

**STUDI KASUS: ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN
PADA PASIEN ACUT CORONARY SYNDROME (ACS) DENGAN
ST ELEVATION MYOCARD INFARCT (STEMI)
DI RUANG ICCU RSU KERTHA USADA SINGARAJA**



OLEH KELOMPOK 1 :

NAMA

Putu Ayu Mertami (19089144001)

Kade Buda Supartini (19089144002)

Ketut Edy Armika (19089144003)

Ni Made Dwi Satiani (19089144004)

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN BULELENG**

2019

**STUDI KASUS: ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN
PADA PASIEN ACUT CORONARY SYNDROME (ACS)
DENGAN
ST ELEVATION MYOCARD INFARCT (STEMI)
DI RUANG ICCU RSU KERTHA USADA SINGARAJA**

*Putu Ayu Mertami¹, Kade Buda Supartini², Ketut Edy Armika³, Ni Made Dwi Satiani⁴,
Putu Indah Sintya Dewi⁵, Ni Kadek Diah Purnamayanti*⁶*

Program studi S1 keperawatan, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Buleleng, Singaraja
Indonesia¹²³⁴⁵⁶

Email: stikesbuleleng@gmail.com

Abstrak

ACS Stemi merupakan penyakit infark miokard dimana terjadi elevasi pada segmen ST. Penyakit ini sering disebut penyakit jantung koroner yang merupakan penyebab kematian sekitar 80% di negara berpenghasilan rendah-menengah. Penanganan pasien yang optimal akan menghindarkan dari risiko komplikasi yang akan memperburuk pasien dan menghindarkan dari risiko kematian. Tujuan dari penulisan ini agar perawat profesional mampu melakukan asuhan keperawatan secara optimal pada pasien dengan gangguan kardiovaskuler. Metode yang digunakan penulis adalah metode deskriptif dengan pemaparan studi kasus melalui pendekatan asuhan keperawatan yakni pengkajian, penegakan diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi keperawatan. Tindakan keperawatan 1x24 jam yang dilakukan pada klien dengan ACS Stemi adalah melakukan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat anti trombolitik, pemberian oksigen, memonitor irama jantung, memonitor vital sign, memastikan tingkat aktivitas sesuai dengan curah jantung, dan menginstruksikan kepada pasien untuk segera melaporkan apabila merasa tidak nyaman. Dalam keberhasilan asuhan keperawatan sangat diperlukan kerjasama antara tim medis lain, klien dan keluarga.

Kata kunci: ACS STEMI, Penurunan Curah Jantung, Anti trombotik

PENDAHULUAN

Gangguan dan kerusakan pada jantung dapat mengakibatkan gangguan sistemik pada sistem vaskularisasi darah, pemenuhan akan oksigen dan metabolisme tubuh. (Muttaqin, 2009). Yang termasuk penyakit jantung koroner adalah angina pectoris stabil dan tidak stabil, miocard infark, gagal jantung. Di negara berpenghasilan rendah-menengah sekitar 80% kematian akibat penyakit jantung koroner. (WHO, 2011).

Indonesia termasuk negara yang menunjukkan bahwa ada peningkatan proporsi kematian akibat penyakit tidak menular. Prevalensi penyakit jantung sendiri mencapai 12,5%, yang terdiri dari penyakit jantung iskemik, infark miokard akut, gagal jantung, aritmia jantung, penyakit jantung reumatik kronik, demam reumatik akut, kardiomiopati dan penyakit jantung lainnya. Pada kasus-kasus penyakit jantung tersebut, jumlah pasien penyakit jantung rawat inap di rumah sakit terbanyak adalah penyakit jantung iskemik (30,17%), dan *Case Fatality Rate (CFR)* tertinggi terjadi pada kasus infark miokard akut (13,49%) (Depkes, 2009).

Pengenalan ACS sangat penting diketahui dan dipahami oleh perawat. Perawat perlu untuk memahami patofisiologi ACS, nyeri dada yang khas pada ACS, analisa EKG dan hasil laboratorium sebagai kunci utama pengkajian ACS. Perawat profesional yang menguasai satu area spesifik sistem kardiovaskular sangat dibutuhkan dalam melakukan proses keperawatan secara optimal. Penanganan pasien yang optimal akan menghindarkan dari risiko komplikasi yang akan memperburuk pasien dan menghindarkan dari risiko kematian. (RCN, 2012).

