kelelahan fisik dan emosional
3. Monitor pola dan jam tidur
4. Monitor lokasi ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas

**Terapeutik** 1. Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus
2. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan aktif
3. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan
4. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan

**Edukasi**1. Anjurkan tirah baring
2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap
3. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang

**Kolaborasi**1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.
 |

* 1. **Implementasi dan Evaluasi**

**Tabel**

**Hasil implementasi dan evaluasi**

Selasa, 8 Oktober 2019

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Hari/Tgl/Tahun/** | **Diagnosa Keperawatan** | **Jam** | **Implementasi** | **Jam** | **Evaluasi** | **Paraf** |
| 1 | Selasa,08/10/2019 | Nyeri Akut b/d Agen pencedera fisiologis (iskemia) yang dibuktikan dengan nyeri, tampak meringis. | 08.3008.3508.4009.1509.4510.0010.3012.0012.3015.00 | 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri yaitu S: 6, P saat bergerak, Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: nyeri dada sebelh kiri dan menjalar ke punggung, T: hilang timbul
2. Mengidentifikasi skala nyeri
3. Mengidentifikasi faktor memperberat dan memperingan nyeri
4. Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
5. Menjelaskan strategi meredakan nyeri dengan (Aroma Terapi Lavender)
6. Mengajarkan/mendemostrasikan teknik nonfarmakologis (Aroma Terapi Lavender)
7. Menganjurkan menggunakan analgetik secara tepat
8. Memfasilitasi istirahat dan tidur
9. Berkolaborasi dalam pemberian obat
* Tablet Nitrat 0,5 gr
 | 09.5010.3010.3510.4008.3008.3508.4009.5013.00 | **S :*** Klien mengatakan paham dengan teknik terapi nonfarmakologi yang di ajarkan
* Klien mengatakan setelah diberikan terapi aroma lavender nyeri terasa sedikit berkurang
* Klien mengatakan nyeri di dada
* Klien mengatakan merasa lebih nyaman diberikan terapi lavender

**O :*** Tn.R tampak memegang dada yang nyeri
* Klien tampak melakukan latihan yang di ajarkan
* Klien tampak meringis
* Skala nyeri 5
* Klien tampak lebih nyaman setelah diberikan terapi lavender
* TTV

TD : 110/90N : 75 x/menitS : 36 OCRR : 24 x/menit**A :*** Nyeri akut

**P :*** Mengidentifikasi skala nyeri
* Mengidentifikasi faktor memperberat dan memperingan nyeri
* Memberikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Aroma Terapi Lavender)
* Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri
* Memfasilitasi istirahat dan tidur
* Menjelaskan strategi meredakan nyeri dengan (Aroma Terapi Lavender)
* Menganjurkan menggunakan analgetik secara tepat
* Mengajarkan teknik nonfarmakologis (Aroma Terapi Lavender)
* Berkolaborasi dalam pemberian obat
* Tablet Nitrat
 |  |
| 2 | Selasa,08/10/2019 | Bersihan jalan nafas tidak efektif b/d Sekresi yang tertahan yang dibuktikan dengan dipsnea dan batuk tidak efektif | 09.0009.2009.3012.0010.0010.1510.2010.2510.2710.25 | 1. Mengidentifikasi kemampuan batuk
2. Memonitor adanya retensi sputum
3. Memonitor tanda dan gejala infeksi saluran nafas
4. Memonitor input dan output cairan (mis. Jumlah dan karakteristik)
5. Mengatur posisi semi fowler atau fowler-Pasang perlak dan bengkok di pangkuan pasien
6. berkolaborasi pemberian obat
* Combivent 1 amp
* Pulmicort 0,5 g
1. Menjelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif -Anjurkan tarik nafas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu ( dibulatkan) 8 detik.
2. Menganjurkan mengulangi tarik napas dalam hingga 3 kali
3. Menganjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik napas dalam yang ke-3
4. Menampung sekret pada tempat sputum
 | 10.3010.3510.3010.4010.45 | **S :*** Klien mengatakan setelah diajarkan latihan batuk efektif, dahak bisa keluar sedikit
* Klien mengatakan sesak sudah mulai berkurang

**O :*** Kien tampak lebih mudah mengeluarkan sekret
* Klien tampak lebih nyaman
* Sesak klien tampak berkurang
* RR : 25 x/i
* 76 x/i
* S: 36oc
* Klien terapsang nasal kanul 4L.

