

KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN INFARK MIOKARD AKUT (IMA)

KONSEP MEDIS

A. Definisi Infark Miokard Akut (IMA)

Infark miokard akut adalah penyakit jantung yang disebabkan oleh karena sumbatan pada arteri koroner. Sumbatan akut terjadi oleh karena adanya aterosklerotik pada dinding arteri koroner sehingga menyumbat aliran darah ke jaringan otot jantung. (M. Black, Joyce, 2014 : 343)

Infark Miokard Akut (IMA) adalah nekrosis miokard akibat aliran darah ke otot jantung terganggu. (M. Black, Joyce, 2014: 343)

B. Etiologi dan Faktor Risiko

Penyebab IMA paling sering adalah oklusi lengkap atau hampir lengkap dari arteri coroner, biasanya dipicu oleh ruptur plak aterosklerosis yang rentan dan diikuti oleh pembentukan trombus. Ruptur plak dapat dipicu oleh faktor-faktor internal maupun eksternal. (M.Black, Joyce, 2014 : 343)

Factor internal antara lain karakteristik plak, seperti ukuran dan konsistensi dari inti lipid dan ketebalan lapisan fibrosa , serta kondisi bagaimana plak tersebut terpapar, seperti status koagulasi dan derajat vasokonstriksi arteri. Plak yang rentan paling sering terjadi pada area dengan stenosis kurang dari 70 % dan ditandai dengan bentuk yang eksentrik dengan batas tidak teratur; inti lipid yang besar dan tipis ;dan pelapis fibrosa yang tipis. (M. Black, Joyce, 2014: 343)

Factor eksternal berasal dari aktivitas klien atau kondisi eksternal yang memengaruhi klien. Aktivitas fisik berat dan stress emosional berat, seperti kemarahan, serta peningkatan respon system saraf simpatis dapat menyebabkan ruptur plak. Pada waktu yang sama, respon system saraf simpatis akan meningkatkan kebutuhan oksigen miokardium. Peneliti telah melaporkan bahwa factor eksternal, seperti paparan dingin dan waktu tertentu dalam satu hari, juga dapat memengaruhi ruptur plak. Kejadian coroner akut terjadi lebih sering dengan paparan terhadap dingin dan pada waktu –waktu pagi hari. Peneliti memperkirakan bahwa peningkatan respon system saraf simpatis yang tiba-tiba dan berhubungan dengan faktor-faktor ini dapat berperan terhadap ruptur plak. Peran inflamasi dalam memicu ruptur plak masih dalam penelitian. (M. Black, Joyce, 2014 : 343)

Apapun penyebabnya, ruptur plak aterosklerosis akan menyebabkan (1) paparan aliran darah terhadap inti plak yang kaya lipid, (2) masuknya darah ke dalam plak,

menyebabkan plak membesar, (3) memicu pembentukan trombus, dan (4) oklusi parsial atau komplet dari arteri coroner. (M.Black, Joyce, 2014 :344)

Angina tak stabil berhubungan dengan oklusi parsial jangka pendek dari arteri coroner, sementara IMA berasal dari oklusi lengkap atau signifikan dari arteri coroner yang berlangsung lebih dari 1 jam. Ketika aliran darah berhenti mendadak, jaringan miokardium yang disuplai oleh arteri tersebut akan mati. Spasme arteri coroner juga dapat menyebabkan oklusi akut. Faktor risiko yang memicu serangan jantung pada klien sama untuk semua tipe PJK. (M.Black, Joyce, 2014 : 344)

C. Patofisiologi

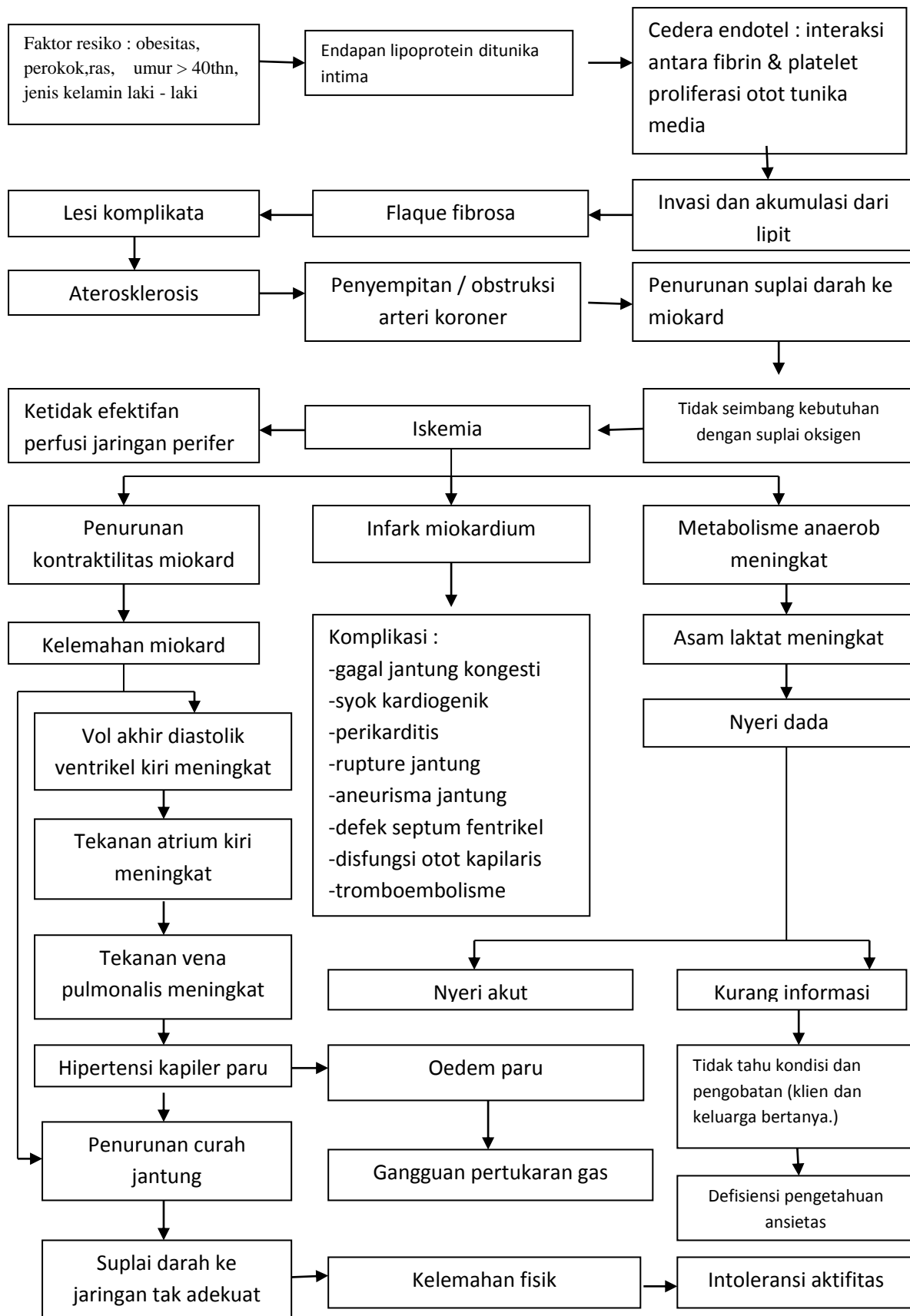
IMA dapat dianggap sebagai titik akhir dari PJK. Tidak seperti iskemia sementara yang terjadi dengan angina, iskemia jangka panjang yang tidak berkurang akan menyebabkan kerusakan ireversibel terhadap miokardium. Sel-sel jantung dapat bertahan dari iskemia selama 15 menit sebelum akhirnya mati. Manifestasi iskemia dapat dilihat dalam 8 hingga 10 detik setelah aliran darah turun karena miokardium aktif secara metabolic. Ketika jantung tidak mendapatkan darah dan oksigen, sel jantung akan menggunakan metabolisme anaerobic, menciptakan lebih sedikit adenosine trifosfat (ATP) dan lebih banyak asam laktat sebagai hasil sampingannya. Sel miokardium sangat sensitif terhadap perubahan pH dan fungsinya akan menurun. Asidosis akan menyebabkan miokardium menjadi lebih rentan terhadap efek dari enzim lisosom dalam sel. Asidosis menyebabkan gangguan sistem konduksi dan terjadi disritmia. Kontraktilitas juga akan berkurang, sehingga menurunkan kemampuan jantung sebagai suatu pompa. Saat sel miokardium mengalami nekrosis, enzim intraselular akan dilepaskan ke dalam aliran darah, yang kemudian dapat dideteksi dengan pengujian laboratorium. (M.Black, Joyce, 2014 :345)