Perawat Profesional memberikan

perawatan langsung kepada pasien dan mempunyai peranan penting dalam melakukan edukasi kepada pasien tentang pengelolaan penyakitnya, serta mencegah dari rehospitalisasi. (RCN, 2010).

Peran perawat profesional dalam manajemen ACS STEMI sangat penting. Kondisi ACS STEMI dapat terjadi di berbagai setting perawatan pasien meliputi UGD, rawat inap dan bahkan di rawat jalan. Oleh karena itu, kompetensi manajemen ACS STEMI harus dikuasai bukan hanya oleh perawat UGD saja tetapi oleh seluruh perawat rumah sakit yang kemungkinan kontak dengan pasien ACS STEMI atau berisiko mengalami ACS STEMI. Peran perawat dalam manajemen ACS STEMI diantaranya deteksi tanda dan gejala, monitoring tanda vital, deteksi dan pencegahan perburukan, pencegahan dan deteksi komplikasi pasca tindakan, edukasi pasien dan keluarga, serta rehabilitasi pasca tindakan. Pendekatan yang digunakan tentunya menggunakan pendekatan proses keperawatan yaitu pengkajian, penegakkan diagnosis keperawatan, penentuan tujuan dan outcomes, pemilihan rencana tindakan, implementasi dan evaluasi (Hendra, 2013).

Faktor yang berhubungan dengan gangguan tidur pada pasien dengan penyakit jantung adalah ketidakmampuan untuk mengambil posisi tidur yang disukai karena nocturnal dyspnea (Wilkinson, 2007). Tindakan perawat Nursing Diagnosis Handbook with NIC Interventions and NOC Outcomes menjelaskan terapi keperawatan positioning dengan posisi tidur semi fowler untuk mengatasi sesak napas. Pengaturan posisi adalah tindakan yang dilakukan dengan sengaja untuk memberikan posisi tubuh dalam meningkatkan kesejahteraan atau kenyamanan fisik dan psikologis

(Dochterman & Bulechek, 2013).

METODE PENELITIAN

Metode yang digunakan dalam karya tulis ini adalah metode deskriptif dengan pemaparan studi kasus melalui pendekatan karya tulis yakni pengkajian, penegakan diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi keperawatan. Tempat pengambilan kasus dalam karya tulis ini. Waktu pelaksanaan studi kasus pada tanggal 19-20 Desember 2019. Penulisan karya tulis ini mengambil salah satu klien yaitu Ny.W dengan ACS STEMI. Untuk mendapatkan data dalam penyusunan asuhan keperawatan ini melalui wawancara, pemeriksaan fisik dan observasi. Wawancara dilakukan dengan mengajukan pertanyaan terbuka maupun tertutup yang dimaksudkan untuk mendapatkan data secara subyektif. Pemeriksaan fisik dilakukan dengan empat cara yaitu inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi. Sedangkan observasi dilakukan dengan mengamati respon fisik, psikologis, emosi, serta rasa aman dan nyaman dari klien (Debora, 2011). Serta untuk menyelesaikan karya tulis ini penulis juga mengumpulkan data dari berbagai sumber yaitu buku, jurnal, artikel dan web sebagai acuan.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada hasil dan pembahasan memaparkan hasil dari kegiatan proses keperawatan yang dilakukan pada klien. Proses keperawatan dilakukan dengan tahapan dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi kemudian evaluasi keperawatan (Potter & Perry, 2009).