**A :** * Bersihan jalan nafas belum mebaik

**P:*** Implementasi 8-9 di lanjutkan
 |  |
| 3 | Selasa,08/10/2019 | Penurunan curah jantung b/d Perubahan irama jantung dan perubahan preload jantung yang dibuktikan dengan gambaran EKG aritmia atau gangguan konduksi dan mur-mur jantung | 09.0012.0012.0512.10 | 1. Pemeriksaan fisik jantung, auskultasi jantung terdengar mur-mur
2. Melakukan pengukuran TTV 110/90 mmHg
3. Melakukan pemeriksaan skala nyeri dada didapatkan skala nyeri 5.
4. Melakukan pemberian terapi lavender dengan cara meminta pasien menghirup terapi lavender tersebut selama 15 menit.
 | 10.3011.0011.0510.1010.1510.20 | **S :** * Klien mengatakan lebih nyaman setelah di berikan terapi
* Klien mengatakan nyeri terasa lebih berkurang
* Klien mengatakan kalau nyeri pada dada masih terasa namun tidak telalu.

**O:*** Klien tampak lebih nyaman setelah di berikan terapi lavender
* Skala nyeri berkurng menjadi 4.
* Klien tampak lebih tenang.

**A:*** Gangguan rasa nyaman nyeri belum teratasi

**P:*** Implementasi 3-4 di lanjutkan
 |  |
| 4 | Selasa,08/10/2019 | Intoleransi Aktivitas b/d Kelemahan yang dibuktikan dengan dipsnea saat/setelah aktivitas dan merasa lelah | 09.2009.3009.4010.15 | 1. Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan
2. Menanyakan kepada klien pola dan jam tidur
3. Menganjurkan keluarga untuk membantuk aktifitas klien
4. Menganjukan klien untuk melakukan aktifitas ringan.
 | 13.0013.0513.1013.1513-20 | **S:*** Klien mengatakan sulit dalam melakukan aktifitas
* Klien mengatkan aktifitas di bantu keluarga
* Klien mengatakan hanya berbaring di tempat tidur

**O:*** Klien tampak lemah
* klien tampak tidak bisa melakukan aktifitas
* Aktifitas di bantu keluarga

**A:*** Intoleransi aktifitas belum meningkat.

P:* Implementasi 3-4 di lanjutkan.
 |  |

Rabu, 9 Oktober 2019

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Hari/Tgl/Tahun/** | **Diagnosa Keperawatan** | **Jam** | **Implementasi** | **Jam** | **Evaluasi** | **Paraf** |
| 1 | Rabu,09/10/2019 | Nyeri Akut b/d Agen pencedera fisiologis (iskemia) yang dibuktikan dengan nyeri, tampak meringis. | 08.3008.4009.00 | 1. Mengidentifikasi skala nyeri
2. Menjelaskan strategi meredakan nyeri dengan (Aroma Terapi Lavender)
3. Memberikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan cara memberikan terapi lavender, dengan cara menganjurkan klien menghirup aroma tersebut selama 15 menit.
 | 09.0009.1009.1509.0009.0112.00 | **S :*** Klien mengatakan setelah diberikan terapi aroma lavender nyeri terasa sedikit berkurang
* Klien mengatakan nyeri pada dada masih terasa
* Klien mengatakan merasa lebih nyaman diberikan terapi lavender

**O :*** Tn.R tampak memegang dada yang nyeri
* Klien tampak meringis
* Skala nyeri 3
* Klien tampak lebih nyaman setelah diberikan terapi lavender
* TTV