Dalam beberapa jam IMA, area nekrotik akan meregang dalam suatu proses yang disebut ekspansi infark. Ekspansi ini didorong juga oleh aktivasi neurohormonal yang terjadi pada IMA. Peningkatan denyut jantung, dilatasi ventrikel, dan aktivasi dari system renin-angiotensin akan meningkatkan preload selama IMA untuk menjaga curah jantung. Infark transmural akan sembuh dengan menyisakan pembentukan jaringan parut di ventrikel kiri, yang disebut remodeling. Ekspansi dapat terus berlanjut hingga enam minggu setelah IMA dan disertai oleh penipisan progresif serta perluasan dari area infark dan non infark. Ekspresi gen dari sel-sel jantung yang mengalami perombakan akan berubah, yang menyebabkan perubahan structural permanen ke jantung. Jaringan yang mengalami remodelisasi tidak berfungsi dengan normal dan dapat berakibat pada gagal

jantung akut atau kronis dengan disfungsi ventrikel kiri, serta peningkatan volume serta tekanan ventrikel. Remodeling dapat berlangsung bertahun-tahun setelah IMA. (M.Black, Joyce,2014 : 345)

Lokasi IMA paling sering adalah dinding anterior ventrikel kiri di dekat apeks, yang terjadi akibat trombosis dari cabang desenden arteri coroner kiri. Lokasi umum lainnya adalah (1) dinding posterior dari ventrikel kiri di dekat dasar dan di belakang daun katup/ kuspis posterior dari katup mitral dan (2) permukaan inferior (diafragmantik) jantung. Infark pada ventrikel kiri posterior terjadi akibat oklusi arteri coroner kanan atau cabang sirkumfleksi arteri coroner kiri. Infark inferior terjadi saat arteri coroner kanan mengalami oklusi. Pada sekitar 25 % dari IMA dinding inferior, ventrikel kanan merupakan lokasi infark. Infark atrium terjadi pada kurang dari 5 %. Peta konsep menjelaskan efek selular yang terjadi selama infark miokard. (M.Black, Joyce, 2014 : 345)

Pathway



Sumber : Huda Nurarif, Kusuma, 2013 : 23)

D. Manifestasi Klinis Infark Miokard Akut (IMA)

Manifestasi klinis yang berhubungan dengan IMA berasal dari iskemia otot jantung dan penurunan fungsi serta asidosis yang terjadi. Manifestasi klinis utama dari IMA adalah nyeri dada yang serupa dengan angina pectoris tetapi lebih parah dan tidak berkurang dengan nitrogliserin. Nyeri dapat menjalar ke leher, rahang, bahu, punggung atau lengan kiri. Nyeri juga dapat ditemukan di dekat epigastrium, menyerupai nyeri pencernaan. IMA juga dapat berhubungan dengan manifestasi klinis yang jarang terjadi berikut ini. (M.Black, Joyce, 2014 : 346)

- a. Nyeri dada, perut, punggung, atau lambung yang tidak khas.
- b. Mual atau pusing.
- c. Sesak napas dan kesulitan bernapas.
- d. Kecemasan, kelemahan, atau kelelahan yang tidak dapat dijelaskan
- e. Palpitasi, kringat dingin, pucat

Wanita yang mengalami IMA sering kali datang dengan satu atau lebih manifestasi yang jarang terjadi di atas. (M.Black, Joyce, 2014 : 346)

E. Klasifikasi Infark Miokard Akut (IMA)

a. Infark Miokard Subendokardial

Infark Miokard Subendokardial terjadi akibat aliran darah subendokardial yang relatif menurun dalam waktu yang lama sebagai akibat perubahan derajat penyempitan arteri koroner atau dicetuskan oleh kondisi-kondisi seperti hipotensi, perdarahan dan hipoksia (Rendy & Margareth, 2012 : 87).

b. Infark Miokard Transmural

Pada lebih dari 90% pasien infark miokard transmural berkaitan dengan trombosis koroner. Trombosis sering terjadi di daerah yang mengalami penyempitan arteriosklerotik. Penyebab lain lebih jarang di temukan (Rendy & Margareth, 2012 : 87).