Hasil Pengkajian Keperawatan

Hasil pengkajian yang dilakukan pada tanggal 19 Desember 2019 pukul 08.30 WITA didapatkan biodata klien yaitu nama = Ny. W, umur =53 tahun, jenis kelamin = perempuan, agama = Hindu , suku = Bali, pendidikan = SMP, alamat = Desa Tegal Linggah. Biodata penanggungjawab yaitu nama = Tn. S, umur = 59 tahun, jenis kelamin = laki-laki, agama = Hindu, alamat = Desa Tegal Linggah, pekerjaan = Buruh Bangunan, hubungan dengan klien = suami. Catatan masuk klien yaitu klien masuk tanggal = 19 Desember 2019, No. RM = 129xxx, bangsal =ICCU, diagnosa medis = ACS STEMI, tanggal pengkajian= 19 Desember 2019. Riwayat kesehatan klien didapatkan keluhan utama nyeri dada. Klien mengatakan nyeri pada dada menjalar ke leher. Pada pengkajian riwayat penyakit sekarang didapatkan klien mengatakan nyeri pada dada kiri sejak pukul 03.30 WITA, nyeri dirasakan menjalar sampai leher. Nyeri tidak berkurang saat istirahat. Nyeri skala 6. Riwayat penyakit dahulu klien mengatakan sebelumnya tidak ada riwayat hipertensi, DM, Jantung. Riwayat penyakit keluarga klien mengatakan keluarga tidak ada yang mempunyai penyakit menular maupun penyakit menurun seperti diabetes, hipertensi maupun asma.

Pada pengkajian pola fungsi menurut Gordon didapatkan pada pola nutrisi sebelum sakit klien makan nasi, dan suka makan buah dan sayur, tidak melakukan diet, tidak ada pantangan makanan, makan porsi sedang tiga kali sehari dengan menu nasi, lauk dengan sedikit sayur, minum 10 gelas sehari @250±2,5 L, dan selama sakit klien makan habis dengan menu nasi, sayur dan lauk,

minum sehari $\pm 1,8$ L. Pada pola eliminasi didapatkan sebelum sakit klien BAB 1 kali dalam sehari, dengan konsistensi lembek, BAK lancar 3-4 kali sehari @100 cc dikamar mandi secara mandiri, saat di ICCU klien belum BAB, BAK 2-3 kali sehari @100 cc dikamar mandi dibantu keluarga. Pada pola aktivitas dan latihan sebelum sakit klien melakukan aktivitas secara mandiri, selama sakit aktivitas pasien dibantu oleh perawat. Untuk melakukan kebutuhan sehari-hari dibantu oleh perawat. Pada persepsi sensori dan kognitif klien sadar, orientasi baik, klien mengatakan nyeri dada kiri berkurang, dengan skala 2. Pemeriksaan fisik didapatkan hasil keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, tekanan darah : 144/84 mmHg, pernafasan: 20 kali/menit, nadi : 84 kali/menit, suhu : 36 °C, BB : 60 kg, TB : 155 cm. Pada pemeriksaan penunjang hasil hematologi pada tanggal 19 Desember 2019 didapatkan Hemoglobin 14,9 g/dl (12,0-16,0), leukosit $11,4 \times 10^3/uL$ (3,8-10,6), trombosit $224,0 \times 10^3/uL$ (150,0-440,0), Natrium 138 mmol/L (136-146), Kalium 3,4 mmol/L (3,5-5,1), Clorida 104 mmol/L (98-110), Glukosa 158 mg/dl (60-140), BUN 24,4 md/dl (10-50), Creatinin 0,7 mg/dl (0,6-1,1). Hasil ECG tanggal 19 Desember 2019 terdapat ST elevasi di V2, V3, V4, dan V5

Dari pengkajian diatas diperoleh data subyektif dan obyektif. Data subyektif klien mengatakan nyeri dada kiri berkurang, dengan skala 2. Data obyektif : Pemeriksaan fisik didapatkan hasil keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, tekanan darah : 144/84 mmHg, pernafasan: 20 kali/menit, nadi : 84 kali/menit, suhu : 36 °C, BB : 60 kg, TB : 155 cm, hasil ECG terdapat ST elevasi di V2, V3, V4, dan V5. Terapi tanggal 19 Desember 2019 klien mendapatkan terapi O₂ 4lpm, infus RL 20 tpm, ISDN 5 mg sublingual, aspilet 160 mg per oral, Clopidogrel 300 mg per oral.

Diruang ICCU terapi O₂ 3 lpm, infus RL 20 tpm, ISDN 3x5mg per oral, aspilet 1x80mg per oral, Clopidogrel 1x 75mg per oral, Candesartan 1x8mg per oral, Simvastatin 1x20 mg per oral, Ranitidin 2x 50 mg per oral.