TD : 110/90N : 75 x/menitS : 36 OCRR : 24 x/menit**A :*** Ganguan rasa nyama nyeri belum teratasi

**P :*** Implementasi 1- 3 di lanjutkan
 |  |
| 2 | Rabu,09/10/2019 | Bersihan jalan nafas tidak efektif b/d Sekresi yang tertahan yang dibuktikan dengan dipsnea dan batuk tidak efektif | 10.3010.4510.5010.5511.0011.10 | 1. Mengidentifikasi kemampuan batuk
2. Mengatur posisi semi fowler atau fowler - Pasang perlak dan bengkok di pangkuan pasien
3. Menjelaskan prosedur batuk efektif -Anjurkan tarik nafas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu ( dibulatkan) 8 detik.
4. Menganjurkan mengulangi tarik napas dalam hingga 3 kali
5. Menganjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik napas dalam yang ke-3
6. Menampung sekret pada tempat sputum
 | 10.3510.4511.0511.10 | **S :*** Klien mengatakan setelah diajarkan latihan batuk efektif, dahak bisa keluar sedikit
* Klien mengatakan sesak sudah mulai berkurang

**O :*** Kien tampak lebih mudah mengeluarkan sekret
* Klien tampak lebih nyaman
* Sesak klien tampak berkurang
* RR : 25 x/i
* 72 x/i
* S: 36,3 oc
* Klien terapsang nasal kanul 4L.

**A :** * Bersihan jalan nafas belum mebaik

**P:*** Implementasi 2-6 di lanjutkan
 |  |
| 3 | rabu,09/10/2019 | Penurunan curah jantung b/d Perubahan irama jantung dan perubahan preload jantung yang dibuktikan dengan gambaran EKG aritmia atau gangguan konduksi dan mur-mur jantung | 11.1511.2011.2511.30 | 1. Pemeriksaan fisik jantung, auskultasi jantung terdengr mur-mur
2. Melakukan pengukuran TTV 110/90mmhg
3. Melakukan pemeriksaan skala nyeri dada didapatkan skala nyeri 5.
4. melakukan pemberian terapi lavender dengan cara meminta pasien menghirup terapi lavender tersebut selama 15 menit.
 | 11.2511.3011.4012.0012.05 | **S :** * klien mengatakan lebih nyaman setelah di berikan terapi
* klien mengatakan nyeri terasa lebih berkurang
* klien mengatakan kalau nyeri pada dada masih terasa namun tidak telalu.

**O:*** Klien tampak lebih nyaman setelah di berikan terapi lavender
* skala nyeri berkurng menjadi 3.
* klien tampak lebih tenang.

**A:*** gangguan rasa nyaman nyeri belum teratasi

**P:*** implementasi 5-8 di lanjutkan
 |  |
| 4 |  | Intoleransi Aktivitas b/d Kelemahan yang dibuktikan dengan dipsnea saat/setelah aktivitas dan merasa lelah | rabu,09/10/2019Jam 12.15 | 1. Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan
2. Menanyakan kepada klien pola dan jam tidur
3. Menganjurkan keluarga untuk membantuk aktifitas klien
4. Menganjukan klien untuk melakukan aktifitas ringan.
 | 13.00 | **S:*** klien mengatakan sulit dalam melakukan aktifitas
* klien mengatkan aktifitas di bantu keluarga
* klien mengatakan hanya berbaring di tempat tidur