F. Komplikasi Infark Miokard Akut (IMA)

Kemungkinan kematian akibat komplikasi selalu menyertai IMA. Oleh karena itu, tujuan kolaborasi utama antara lain pencegahan komplikasi yang mengancam jiwa atau paling tidak mengenalinya. (M.Black, Joyce, 2014 : 347)

Disritmia. Disritmia merupakan penyebab dari 40 % hingga 50 % kematian setelah IMA. Ritme ektopik muncul pada atau sekitar batas dari jaringan miokardium yang iskemik dan mengalami cedera parah. Miokardium yang rusak juga dapat mengganggu system konduksi, menyebabkan disosiasi atrium dan ventrikel (blok

jantung). Supraventrikel takikardia (SVT) kadang kala terjadi sebagai akibat gagal jantung. Reperfusi spontan atau dengan farmakologis dari area yang sebelumnya iskemik juga dapat memicu terjadinya ventrikel disritmia. (M.Black, Joyce, 2014 ; 347)

Syok kardiogenik. Syok kardiogenik berperan hanya pada 9 % kematian akibat IMA, tetapi lebih dari 70 % klien syok meninggal karena sebab ini. Penyebabnya antara lain (1) penurunan kontraksi miokardium dengan penurunan curah jantung, (2) disritmia tak terdeteksi, dan (3) sepsis. (M.Black, Joyce, 2014 :347)

Gagal jantung dan edema paru. Penyebab kematian paling sering pada klien rawat inap dengan gangguan jantung adalah gagal jantung. Gagal jantung melumpuhkan 22 % klien laki-laki dan 46 % wanita yang mengalami IMA serta bertanggung jawab pada sepertiga kematian setelah IMA. (M.Black, Joyce, 2014 :347)

Emboli paru. Emboli paru (PE) dapat terjadi karena flebitis dari vena kaki panggul (trombosis vena) atau karena atrial flutter atau fibrilasi. Emboli paru terjadi pada 10 % hingga 20 % klien pada suatu waktu tertentu, saat serangan akut atau pada periode konvalensi. (M.Black, Joyce, 2014: 347)

Infark miokardum berulang. Dalam 6 tahun setelah IMA pertama, 18 % laki-laki dan 35 % wanita dapat mengalami IMA berulang. Penyebab yang mungkin adalah olahraga berlebih, embolisasi, dan oklusi trombotik lanjutan pada arteri coroner oleh atheroma. (M.Black, Joyce, 2014 : 347)

Komplikasi yang disebabkan oleh nekrosis miokardium. Komplikasi yang terjadi karena nekrosis dari miokardium antara lain aneurisme ventrikel, ruptur jantung (ruptur miokardium), defek septal ventrikel (VSD), dan otot papiler yang ruptur. Komplikasi ini jarang tetapi serius, biasanya terjadi sekitar 5 hingga 7 ahri setelah MI. Jaringan miokardium nekrotik yang lemah dan rapuh akan meningkatkan kerentanan terkena komplikasi ini. (M.Black, Joyce, 2014 : 347)

Perikarditis. Sekitar 28 % klien dengan MI akut transmural akan mengalami perikarditis dini (dalam 2 hingga 4 hari). Area yang mengalami infark akan bergesekan dengan permukaan pericardium dan menyebabkan hilangnya cairan pelumas. Gesekan friksi pericardium dapat didengar di area prekardial. Klien mengeluh bahwa nyeri dada memburuk dengan gerakan, inspirasi dalam, dan batuk. Nyeri perikarditis akan mereda dengan duduk dan condong ke depan. (M.Black, Joyce, 2014 : 348)

Sindrom dressler (perikarditis akut). Sindrom dressler, suatu bentuk perikarditis, dapat terjadi paling akhir enam minggu hingga beberapa bulan setelah IMA. Walaupun agen penyebabnya tidak diketahui, diduga terjadi karena faktor autoimun.

Klien biasanya datang dengan demam berlangsung satu minggu atau lebih, nyeri dadaperikardium, gesekan friksi pericardium, dan kadang kala pleuritis dengan efusi pleura. Ini merupakan fenomena yang akan sembuh sendiri dan tidak ada pengobatan yang telah diketahui. Terapi meliputi aspirin, prednisone, dan analgesic opioid untuk nyeri. Terapi antikoagulasi dapat memicu tamponade kordis dan harus dihindari pada klien ini. (M.Black, Joyce, 2014 : 348)

KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN

A. Pengkajian

a. Identitas

Perlu ditanyakan : nama, umur, jenis kelamin, alamat, suku, agama, nomor register, pendidikan, tanggal MRS, serta pekerjaan yang berhubungan dengan stress atau sebab dari lingkungan yang tidak menyenangkan. Identitas tersebut digunakan untuk membedakan antara pasien yang satu dengan yang lain dan untuk menentukan resiko penyakit jantung koroner yaitu laki-laki umur di atas 35 tahun dan wanita lebih dari 50 tahun (William C Shoemaker, 2011 : 143)

b. Alasan Masuk Rumah Sakit

Penderita dengan infark miokard akut mengalami nyeri dada, perut, punggung, atau lambung yang tidak khas, mual atau pusing, sesak napas dan kesulitan bernapas. (Ni Luh Gede Y, 2011 : 94)

c. Keluhan Utama

Pasien Infark Miokard Akut mengeluh nyeri pada dada substernal, yang rasanya tajam dan menekan sangat nyeri, terus menerus dan dangkal. Nyeri dapat menyebar ke belakang sternum sampai dada kiri, lengan kiri, leher, rahang, atau bahu kiri. Nyeri miokard kadang-kadang sulit dilokalisasi dan nyeri mungkin dirasakan sampai 30 menit tidak hilang dengan istirahat atau pemberian nitrogliserin (Ni Luh Gede Y, 2011 : 94)

d. Riwayat Penyakit Sekarang

Pada pasien infark miokard akut mengeluh nyeri pada bagian dada yang dirasakan lebih dari 30 menit, nyeri dapat menyebar sampai lengan kiri, rahang dan bahu yang disertai rasa mual, muntah, badan lemah dan pusing. (Ni Luh Gede Y, 2011 : 94)

e. Riwayat Penyakit Dahulu

Pada klien infark miokard akut perlu dikaji mungkin pernah mempunyai riwayat diabetes mellitus, karena diabetes mellitus terjadi hilangnya sel endotel vaskuler

berakibat berkurangnya produksi nitri oksida sehingga terjadi spasme otot polos dinding pembuluh darah.