Diagnosa Keperawatan

Setelah didapatkan data dari pengkajian yang dilakukan secara menyeluruh, maka dibuatlah analisa data dan membuat kesimpulan diagnosis keperawatan (Potter & Perry, 2009). Berikut adalah analisa data dari hasil pengkajian kepada klien dengan data subyektif klien mengatakan nyeri dada kiri berkurang, dengan skala 2. Data obyektif : Pemeriksaan fisik didapatkan hasil keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, tekanan darah : 144/84 mmHg, pernafasan: 20 kali/menit, nadi : 84 kali/menit, suhu : 36 °C, BB : 60 kg, TB : 155 cm, hasil ECG terdapat ST elevasi di V2, V3, V4, dan V5. Berdasarkan data diatas maka ditegakkan diagnosa keperawatan yaitu Penurunan Curah Jantung berhubungan dengan gangguan irama jantung (NANDA, 2015).

Intervensi Keperawatan

Intervensi yang dibuat untuk diagnosa diatas adalah tujuan yang diharapkan dari tindakan keperawatan 1x24 jam yang dilakukan yaitu cardiac pupm effectiveness, circulation status, Vital sign status. Dengan kriteria hasil klien dapat mentoleransi aktivitas, tidak kelelahan, tanda vital dalam rentang normal, tidak terjadi penurunan kesadaran. (NANDA, 2015).

Rencana tindakan keperawatan yang akan dilakukan adalah evaluasi adanya nyeri dada, intensitas, lokasi dan durasi nyeri, monitor irama jantung, monitor balance cairan, monitor respon pasien terhadap efek pengobatan anti trombotik untuk mencegah trombus perifer, memastikan tingkat aktifitas sesuai dengan curah jantung, intruksikan kepada pasien untuk segera melaporkan apabila merasa tidak nyaman, monitor vital sign, pemberian oksigen (NIC-NOC, 2015)

Berdasarkan perencanaan yang dibuat, tindakan keperawatan yang dilakukan yaitu pemberian oksigen, kelola pemberian antitrombotik, monitor irama jantung, monitor vital sign, memastikan tingkat aktifitas sesuai dengan curah jantung, dan intruksikan kepada pasien untuk segera melaporkan apabila merasa tidak nyaman. Tindakan ini dirasa cukup efektif untuk meningkatkan curah jantung.

Implementasi Keperawatan

Penulis akan memaparkan implementasi mulai tanggal 19- 20 Desember 2019. Tindakan keperawatan tanggal 19 Desember 2019 jam 08.30 WITA mengkaji keluhan secara komprehensif. Data subyektif : klien mengatakan nyeri dada berkurang, dengan skala 2. Data obyektif: klien tampak lemah . Jam 08.40 WITA mengatur posisi tidur

pasien dan mengukur TANDA VITAL. Data subyektif: klien mengatakan lebih nyaman dengan posisi setengah duduk dan bersedia dilakukan tindakan. Data obyektif: tekanan darah: 144/80 mmHg, frekuensi nadi: 84 kali/menit, frekuensi pernapasan: 20 kali/menit, suhu: 36°C. Jam 10.00 WITA kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat Lovenox 0,3 cc/ IV, candesartan 8 mg, concor 2,5 mg. Jam 10.15 dilanjutkan dengan pemberian lovenox 0,3 cc/sc. Jam 11.00 WITA mengukur Tanda Vital. Data subyektif: klien mengatakan bersedia dilakukan tindakan. Data obyektif: tekanan darah: 121/76 mmHg, frekuensi nadi: 76 kali/menit, frekuensi pernapasan: 20 kali/menit, suhu: 36,3°C.