**O:*** Klien tampak lemah
* klien tampak tidak bisa melakukan aktifitas
* aktifitas di bantu keluarga

**A:*** intoleransi aktifitas belum meningkat.

**P:*** Implementasi 3-4 di lanjutkan.
 |  |

Kamis.10 Oktober 2019.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Hari/Tgl/Tahun/** | **Diagnosa Keperawatan** | **Jam** | **Implementasi** | **Jam** | **Evaluasi** | **Paraf** |
| 1 | Kamis10/10/2019 | Nyeri Akut b/d Agen pencedera fisiologis (iskemia) yang dibuktikan dengan nyeri, tampak meringis. | 09.0009.1009.15 | 1. Mengidentifikasi skala nyeri
2. Menjelaskan strategi meredakan nyeri dengan (Aroma Terapi Lavender)
3. Memberikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan cara memberikan terapi lavender, dengan cara menganjurkan klien menghirup aroma tersebut selama 15 menit.
 | 09.0509.2009.2510.0012.00 | **S :*** Klien mengatakan nyeri masih terasa
* Klien mengatakan nyeri pada dada masih terasa
* Klien mengatakan merasa lebih nyaman diberikan terapi lavender

**O :*** Klien tampak meringis
* Skala nyeri 3
* Klien tampak lebih nyaman setelah diberikan terapi lavender
* TTV

TD : 120/80N : 96 x/menitS : 36 OCRR : 20 x/menit**A :*** ganguan rasa nyama nyeri belum teratasi

**P :*** implementasi dihentikan.
 |  |
| 2 | Kamis,10/10/2019 | Bersihan jalan nafas tidak efektif b/d Sekresi yang tertahan yang dibuktikan dengan dipsnea dan batuk tidak efektif | 10.0010.0510.1010.1210.15 | 1. Mengatur posisi semi fowler atau fowler - Pasang perlak dan bengkok di pangkuan pasien
2. Menganjurkan tarik nafas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu ( dibulatkan) 8 detik.
3. Menganjurkan mengulangi tarik napas dalam hingga 3 kali
4. Menganjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik napas dalam yang ke-3
5. Menampung sekret pada tempat sputum
 | 10.2010.25 | **S :*** Klien mengatakan setelah diajarkan latihan batuk efektif, dahak bisa keluar sedikit
* Klien mengatakan sesak sudah mulai berkurang

**O :*** klien tampak lebih mudah mengeluarkan sekret
* klien tampak lebih nyaman
* sesak klien tampak berkurang
* RR : 20X/I
* 72x/i
* S: 36
* klien terapsang nasal kanul 4L.

**A :** * bersihan jalan nafas membaik

**P:*** implementasi di hentikan
 |  |
| 3 | Kamis ,10/10/2019 | Penurunan curah jantung b/d Perubahan irama jantung dan perubahan preload jantung yang dibuktikan dengan gambaran EKG aritmia atau gangguan konduksi dan mur-mur jantung | 11.3011.4511.50111.55 | 1. Pemeriksaan fisik jantung, auskultasi jantung terdengr mur-mur
2. Melakukan pengukuran TTV 110/90mmhg
3. Melakukan pemeriksaan skala nyeri dada didapatkan skala nyeri 5.
4. melakukan pemberian terapi lavender dengan cara meminta pasien menghirup terapi lavender tersebut selama 15 menit.
 | 12.1512.20 | **S :** * klien masih nyeri pada dada
* klien mengatakan nyeri terasa lebih berkurang

**O:*** Klien tampak lebih nyaman setelah di berikan terapi lavender
* skala nyeri berkurng menjadi skala nyeri 3.

**A:*** gangguan rasa nyaman nyeri belum teratasi

**P:*** implementasi di hentikan.
 |  |
| 4 | kamis,10/10/2019 | Intoleransi Aktivitas b/d Kelemahan yang dibuktikan dengan dipsnea saat/setelah aktivitas dan merasa lelah | 12.0012.0512.1012.15 | 1. Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan
2. Menanyakan kepada klien pola dan jam tidur
3. Menganjurkan keluarga untuk membantuk aktifitas klien
4. Menganjukan klien untuk melakukan aktifitas ringan.
 | 12.2012.30 | **S:*** klien mengatakan masih sulit dalam melakukan aktifitas
* klien mengatkan aktifitas masih di bantu keluarga