Hipersenti yang sebagian diakibatkan dengan adanya penyempitan pada arteri renalis dan hipo perfusi ginjal dan kedua hal ini disebabkan lesi arteri oleh arteroma dan memberikan komplikasi trombo emboli (J.C.E Underwood, 2012 : 130)

f. Riwayat Penyakit Keluarga

Riwayat penyakit jantung keluarga, diabetes mellitus, peningkatan kolesterol darah, kegemukan, hipertensi, yang beresiko diturunkan secara genetik berdasarkan kebiasaan keluarganya. (Ni Luh Gede Y, 2011 : 94)

g. Riwayat Psikososial

Rasa takut, gelisah dan cemas merupakan psikologis yang sering muncul pada klien dan keluarga. Hal ini terjadi karena rasa sakit, yang dirasakan oleh klien. Perubahan psikologis tersebut juga muncul akibat kurangnya pengetahuan terhadap penyebab, proses dan penanganan penyakit infark miokard akut. Hal ini terjadi dikarenakan klien kurang kooperatif dengan perawat. (Ni Luh Gede Y, 2011 : 94)

h. Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan Umum

Pada pemeriksaan keadaan umum, kesadaran klien IMA biasanya baik atau compos mentis (CM) dan akan berubah sesuai tingkatan gangguan yang melibatkan perfusi sistem saraf pusat. (Muttaqin, 2010:78)

2. Tanda-Tanda Vital

Didapatkan tanda-tanda vital, suhu tubuh meningkat dan menurun, nadi meningkat lebih dari 20 x/menit. (Huda Nurarif, Kusuma, 2015 : 25)

3. Pemeriksaan Fisik Persistem

a. Sistem Persyarafan

Kesadaran pasien kompos mentis, pusing, berdenyut, sakit kepala, disorientasi, bingung, letargi. (Bararah dan Jauhar, 2013 : 123)

b. Sistem Penglihatan

Pada pasien infark miokard akut penglihatan terganggu dan terjadi perubahan pupil. (Bararah dan Jauhar, 2013 : 123)

c. Sistem Pernafasan

Biasanya pasien infark miokard akut mengalami penyakit paru kronis, napas pendek, batuk, perubahan kecepatan/kedalaman pernapasan, bunyi napas tambahan (krekels, ronki, mengi), mungkin menunjukkan komplikasi

pernapasan seperti pada gagal jantung kiri (edema paru) atau fenomena romboembolitik pulmonal, hemoptysis. (Bararah dan Jauhar, 2013 : 123)

d. Sistem Pendengaran

Tidak ditemukan gangguan pada sistem pendengaran (Bararah dan Jauhar, 2013 : 123)

e. Sistem Pencernaan

Pasien biasanya hilang nafsu makan, anoreksia, tidak toleran terhadap makanan, mual muntah, perubahan berat badan, perubahan kelembaban kulit. (Bararah dan Jauhar, 2013 : 123)

f. Sistem Perkemihan

Pasien biasanya oliguria, haluaran urine menurun bila curah jantung menurun berat. (Bararah dan Jauhar, 2013 : 123)

g. Sistem Kardiovaskuler

Biasanya bunyi jantung irama tidak teratur, bunyi ekstra, denyut menurun. (Bararah dan Jauhar, 2013 : 123)

h. Sistem Endokrin

Pasien infark miokard akut biasanya tidak terdapat gangguan pada sistem endokrin. (Bararah dan Jauhar, 2013 : 123)

i. Sistem Muskuluskeletal

Biasanya pada pasien infark miokard akut terjadi nyeri, pergerakan ekstremitas menurun dan tonus otot menurun. (Huda Nurarif dan Kusuma, 2015 : 25)

j. Sistem Integumen

Pada pasien infark miokard akut turgor kulit menurun, kulit pucat, sianosis. (Bararah dan Jauhar, 2013 : 123)

k. Sistem Reproduksi

Tidak ditemukan gangguan pada sistem pendengaran (Bararah dan Jauhar, 2013 : 124).

4. Pada pemeriksaan EKG

a. Fase hiperakut (beberapa jam permulaan serangan)

Elevasi yang curam dari segmen ST

Gelombang T yang tinggi dan lebar

VAT memanjang

Gelombang Q tampak

- b. Fase perkembangan penuh (1-2 hari kemudian)
 - Gelombang Q patologis
 - Elevasi segmen ST yang cembung ke atas
 - Gelombang T yang terbalik (arrowhead)
 - c. Fase resolusi (beberapa minggu / bulan kemudian)
 - Gelombang Q patologis tetap ada
 - Segmen ST mungkin sudah kembali isoelektris
 - Gelombang T mungkin sudah menjadi normal
 - Pada pemeriksaan darah (enzim jantung CK & LDH)
 - a. CKMB berupa serum creatinine kinase (CK) dan fraksi MB merupakan indikator penting dari nekrosis miokard creatinine kinase (CK) meningkat pada 6-8 jam setelah awitan infark dan memuncak antara 24 & 28 jam pertama. Pada 2-4 hari setelah awitan AMI normal
 - b. Dehidrogenase laktat (LDH) mulai tampak pada serum setelah 24 jam pertama setelah awitan dan akan selama 7-10 hari
 - c. Petanda biokimia seperti troponin I (TnI) dan troponin T (TnT) mempunyai nilai prognostik yang lebih baik dari pada CKMB. Troponin C, TnI dan TnT berkaitan dengan kontraksi dari sel miokard.
- (Huda Nurarif dan Kusuma, 2015 : 25)

5. Penatalaksanaan

Prinsip penatalaksanaannya adalah mengembalikan aliran darah koroner untuk menyelamatkan jantung dari infark miokard, membatasi luasnya infark miokard, dan mempertahankan fungsi jantung.

Pada prinsipnya, terapi pada kasus ini di tujukan untuk mengatasi nyeri angina dengan cepat, intensif dan mencegah berlanjutnya iskemia serta terjadinya infark miokard akut dan kematian mendadak. Oleh karena setiap kasus berbeda derajat keparahan atau riwayat penyakitnya, maka cara terapi yang baik adalah individualisasi dan bertahap, dimulai dengan masuk rumah sakit (ICCU) dan istirahat total (bed rest). (Huda Nurarif dan Kusuma, 2015 : 25)

B. Diagnosa Keperawatan

- a. Nyeri akut berhubungan dengan iskemia miokard akibat oklusi arteri koroner dengan hilang atau terbatasnya aliran darah ke arah miokardium dan nekrosis dari miokardium.

Definisi : pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang actual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (International Association for the study of Pain) : awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung < 6 bulan.