Tindakan keperawatan tanggal 20 Desember 2019 jam 07.00 WITA melakukan rekam ECG. Data subyektif: klien bersedia dilakukan tindakan. Data obyektif: pasien tampak rileks, hasil ECG ST depresi di V2,V3, dan V4. Jam 07.30 WITA kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat isosorbid dinitrat 5 mg, aspilet 80 mg, clopidogrel 75 mg, concor 2,5 mg candesartan 8 mg, laxadine sirup 15 ml. Jam 08.00 mengukur Tanda Vital. Data subyektif: klien mengatakan bersedia dilakukan tindakan. Data obyektif: tekanan darah: 124/79 mmHg, frekuensi nadi: 69 kali/menit, frekuensi pernapasan: 19 kali/menit, suhu: 36,2°C, SpO₂ : 98%. Jam 08.30 WITA menganjurkan kepada pasien untuk segera melaporkan apabila merasa tidak nyaman. Data subyektif: klien mengatakan mengerti. Data obyektif: klien tampak paham dan menganggukan kepala. Jam 10.00 WITA kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat lovenox 0,6 cc/ sc. Jam 11.00 mengukur Tanda Vital. Data subyektif: klien mengatakan bersedia dilakukan tindakan. Data obyektif: tekanan darah: 110/70 mmHg, frekuensi nadi: 68

kali/menit, frekuensi pernapasan: 18 kali/menit, suhu: 36°C, SpO₂ : 98%

Evaluasi Keperawatan

Setelah melakukan implementasi sesuai dengan perencanaan, maka perawat membandingkan hasil tindakan dengan kriteria hasil yang sudah ditetapkan (Debora, 2011). Evaluasi harus dilakukan secara periodic tidak hanya satu kali saja untuk menentukan adanya perubahan atau perbaikan kondisi klien (Potter & Perry, 2009). Evaluasi pada tanggal 20 Desember 2019 jam 11.00 WIB Subyektif : klien mengatakan sudah lebih enak, nyeri tidak ada. Obyektif : klien tampak tertidur nyenyak, irama jantung reguler, tekanan darah : : 110/70 mmHg, frekuensi nadi: 68 kali/menit, frekuensi pernapasan: 18 kali/menit, suhu: 36°C, SpO₂ : 98%, hasil ECG : ST depresi di V2, V3, dan V4. *Assesment* : Masalah teratasi sebagian . *Planning* : Intervensi dipertahankan; monitor vital sign, memastikan tingkat aktifitas sesuai dengan curah jantung, dan intrukan kepada pasien untuk segera melaporkan apabila merasa tidak nyaman .

Pembahasan

Pengkajian Keperawatan. Pengkajian merupakan langkah pertama dalam proses keperawatan. Pengkajian dilakukan bertujuan untuk mendapatkan data dasar yang digunakan untuk menetapkan status kesehatan klien, menentukan masalah actual atau potensial (Debora, 2011). Sesuai data keluhan utama klien adalah nyeri dada kiri. Pada klien riwayat kesehatan sekarang didapatkan klien merasakan nyeri pada dada kiri dengan skala nyeri 6, nyeri dirasakan seperti tertindih sehingga pasien dilarikan ke UGD. Dalam pengkajian didapatkan kesesuaian dengan teori dimana nyeri yang dirasakan oleh klien akibat penyakit ACS

STEMI (Hamm et al, 2011) akibat aterosklerosis serta rupturnya plak aterosklerosis yang menyebabkan trombosis intravaskular dan gangguan suplai darah miokard (Majid 2008). Pada tanda dan gejala yang dialami oleh Ny.W sesuai dengan teori bahwa ACS STEMI dicirikan sebagai nyeri dada di bagian substernal, retrosternal dan prekordial dengan karakteristik seperti ditekan, diremas, dibakar, terasa penuh yang terjadi dalam beberapa menit. Nyeri dapat menjalar ke dagu, leher, bahu, punggung, atau kedua lengan. Nyeri disertai rasa mual, sempoyongan, berkeringat, berdebar, dan sesak napas (Muttaqin, 2009). Hasil pemeriksaan penunjang ECG dengan hasil ST elevasi di V2, V3, V4, dan V5 menunjukkan bahwa klien mengalami penurunan curah jantung.