**O:*** Klien tampak lemah
* klien tampak tidak bisa melakukan aktifitas
* aktifitas di bantu keluarga

**A:*** intoleransi aktifitas belum meningkat.

**P:*** Implementasi di hentikan
 |  |

**BAB IV**

**PEMBAHASAN**

* 1. **Analisa Masalah Keperawatan Dengan Konsep Kasus Terkait**

Pengkajian merupakan tahap awal dari satu proses keperawatan, kegiatan yang dilakukan pada tahap tersebut adalah mengumpulkan data, seperti riwayat keperawatan, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan data sekunder lainnya seperti mencatat hasil pemeriksaan diagnostik dan literature (Desani, 2009). Pengkajian yang dilakukan oleh perawat ketika menghadapi klien dengan gagal ginjal kronis gangguan sistem perkemihan terutama pada klien dengan gagal ginjal kronik meliputi riwayat kesehatan, review sistem (*Head to toe*) dan pengkajian psikososial (Somantri, 2009).

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).

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 vasokontriksi reaksi inflamasi, dan microembolisasi distal. (Muttaqin,2013).

Pengkajian yang dilakukan Pada pengakajian tanggal 08 Oktober 2019, klien mengatakan saat pengkajian merasakan nyeri dada sebelah kiri yang menjalar kepunggung, P: nyeri muncul saat pasien miring kiri atau kanan dan saat pasien istirahat, Q: Nyeri yang terasa oleh klien seperti tertusuk-tusuk jarum, R: Nyeri terasa di daerah dada kiri dan menjalar ke punggung, S: Skala nyeri 6 (nyeri sedang), T: nyeri yang dirasakan hilang timbul, lama nyeri datang yaitu selama 30 detik, pasien merasa pusing badan terasa letih/lemas, jika bergerak akan merasa sesak disertai batuk produktif, Posisi tidur semi fowler dengan terapi O2 nassal canul 4 liter permenit, ADL (makan/minum, toileting, personal hygiene) dibantu oleh perawat dan keluarga, pasien tampak pucat, tidur kurang, kaki bengkak (udem), sakit kepala sedikit mulaiberkurang, TD : 110/74 mmhg, nadi : 72 x/menit, RR : 26 x/menit, suhu: 36.6°c SPO2 : 90%. Klien terpasang kateter, terpasang monitorjantung, klien terpasang infus RL 10 tpm.

87

Berdasarkan teori penyakit NSTEMI disebabkan oleh obstruksi atau sumbatan yang terjadi dikoroner sehingga akan terjadi penurunan supalai oksigen dan memperberat kerja jantung (Starry,2015). Obstruksi pada pasien NSTEMI disebakan karena adanya trombosis akut dan proses vasokonstriksi koroner. Terjadinya trombosis akut diawali dengan ruptur plak aterom yang tidak stabil. Plak tersebut akan mnyebabkan proses inflamasi dilihat dari jumlah makrofag dan limfosit T (Hendriarto, 2014).

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. 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 qualitas 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). Sedangkan hasil EKG pasien yiatu Kesan total AV block ars rate 35x/i ST elevasi II, III,avf.

Saat dilakukan pemeriksaan fisik di dapatkan hasil yang abnormal yaitu pada pemeriksaan paru frekunsi nafas 26 x/mnt dan askultasi adanya suara ronkhi. Pemerisaan ekstremintas di dapatkan udema dan piting udem 3 detik. Udema dapat terjadi karena komplikasi dari penyakit jantung karen terjadinya udema paru terjadi di dalam tubuh dengan cara yang sama,. Faktor apapun yang menyebabkan cairan interstitial paru meningkat dari negative menjadi batas positif. Sehingga setelah dilakukan pengkajian di dapatkan diagnosa keperawatan yaitu nyeri Akut b/d Agen pencedera fisiologis (iskemia) yang dibuktikan dengan nyeri, tampak meringis, bersihan jalan nafas tidak efektif b/d Sekresi yang tertahan yang dibuktikan dengan dipsnea dan batuk tidak efektif, penurunan curah jantung b/d Perubahan irama jantung dan perubahan preload jantung yang dibuktikan dengan gambaran EKG aritmia atau gangguan konduksi dan mur-mur jantung, intoleransi Aktivitas b/d Kelemahan yang dibuktikan dengan dipsnea saat/setelah aktivitas dan merasa lelah.