Batasan Karakteristik :

Perubahan selera makan, perubahan tekanan darah, perubahan frekuensi jantung, perubahan frekuensi pernapasan, laporan isyarat, diaphoresis, perilaku distraksi (mis, berjalan mondarmandir mencari orang lain dan atau aktivitas lain, aktivitas yang berulang), mengekspresikan perilaku (mis. Gelisah, merengek, menangis), masker wajah (mis. Mata kurang bercahaya, tampak kacau, gerakan mata berpencar atau tetap pada satu focus meringis), sikap melindungi area nyeri, focus menyempit (mis. gangguan persepsi nyeri, hambatan proses berfikir, penurunan interaksi dengan orang dan lingkungan), indikasi nyeri yang dapat diamati, perubahan posisi untuk menghindari nyeri, sikap tubuh melindungi, dilatasi pupil, melaporkan nyeri secara verbal, gangguan tidur.

Faktor yang Berhubungan :

Agen cedera (mis. biologis, zat kimia, fisik, psikologis)

- b. Penurunan curah jantung b.d perubahan inotropik negative pada jantung karena iskemia, cedera, atau infark pada miokardium, dibuktikan oleh perubahan tingkat kesadaran, kelemahan, puisng, hilangnya nadi perifer, suara jantung abnormal, gangguan hemodinamik, dan henti jantung paru.

Definisi : Ketidakadekuatan darah yang dipompa oleh jantung untuk memenuhi kebutuhan metabolic tubuh

Batasan Karakteristik :

Perubahan frekuensi/irama jantung : aritmia, bradikardi, takikardi, perubahan EKG, palpitasi.

Perubahan preload : penurunan tekanan vena sentral (central venous pressure, CVP), penurunan tekanan arteri paru (pulmonary artery wedge pressure, PAWP), edema, kelelahan, peningkatan CVP, peningkatan PAWP, distensi vena jugular, murmur, peningkatan berat badan

Perubahan afterload : kulit lembab, penurunan nadi perifer, penurunan resistansi vascular paru (pulmonary vascular resistance, PVR), penurunan resistansivaskular sistemik (sistemik vascular resistance, SVR), dyspnea, peningkatan PVR, peningkatan

SVR. Oliguria, pengisian kapiler memanjang, perubahan warna kulit, variasi pada pembacaan tekanan darah.

Perubahan kontraktilitas : batuk, crackle, penurunan indeks jantung, penurunan fraksi ejeksi, ortopnea, dyspnea paroksimal nocturnal, penurunan LVSWI (left ventricular stroke work index), penurunan stroke volume index (SVI), bunyi S3, Bunyi S4

Perilaku/emosi : ansietas, gelisah

Faktor yang Berhubungan :

Perubahan afterload, perubahan kontraktilitas, perubahan frekuensi jantung, perubahan preload, perubahan irama, perubahan volume sekuncup

- c. Gangguan pertukaran gas yang b.d penurunan curah jantung yang ditunjukkan oleh sianosis, pengisian kapiler yang terganggu, penurunan tekanan oksigen arteri (PaO₂), dan dyspnea.

Definisi : kelebihan atau deficit pada oksigenasi dan atau eliminasi karbon dioksida pada membrane alveolar kapiler.

Batasan Karakteristik :

pH darah arteri abnormal, pH arteri abnormal, pernapasan abnormal (mis. kecepatan, irama, kedalaman), warna kulit abnormal (msi. Pucat, kehitaman), konfusi, sianosis (pada neonatus saja), penurunan karbon dioksida, diaforesis, dyspnea, sakit kepala saat bangun, hiperkapnia, hipoksemia, hipoksia, iritabilitas, napas cuping hidung, gelisah, samnolen, takikardi, gangguan penglihatan.

Faktor yang berhubungan :

Perubahan membrane alveolar kapiler, ventilasi perfusi

- d. Ketakutan

Definisi : respon terhadap persepsi ancaman yang secara sadar dikenali sebagai sebuah bahaya.

Batasan Karakteristik :

Melaporkan isyarat/peringatan, melaporkan kegelisahan, melaporkan rasa takut, melaporkan penurunan kepercayaan diri, melaporkan ansietas, melaporkan kegembiraan, melaporkan peningkatan ketegangan, melaporkan kepanikan, melaporkan teror.

Kognitif : penurunan kemampuan belajar, penurunan kemampuan memecahkan masalah, penurunan produktivitas, mengidentifikasi objek ketakutan, stimulasi diyakini merupakan ancaman.

Perilaku : perilaku menyerang, perilaku menghindar, impulsive, peningkatan kewaspadaan, focus menyempit pada sumber-sumber ketakutan.

Fisiologis : anoreksia, diare, mulut kering, dyspnea, letih, peningkatan keringat, peningkatan denyut nadi, peningkatan frekuensi napas, peningkatan tekanan darah sistolik, kaku otot, mual, muntah, pucat, dilatasi pupil.

Faktor yang Berhubungan :

Berasal dari luar (mis. kebisingan tiba-tiba, ketinggian, nyeri, penurunan dukungan fisik), Berasal dari dalam (neurotransmitter), kendala bebas, respon belajar (mis. conditioning, mencontoh dari atau identifikasi dengan orang lain), stimulus fobik, gangguan sensorik, berpisah dari sistem pendukung dalam situasi yang berpotensi menimbulkan stress (mis. rawat inap, prosedur rumah sakit), tidak familiar dengan pengalaman lingkungan.

e. Konstipasi

Definisi : penurunan pada frekuensi normal defekasi yang disertai oleh kesulitan atau pengeluaran tidak lengkap feses atau pengeluaran feses yang kering, keras dan banyak.

Batasan Karakteristik :

Nyeri abdomen, nyeri tekan abdomen dengan teraba resistensi otot, anoreksia, penampilan tidak khas pada lansia (mis. perubahan pada status metal, inkontinensia urinarius, jatuh yang tidak penyebabnya, peningkatan suhu tubuh), borborigmi, darah merah pada feses, perubahan pada pola defekasi, penurunan frekuensi, penurunan volume feses, distensi abdomen, rasa rektal penuh, rasa tekanan rektal, kelelahan umum, feses keras dan berbentuk, sakit kepala, bising usus hiperaktif, bising usus hipoaktif, peningkatan tekanan abdomen, tidak dapat makan, mual, rembesan feses cair, nyeri pada saat defekasi, massa abdomen yang dapat diraba, adanya feses lunak seperti pasta di dalam rectum, perkusi abdomen pekak, sering flatus, mngejan pada saat defekasi, tidak dapat mengeluarkan feses, muntah.

Faktor yang Berhubungan :

Fungsional : kelemahan otot abdomen, kebiasaan mengabaikan dorongan defekasi, ketidakadekuatan toileting (mis. batasan waktu, posisi untuk defekasi, privasi), kurang aktivitas fisik, kebiasaan defekasi tidak teratur, perubahan lingkungan saat ini.