Diagnosa Keperawatan. Diagnosa keperawatan adalah suatu penilaian klinis terhadap gangguan kesehatan atau proses kehidupan tentang respon dari individu, keluarga, kelompok atau komunitas. (NANDA, 2015). Hasil analisa data didapatkan data subyektif klien mengatakan nyeri dirasakan sudah berkurang dengan skala nyeri 2. Data obyektif klien tampak lemah, kesadaran composmentis, tekanan darah : 144/84 mmHg, pernafasan: 20 kali/menit, nadi : 84 kali/menit, suhu : 36 °C, BB : 60 kg, TB : 155 cm, hasil ECG terdapat ST elevasi di V2, V3, V4, dan V5. Maka ditegakkan diagnosa keperawatan yaitu Penurunan Curah Jantung berhubungan dengan gangguan irama jantung (NANDA, 2015). Sesuai dengan teori bahwa pada klien ACS STEMI akan muncul diagnosa penurunan curah jantung. Pada kasus ini, diagnosa penurunan curah jantung diangkat sebagai diagnosa utama karena penurunan suplai darah ke otot jantung menyebabkan terjadinya ketidakseimbangan antara suplai dan

kebutuhan oksigen. Pada akhirnya ketidakseimbangan ini akan menimbulkan gangguan pompa jantung dan mempengaruhi tubuh secara sistemik (Rochmawati, 2011).

Penurunan Curah jantung merupakan suatu keadaan dimana pompa darah oleh jantung yang tidak adekuat untuk mencapai kebutuhan metabolisme tubuh (Wilkinson&Ahern, 2012). Pada masalah keperawatan penurunan curah jantung dapat dipengaruhi beberapa faktor yaitu perubahan frekuensi jantung, perubahan irama, perubahan volume sekuncup, perubahan afterload, perubahan kontraktilitas, perubahan preload. (NANDA, 2015).

Intervensi Keperawatan. Setelah menentukan diagnosa keperawatan maka tahap selanjutnya adalah membuat perencanaan keperawatan yang merupakan tindakan merumuskan perawatan yang diarahkan untuk mengatasi atau mengurangi keparahan masalah yang muncul dan risiko terjadinya masalah. Rencana tindakan keperawatan yang akan dilakukan mempunyai kriteri hasil yaitu klien dapat mentoleransi aktivitas, tidak kelelahan, tanda-tanda vital dalam rentang normal dan tidak terjadi penurunan kesadaran (NANDA, 2015). Dari kasus Ny. W, intervensi keperawatan yang akan dilakukan adalah cardiac pump effectiveness, circulation status, Vital sign status. Adapun intervensinya yaitu berikan terapi oksigen beberapa penelitian menunjukkan bahwa lebih dari 70% pasien ACS disertai hipoksemia, dengan pemberian oksigen akan mengurangi ST elevasi karena akan mengurangi kerusakan miokard melalui mekanisme peningkatan suplai oksigen. Pemberian oksigen diberikan melalui nasal kanul 2-4 lt/menit (Siti Maidatul, 2015). Monitor EKG dengan tujuan untuk mengetahui perubahan irama jantung

khususnya perubahan segmen ST. Melakukan monitor tanda-tanda vital juga berfungsi untuk mengetahui adanya, monitor respon pasien terhadap efek pengobatan anti trombotik .Secara teori obat antitrombotik adalah obat yang dapat menghambat agregasi trombosit sehingga menyebabkan terhambatnya pembentukan trombus pada pembuluh darah (James, D. et al. 2012). Melakukan monitor balance cairan sangat penting dilakukan karena cairan yang seimbang dan cenderung negatif akan lebih baik untuk menghindari kelebihan cairan dan kemungkinan gagal jantung. Apabila terjadi haluran urine (oliguria) dan hipotensi, ini menjadi tanda terjadinya shock kardiogenik (Devi Darliana, 2010). Memastikan tingkat aktifitas sesuai dengan curah jantung. Dengan bedrest dan posisi semifowler atau menggunakan *cardiac chair* dapat mengurangi nyeri dada dan dispnea. Posisi kepala yang lebih tinggi sangat bermanfaat bagi pasien karena: (1) Volume tidal dapat diperbaiki karena tekanan isi abdomen terhadap diafragma berkurang sehingga pertukaran gas dapat lebih baik, (2) Drainase lobus atas paru lebih baik serta (3) Aliran balik vena ke jantung (preload) berkurang sehingga mengurangi kerja jantung (Smeltzer & Bare, 2008; Underhill, 2005). Intruksikan kepada pasien untuk segera melaporkan apabila merasa tidak nyaman, untuk memberikan penanganan segera bila terjadi serangan ulang (NIC-NOC, 2015)

Tujuan dari setiap intervensi pada dasarnya adalah untuk mengembalikan fungsi jantung dalam memompa darah keseluruh tubuh. (NANDA, 2015)

Implementasi Keperawatan.