Berdasarkan teori diagnosa keperawatan yang muncul pada klien dengan NSTEMI yaitu: nyeri akut b/d agen pencedera fisiologis ( iskemia) yang ditandai dengan mengeluh nyeri, tampak meringis, penurunan curah jantung b/d perubahan irama jantung dan frekuensi jantung yang ditandai dengan gambaran EKG aritmia atau gangguan konduksi, resiko perfusi perifer tidak efektif b/d iskemik,kerusakan otot jantung penyumbatan pembuluh darah arteri koronaria, intoleransi aktivitas b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen yang ditandai dengan mengeluh lelah dan frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat, gangguan pertukaran gas b/d perubahan membran alveolus-kapiler yang ditandai dengan dispnea dan PCO2 meningkat/menurun, ansietas b/d ancaman terhadap konsep diri yang ditandai dengan merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi. Sehingga diagnosa pada kasus sama dengan diagnosa yang ada pada teori.

* 1. **Analisa Salah Satu Intervensi Dengan Konsep Dan Penelitian Terkait**

Intervensi keperawatan atau perencanaan merupakan bagian dari suatu fase pengorganisasian dalam keperawatan sebagai pedoman untuk mengarahkan tindakan keperawatan dalam usaha membantu, meringankan, memecahkan masalah atau untuk memenuhi kebutuhan klien (Setiadi, 2012).

pada kasus Tn.A dalam pemberian intervensi lebih di derapkan pada teknik dalam menurunkan nyeri yiatu dengan teknik aroma lavender dimana berdasarkan teori 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).

Intervensi ini sebelumnya pernah dilakukan penelitian 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 value < 0,05) sehingga dapat disimpulkan bahwa aromaterapi lavender efektif untuk menurunkan skala nyeri pasien infark miokard.

Seiring dengan hasil penelitian yang juga di lakukan oleh Mutia Anwar (2018) yang berjudul pengaruh aromaterapi lavender terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasienpasca operasi sectio caesar dengan uji wilcoxon di dapatkan hasil p value 0,000 (p value 0.000 < α 0.05) maka dapat di simpulkan bahwa ada pengaruh pemberian teknik relaksasi aromaterapi lavender terhadap penurunan intensitas nyeri post opersi sectio caesar.

Didalam kasus Tn.A pemberian aromaterapi lavender diberikan selama 3 hari dimana didapatkan hasil sebelum diberikan terapi aroma lavender skala nyeri dada pada pasien di dapatkna 6 (Sedang) dan setelah diberikan diberikan aroma terapi lavender di dapatkan skala nyeri 3 (ringan). Sehingga dapat di dapatkan tidak adanya kesenjangan antara teori, penelitian pendukung dan kasus yang di dapatkan.

* 1. **Alternatif Pemecahan Masalah Yang Dilakukan**

Pada kasus Tn.A ini dalam mengatasi masalah telah dilakukan dengan teknik aroma terapi lavender dalam menurunkan nyeri, dan selain yang telah di ajarkan klien juga di anjurkan dengan teknik nafas dalam, genggam jari dalam menurunkan nyeri. seperti yang di jelaskan di dalam teori pemberian terapi non farmakologis yang biasanya diajarkan perawat kepada klien dengan keluhan nyeri adalah teknik relaksasi nafas dalam. Pemberian aromaterapi Lavender masih jarang digunakan di rumah sakit sebagai alternative yang dapat mengurangi skala nyeri yang dirasakan pasien gangguan kardiovaskuler karena aromaterapi Lavender masih belum dipopulerkan sebagai salah satu bentuk intervensi keperawatan dalam mengurangi nyeri yang dirasakan pasien (Smeltzer & Bare, 2006).