Psikologis : depresi, stress emosi, konfusi mental

Farmakologis : antasida mengandung aluminium, atikolinergik, antikonvulsan, antidepresan, agens antilipemik, garam bismuth, kassium karbonat, penyekat saluran

kalsium, diuretic, garam besi, penyalahgunaan laksatif, agen antiinflamasi non steroid, opiate, fenotiazid, sedative, simpatomimetik

Mekanis : ketidakseimbangan elektrolit, kemoroid, penyakit hirschprung, gangguan neurologis, obesitas, opstruksi pasca bedah, kehamilan, pembesaran prostat, abses rektal, fisura anak rektal, struktur anak rektal, prolaps rektal, ulkus rektal, rektokel, tumor

Fisiologis : perubahan pola makan, perubahan makanan, penurunan motilitas traktus gastrointestinal, dehidrasi, ketidakadekuatan gigi geligi, ketidakadekuatan hygiene oral, asupan serat tidak cukup, asupan cairan tidak cukup, kebiasaan makan buruk

(Huda Nurarif, Kusuma, 2013 dan Bararah, Jauhar, 2013 : 245)

C. Intervensi Keperawatan

a. Nyeri akut

Tujuan :

1. Memperlihatkan pengendalian nyeri
2. Menunjukkan tingkat nyeri

Noc

1. Tingkat Kenyamanan : Tingkat persepsi positif terhadap kemudahan fisik dan psikologis
2. Pengendalian nyeri :Tindakan individu untuk mengendalikan nyeri
3. Tingkat nyeri : Keparahan nyeri yang dapat diamati atau dilaporkan

Kriteria hasil

1. Menunjukkan nyeri
2. Menunjukkan tingkat nyeri

Intervensi NIC :

Aktivitas Keperawatan

Pengkajian

1. Gunakan laporan dari pasien sendiri sebagai pilihan pertama untuk mengumpulkan informasi pengkajian.
2. Minta pasien untuk menilai nyeri atau ketidaknyamanan pada skala 0 sampai 10 (0 = tidak ada nyeri atau ketidaknyamanan, 10 = nyeri hebat)
3. Gunakan bagan alir nyeri untuk memantau peredaan nyeri oleh analgesic dan kemungkinan efek sampingnya.
4. Kaji dampak agama, budaya, kepercayaan, dan lingkungan terhadap nyeri dan respons pasien.

5. Dalam mengkaji nyeri pasien, gunakan kata-kata yang sesuai usia dan tingkatan perkembangan pasien.

6. Manajemen Nyeri (NIC) :

Lakukan pengkajian nyeri yang komprehensif meliputi lokasi, karakteristik, awitan dan durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau keparahan nyeri, dan faktor presipitasinya.

Observasi isyarat non verbal ketidaknyamanan, khususnya pada mereka yang tidak mampu berkomunikasi efektif.

Penyuluhan untuk Pasien/Keluarga

1. Sertakan dalam instruksi pemulangan pasien obat khusus yang harus diminum, frekuensi pemberian, kemungkinan efek samping, kemungkinan interaksi obat, kewaspadaan khusus saat mengonsumsi obat tersebut (misalnya, pembatasan aktivitas, fisik, pembatasan diet), dan nama orang yang harus dihubungi bila mengalami nyeri membandel.

2. Instruksikan pasien untuk menginformasikan kepada perawat jika peredaan nyeri tidak dapat dicapai.

3. Informasikan kepada pasien tentang prosedur yang dapat meningkatkan nyeri dan tawarkan strategi koping yang disarankan.

4. Perbaiki kesalahan persepsi tentang analgesik narkotik atau opioid (misalnya risiko ketergantungan atau overdosis)

5. Manajemen Nyeri (NIC) : Berikan informasi tentang nyeri, seperti penyebab nyeri, berapa lama akan berlangsung, dan antisipasi ketidaknyamanan akibat prosedur.

6. Manajemen Nyeri (NIC) :

Ajarkan penggunaan teknik nonfarmakologis (misalnya, umpan balik biologis, transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS), hipnosis, relaksasi, imajinasi terbimbing, terapi music, distraksi, terapi bermain, terapi aktivitas, akupresur, kompres hangat atau dingin, dan masase) sebelum, setelah, dan, jika memungkinkan selama aktivitas yang menimbulkan nyeri, sebelum nyeri terjadi atau meningkat dan bersama penggunaan tindakan peredaan nyeri yang lain.

Aktivitas Kolaboratif

1. Kelola nyeri pasca bedah awal dengan pemberian opiat yang terjadwal (misalnya, setiap 4 jam selama 36 jam) atau PCA

2. Manajemen Nyeri (NIC) :

Gunakan tindakan pengendalian nyeri sebelum nyeri menjadi lebih berat

Laporkan kepada dokter jika tindakan tidak berhasil atau jika keluhan saat ini merupakan perubahan yang bermakna dari pengalaman nyeri pasien di masa lalu.

Aktivitas Lain

1. Sesuaikan frekuensi dosis sesuai indikasi melalui pengkajian nyeri dan efek samping
 2. Bantu pasien mengidentifikasi tindakan kenyamanan yang efektif di masa lalu seperti, distraksi, relaksasi, atau kompres hangat/dingin
 3. Hadir di dekat pasien untuk memenuhi kebutuhan rasa nyaman dan aktivitas lain untuk membantu relaksasi, meliputi tindakan sebagai berikut:
Lakukan perubahan posisi, masase punggung, dan relaksasi
Ganti linen tempat tidur, bila diperlukan
Berikan perawatan dengan tidak terburu-buru, dengan sikap yang mendukung
Libatkan pasien dalam pengambilan keputusan yang menyangkut aktivitas perawatan
 4. Bantu pasien untuk lebih berfokus pada aktivitas, bukan pada nyeri dan rasa tidak nyaman dengan melakukan pengalihan melalui televisi, radio, tape, dan interaksi dengan pengunjung
 5. Gunakan pendekatan yang positif untuk mengoptimalkan respons pasien terhadap analgesik (misalnya “Obat ini akan mengurangi nyeri Anda”)
 6. Eksplorasi perasaan takut ketagihan. Untuk meyakinkan pasien, tanyakan “jika tidak mengalami nyeri, apakah anda tetap membutuhkan obat ini ?”
 7. Manfaat Nyeri (NIC) :
Libatkan pasien dalam modalitas peredaan nyeri, jika memungkinkan
Kendalikan faktor lingkungan yang dapat memengaruhi respon pasien terhadap ketidaknyamanan (misalnya suhu ruangan, pencahayaan, dan kegaduhan)
Pastikan pemberian analgesia terapi atau strategi nonfarmakologis sebelum melakukan prosedur yang menimbulkan nyeri
- b. Penurunan curah jantung b.d perubahan inotropik negative pada jantung karena iskemia, cedera, atau infark pada miokardium, dibuktikan oleh perubahan tingkat kesadaran, kelemahan, pusing, hilangnya nadi perifer, suara jantung abnormal, gangguan hemodinamik, dan henti jantung paru.