Implementasi merupakan tahap yang muncul setelah perencanaan dibuat yang diaplikasikan pada klien. Tindakan yang dilakukan mungkin akan sama namun aplikasi yang dilakukan pada klien akan berbeda disesuaikan dengan kebutuhan yang paling dirasakan oleh klien dan kondisiklien saat itu (Debora, 2011). Berdasarkan tindakan keperawatan yang dilakukan penulis selama 1x24 bertujuan untuk meningkatkan curah jantung tindakan keperawatan yang dilakukan adalah kelola pemberian antikoagulan, monitor irama jantung, monitor vital sign, memastikan tingkat aktifitas sesuai dengan curah jantung, dan intruksikan kepada pasien untuk segera melaporkan apabila merasa tidak nyaman. Tindakan ini dirasa cukup efektif untuk meningkatkan curah jantung.

Evaluasi Keperawatan. Evaluasi adalah tahap dimana membandingkan hasil tindakan yang dilakukan dengan kriteria hasil yang sudah ditetapkan dalam perencanaan serta menilai apakah masalah sudah teratasi seluruhnya, hanya sebagian atau belum teratasi (Debora, 2011). Berdasarkan tindakan keperawatan 1x24 jam yang telah dilakukan oleh penulis, dilakukan evaluasi keperawatan dengan diagnosa penurunan curah jantung berhubungan dengan gangguan irama jantung dengan hasil masalah teratasi sehingga intervensi dipertahankan dengan : monitor vital sign, memastikan tingkat aktifitas sesuai dengan curah jantung, dan intruksikan kepada pasien untuk segera melaporkan apabila merasa tidak nyaman .dan pemberian oksigen.

Evaluasi yang dilakukan selama dua hari dengan hasil terjadi peningkatan curah jantung. Dari hasil evaluasi diatas maka dapat disimpulkan bahwa pemberian terapi anti trombotik sebelum 12 jam dapat mempercepat peningkatan curah jantung monitor irama jantung, monitor vital sign, memastikan tingkat aktifitas sesuai dengan curah jantung, dan intruksikan kepada pasien untuk segera melaporkan apabila merasa tidak nyaman.pemberian oksigen, seperti yang sudah dibuktikan pada jurnal (Devi Darliana, 2010) yang menunjukkan bahwa kecepatan dalam mendiagnosis awal serta memberikan penanganan yang tepat saat pasien di UGD dapat membatasi kerusakan miokardial dan meminimalisasi komplikasi terhadap kondisi pasien.

KESIMPULAN

1. Hasil pengkajian didapatkan diagnosa keperawatan pada Ny.W yaitu penurunan curah jantung berhubungan dengan gangguan irama jantung
2. Intervensi keperawatan pada klien dengan diagnosa keperawatan penurunan curah jantung berhubungan dengan gangguan irama jantung : kelola pemberian antikoagulan, monitor irama jantung, monitor vital sign, memastikan tingkat aktifitas sesuai dengan curah jantung, dan intruksikan kepada pasien untuk segera melaporkan apabila merasa tidak nyaman, pemberian oksigen
3. Implementasi yang dilakukan adalah kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat Lovenox 0,3 cc/ IV dilanjutkan dengan pemberian lovenox 0,3 cc/sc , candesartan 8 mg, concor 2,5 mg clopidoglel 1x75 mg sinvastatin 1x20mg ,aspilet 1x80 mg,isosorbidnirate 3x 5mg , monitor irama jantung, monitor vital sign, memastikan tingkat aktifitas sesuai dengan curah jantung, dan intruksikan kepada pasien untuk segera melaporkan