**BAB V**

**PENUTUP**

* 1. **kesimpulan**
		1. Dari hasil pengkajian kepada Tn.A dengan keleuhan nyeri dada sebelah kiri yang menjalar kepunggung, P: nyeri muncul saat pasien miring kiri atau kanan dan saat pasien istirahat, Q: Nyeri yang terasa oleh klien seperti tertusuk-tusuk jarum, R: Nyeri terasa di daerah dada kiri dan menjalar ke punggung, S: Skala nyeri 6 (nyeri sedang), T: nyeri yang dirasakan hilang timbul, lama nyeri datang yaitu selama 30 detik, pasien merasa pusing badan terasa letih/lemas, jika bergerak akan merasa sesak disertai batuk produktif.
		2. Diagnosa keperawatan yang di dapatkan dari hasil pengkajian yaitu nyeri Akut b/d Agen pencedera fisiologis (iskemia) yang dibuktikan dengan nyeri, tampak meringis, bersihan jalan nafas tidak efektif b/d Sekresi yang tertahan yang dibuktikan dengan dipsnea dan batuk tidak efektif, menurunan curah jantung b/d Perubahan irama jantung dan perubahan preload jantung yang dibuktikan dengan gambaran EKG aritmia atau gangguan konduksi dan mur-mur jantung, intoleransi Aktivitas b/d Kelemahan yang dibuktikan dengan dipsnea saat/setelah aktivitas dan merasa lelah
		3. Intervensi utama lebih diterapkan pada diagnosa nyeri Akut b/d Agen pencedera fisiologis (iskemia) yang dibuktikan dengan nyeri, tampak meringis yaitu dengan pemberian terapi aroma lavender.

93

* + 1. Implementasi diberikan selama 3 hari dimana intervensi yang diberikan mengacu kepada intervensi yang telah dibuat dan juga menerapkan intervensi pilihan yaitu pemberian aroma terapi lavender.
		2. Evaluasi yang di dapatkan setelah diberikan intervensi yaitu adanya penurunan skala nyeri pada pasien setelah diberikan terapi aroma lavender.
	1. **Saran**
1. **Untuk Pelayanan Kesehatan**

Saran untuk perawat di ruangan jantung rumah sakit achmat mochtar bukittinggi agar dapat mengoptimalkan untuk melakukan intervensi keperawatan mandiri pada pasien dengan NSTEMI dengan penyakit penyerta maupun tidak ada penyakit penyerta.

1. **Untuk Keluarga**

Saran untuk keluarga adalah diharapakan keluarga dapat meningkatkan perhatian da dukungan kepada pasien dalam perawatan pada pasien dengan penyakit jantung (NSTEMI) yang dilakukan terapi untuk dapat menurunan skala nyeri

1. **Untuk Institusi Pendidikan**

Diharapkan kepada pihak institusi pendidikan untuk dapat mengembangkan intervensi keperawatan madiri pada pasien dengan penyakit jantung dalam menurunkan nyeri dada .

**DAFTAR PUSTAKA**

Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2006. Standar Pelayanan Keperawatan di ICU. Jakarta: Depkes Morton G.P.2012, Keperawatan Kritis, Edisi2, 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, BrendaG, 2002, Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah

Brunner dan Suddarth (Ed.8,Vol.1,2), Alih bahasa oleh Agung Waluyo... (dkk), EGC, Jakarta

Sylvia. M, Lorraine. (2009). Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit. Jakarta: EGC

Hidayat A A. (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 Perilaku Kesehatan. Jakarta: PT. Rineka Cipta

Potter & Perry., 2005. Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses & Praktek. Edisi 4. Vol1. 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 KasusN-STEMI (NonST-Elevation Myocard Infark) diruangan ICU RS Baptis Batu

Mutia Anwar, 2018 Pengaruh Aroma terapi 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