Tujuan :

1. Menunjukkan curah jantung yang memuaskan, dibuktikan oleh efektivitas pompa jantung

2. Menunjukkan status sirkulasi, dibuktikan oleh indicator sebagai berikut : gangguan ekstrem berat, sedang, ringan atau tidak mengalami gangguan

Noc

1. Tingkat keparahan kehilangan darah
2. Efektivitas pompa jantung
3. Status sirkulasi
4. Perfusi jaringan : organ abdomen
5. Status tanda vital

Kriteria hasil

1. Menunjukkan curah jantung yang memuaskan, dibuktikan dengan keefektifan pompa jantung, status sirkulasi, perfusi jaringan (organ abdomen), dan perfusi jaringan (perifer)
2. Menunjukkan status sirkulasi, dibuktikan dengan indicator kegawatan.

Intervensi NIC

1. Reduksi perdarahan : membatasi kehilangan volume darah selama episode perdarahan
2. Perawatan jantung : membatasi komplikasi akibat ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen miokard pada pasien yang mengalami gejala kerusakan fungsi jantung.
3. Perawatan jantung, akut : membatasi komplikasi untuk pasien yang sedang mengalami episode ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen miokard yang mengakibatkan kerusakan fungsi jantung .
4. Promosi perfusi serebral : meningkatkan perfusi yang adekuat dan membatasi komplikasi untuk pasien yang mengalami atau beresiko mengalami ketidak adekuatan perfusi serebral.
5. Perawatan sirkulasi : insufisiensi arteri : meningkatkan sirkulasi arteri.
6. Perawatan sirkulasi : alat bantu mekanis : memberi dukungan temporer sirkulasi melalui penggunaan alat atau pompa mekanis.
7. Perawatan sirkulasi : insufisiensi vena : meningkatkan sirkulasi vena
8. Perawatan embolus : paru : membatasi komplikasi untuk pasien yang mengalami, atau beresiko mengalami sumbatan sirkulasi paru.
9. Regulasi hemodinamik : mengoptimalkan frekuensi jantung, preload afterload, dan kontraktilitas.

Aktivitas keperawatan

Pada umumnya tindakan keperawatan untuk diagnosis ini berfokus pada pemantauan tanda – tanda vital dan gejala penurunan curah jantung, pengkajian penyebab yang mendasari mis, hipovolemia, disritmia, pelaksanaan protokol atau program dokter untuk mengatasi penurunan curah jantung, dan pelaksanaan tindakan dukungan, seperti perubahan posisi dan hidrasi.

Pengkajian

1. Kaji dan dokumentasikan tekanan darah, aanya sinosis, status pernafasan, dan status mental.
2. Pantau tanda kelebihan cairan (misalnya, edema dependen, kenaikan berat badan)
3. Kaji toleransi aktivitas pasien dengan memerhatikan adanya awitan nafas pendek, nyeri, palpitasi atau limbung
4. Evaluasi respon pasien terhadap terapi oksigen
5. Kaji kerusakan kognitif
6. Regulasi hemodinamik (NIC) :
Pantau fungsi pacemaker jika perlu
Pantau denyut perifer, pengisian ulang kapiler, dan suhu serta warna ekstremitas
Pantau asupan dan haluaran, haluaran urine dan berat badan pasien jika perlu
Pantau resistensi vaskuler sistemik dan paru, jika perlu
Auskultasi suara paru terhadap bunyi crackle atau suara napas tambahan lainnya
Pantau dan dokumentasikan frekuensi jantung, irama dan nadi

Penyuluhan untuk pasien / keluarga

1. Jelaskan tujuan pemberian oksigen per nasal kanul atau sungkup
2. Instruksikan mengenai pemeliharaan keakuratan asupan dan haluaran
3. Ajarkan penggunaan, dosis, frekuensi, dan efek samping obat
4. Ajarkan untuk melaporkan dan menggambarkan awitan palpitasi dan nyeri, durasi, faktor pencetus, daerah, kualitas, dan intensitas
5. Instruksikan pasien dan keluarga dalam perencanaan untuk perawatan di rumah, meliputi pembatasan aktifitas pembatasan diet, dan penggunaan alat terapeutik
6. Berikan informasi tentang teknik penurunan stres, seperti biofeedback, relaksasi otot progresif, meditasi dan latihan fisik
7. Ajarkan kebutuhan untuk menimbang berat badan setiap hari

Aktivitas kolaboratif

1. Konsultasikan dengan dokter menyangkut parameter pemberian atau penghentian obat tekanan darah
2. Berikan dan titrasikan obat antiaritmia, inotropik, nitrogliserin, dan fasodilator untuk mempertahankan kontraktilitas, preload dan afterload sesuai dengan program medis atau protocol
3. Berikan anti koagulan untuk mencegah pembentukan trombus perifer, sesuai dengan program atau protocol
4. Tingkatkan penurunan afterload (misalnya, dengan pompa balon intra aorta) sesuai dengan program medis / protokol
5. Lakukan perujukan ke perawat ke petugas sosial, manajer kasus, atau layanan kesehatan komunitas dan layanan kesehatan di rumah
6. Lakukan perujukan ke petugas sosial untuk mengevaluasi kemampuan membayar obat yang di resepkan
7. Lakukan perujukan ke pusat rehabilitasi jantung jika di perlukan

Aktivitas lain

1. Ubah posisi klien ke posisi datar atau trendelenburg ketika tekanan darah pasien berada pada rentang lebih rendah dibandingkan dengan yang biasanya
 2. Untuk hipotensi yang tiba – tiba, berat atau lama, pasang akses intravena untuk pemberian cairan intravena atau obat untuk meningkatkan tekanan darah
 3. Hubungkan efek nilai laboratorium, oksigen, obat, aktivitas, ansietas dan / atau nyeri pada disritmia
 4. Jangan mengukur suhu dari rektum
 5. Ubah posisi pasien setiap dua jam atau pertahankan aktifitas lain yang sesuai di butuhkan atau di butuhkan untuk menurunkan stasis sirkulasi perifer
 6. Regulasi hemodinamik (NIC)
 7. Minimalkan atau hilangkan stresor lingkungan
Pasang kateter urine, jika di perlukan.
- c. Gangguan pertukaran gas yang b.d penurunan curah jantung yang ditunjukkan oleh sianosis, pengisian kapiler yang terganggu, penurunan tekanan oksigen arteri (PaO₂), dan dyspnea.