- apabila merasa tidak nyaman.pemberian oksigen
4. Evaluasi dari diagnosa keperawatan pada Ny.W yaitu penurunan curah jantung berhubungan dengan gangguan irama jantung masalah teratasi sebagian, intervensi dilanjutkan : monitor irama jantung, monitor vital sign, memastikan tingkat aktifitas sesuai dengan curah jantung, dan intruksikan kepada pasien untuk segera melaporkan apabila merasa tidak nyaman.pemberian oksigen.
 5. Bahwa pemberian terapi anti trombotik sebelum 12 jam keluhan dapat mempercepat peningkatan curah jantung terbukti dengan pada pasien ny.W setelah pemberian anti trombolitik dilakukan ECG ulang terjadi perubahan irama jantung

DAFTAR PUSTAKA

- Bulechek, G.M., Butcher, H.K., Dochterman, J.M., & Wagner, C.M. (2013). *Nursing Interventions Classification (NIC)*. Edisi Keenam: Elseiver.
- Debora, O. (2011). *Proses Keperawatan dan Pemeriksaan Fisik*. Jakarta: Salemba Medika.
- ISFI. (2009). *ISO Informasi Spesialite Obat Indonesia*. Volume 44. Jakarta: PT.ISFI Penerbitan.
- NANDA. (2015). *Diagnosis keperawatan: definisi & klasifikasi 2015-2017*. Edisi 10. Jakarta: EGC.
- Nurarif, A.H., & Hardhi, K. (2015). *Aplikasi asuhan keperawatan berdasarkan diagnosa medis & Nanda NIC-NOC*. Yogyakarta: MediAction.
- Potter, P.A., & Perry, A.G. (2009). *Fundamental of nursing : fundamental keperawatan*. Buku 1. Edisi 7. Jakarta: Salemba Medika.
- Riss, S., Weiser, F.A., Schwameis, K., Riss, T., Mittlbock, M., Steiner, G., & Stift, A. (2012). The prevalence of hemorrhoids in adults. *International Journal of Colorectal Disease*. 27(2), 215-220.
- Sunarto. (2016). Analisis faktor aktifitas fisik resiko terjadi hemoroid di klinik etika. *Jurnal Keperawatan Global*, 2(1), 94–99.
- Smeltzer, S.C., & Bare, B.G. (2013). *Buku ajar keperawatan medikal-bedah Brunner & Suddarth*. Edisi 8. Vol. 2. Jakarta: EGC.
- Wahyudi, A.S., & Abdul, W. (2016). *Buku ajar ilmu keperawatan dasar*. Jakarta: Mitra Wacana Media.
- Hamm, et. al. (2011). *Guideline for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation*. The European Society of Cardiology: Eur Heart Journal. 32, 3004-3022
- Departemen Kesehatan RI. (2009). *Profil kesehatan Indonesia 2008*. Jakarta: Depkes RI
- Majid, A. (2008). *Penyakit jantung koroner: patofisiologi, pencegahan, dan pengobatan terkini*. e-joernal USU repository Universitas Sumatera Utara. 1-54
- Muttaqin, A. (2009). *Pengantar asuhan keperawatan klien dengan*

- gangguan sistem kardiovaskuler.*
Jakarta: Salemba Medika
- World Health Organisation. (2011). *The top 10 causes of death in 2008*. Diterima dari <http://www.who.int>
- Royal College of Nursing. (2010). *Specialist nurses: Changing lives, saving money*. Diunduh dari <http://www.rcn.org.uk>
- Royal College of Nursing. (2012). *RCN factsheet: Specialist nursing in the UK*. Diunduh dari <http://www.rcn.org.uk>
- Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2008). *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (11th Ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Maidatul Siti, 2015. *Analisis praktik klinik keperawatan pada pasien akut coronary syndrome (acs) dengan st elevation myocard infarct (stemi) di ruang iccu rsud a. wahab sjahranie samarinda*. Fakultas Kedokteran Universitas Lampung. 2013
- Darlina Devi, 2010. *Manajemen Pasien St Elevasi Miokardial Infark (Stemi), St Elevasi Myocardial Infark (Stemi) Patient Management .Idea nursing Journal*. 1(1),14-20,2010