Tujuan :

1. Gangguan pertukaran gas akan berkurang

2. Status penapasan : pertukaran gas tidak akan terganggu yang dibuktikan oleh indicator gangguan
3. Status pernapasan : ventilasi tidak akan terganggu yang dibuktikan oleh indicator gangguan

Noc

1. Respons Alergi : Sistemik : keparahan respon hipersensitivitas imun sistemik terhadap antigen lingkungan tertentu
2. Keseimbangan Elektrolit dan Asam Basa : keseimbangan elektrolit dan non elektrolit dalam kompartemen intrasel dan ekstrasel tubuh
3. Respon Ventilasi Mekanis : Orang Dewasa : Pertukaran alveolar dan perfusi jaringan yang disokong oleh ventilasi mekanis
4. Status Pernapasan : Pertukaran Gas : Pertukaran CO₂ atau O₂ di alveoli untuk mempertahankan konsentrasi gas darah arteri

Kriteria hasil

1. Gangguan pertukaran gas akan berkurang yang dibuktikan dengan status pernapasan
2. Status pernapasan : pertukaran gas tidak akan terganggu dibuktikan dengan indicator gangguan.

Intervensi NIC

Manajemen Asam Basa: Meningkatkan keseimbangan asam basa dan mencegah komplikasi akibat ketidakseimbangan asam basa.

Manajemen Asam Basa : Asidosis Respiratori : Meningkatkan keseimbangan asam basa dan mencegah komplikasi akibat kadar pCO₂ serum yang lebih tinggi dari yang diharapkan

Manajemen Jalan Napas : Memfasilitasi kepatenan jalan napas

Manajemen anafilaksis : Meningkatkan keadekuatan ventilasi dan perfusi ringan untuk individu yang mengalami reaksi alergi (antigen-antibodi) berat

Manajemen Asma : Mengidentifikasi, mengatasi, dan mencegah reaksi terhadap inflamasi/konstriksi di jalan napas

Manajemen elektrolit : Meningkatkan keseimbangan elektrolit dan mencegah komplikasi akibat kadar elektrolit serum yang tidak normal atau di luar harapan

Pemantauan Tanda Vital : Mengumpulkan dan menganalisis data kardiovaskular, pernapasan, dan suhu tubuh untuk menentukan dan mencegah komplikasi

Aktivitas Keperawatan

Pengkajian

1. Kaji suara paru, frekuensi napas, kedalaman dan usaha napas dan produksi sputum sebagai indikator keefektifan penggunaan alat penunjang
2. Pantau saturasi O₂ dengan oksimeter nadi
3. Pantau hasil gas darah (misalnya kadar PaO₂ yang rendah, dan PaCO₂ yang tinggi menunjukkan perburukan pernapasan)
4. Pantau kadar elektrolit
5. Pantau status mental (misalnya tingkat kesadaran, gelisah dan konfusi)
6. Peningkatan frekuensi pemantauan pada saat pasien tampak somnolen
7. Observasi terhadap sianosis terutama membrane mukosa mulut

Penyuluhan untuk Pasien/Keluarga

1. Jelaskan penggunaan alat bantu yang diperlukan (oksigen, pengisap, spirometer)
2. Ajarkan kepada pasien teknik bernapas dan relaksasi
3. Jelaskan kepada pasien dan keluarga alasan pemberian oksigen dan tindakan lainnya

Aktivitas Kolaboratif

1. Konsultasikan dengan dokter tentang pentingnya pemeriksaan gas darah arteri (GDA) dan penggunaan alat bantu yang dianjurkan sesuai dengan adanya perubahan kondisi pasien.
2. Laporkan perubahan pada data pengkajian terkait (misalnya sensorium pasien, suara napas, pola napas, analisis gas darah, efek obat)
3. Berikan obat yang diresepkan (misalnya natrium bikarbonat) untuk mempertahankan keseimbangan asam basa
4. Persiapkan pasien untuk ventilasi mekanis, bila perlu
5. Pengaturan hemodinamik (NIC) : Berikan obat antiaritmia, jika perlu

Aktivitas Lain

1. Jelaskan kepada pasien sebelum memulai pelaksanaan prosedur untuk menurunkan ansietas dan meningkatkan rasa kendali
2. Beri penenangan kepada pasien selama periode gangguan atau kecemasan
3. Lakukan hygiene oral secara teratur
4. Lakukan tindakan untuk menurunkan konsumsi oksigen (misalnya pengendalian demam dan nyeri, mengurangi ansietas)

5. Apabila oksigen diprogramkan bagi pasien yang memiliki masalah pernapasan kronis, pantau aliran oksigen dan pernapasan secara hati-hati karena adanya risiko depresi pernapasan akibat oksigen

d. Ketakutan

Tujuan :

1. Mencari informasi untuk menurunkan ketakutan
2. Menghindari sumber ketakutan bila mungkin
3. Menggunakan teknik relaksasi untuk menurunkan ketakutan
4. Memantau penurunan durasi episode

Noc

1. Tingkat ketakutan : Keperahan manifestasi rasa takut, ketegangan, atau kegelisahan yang berasal dari sumber yang dapat dikenali
2. Tingkat Ketakutan : Anak-anak : Keperahan manifestasi rasa takut, ketegangan, atau kegelisahan yang berasal dari sumber yang dapat dikenali pada anak-anak dari usia 1 tahun sampai 17 tahun
3. Pengendalian Diri Terhadap ketakutan : Tindakan individu untuk mengurangi atau menurunkan perasaan tidak mampu akibat rasa takut ketegangan atau kegelisahan yang berasal dari sumber yang dapat dikenali

Kriteria hasil

1. Mencari informasi untuk mengurangi ketakutan
2. Menghindari sumber ketakutan bila mungkin
3. Menggunakan teknik relaksasi untuk menurunkan ketakutan
4. Mempertahankan control terhadap kehidupan

Intervensi NIC

Pengurangan Ansietas : Meminimalkan rasa cemas, nyeri, firasat atau kesulitan yang berhubungan dengan perkiraan sumber bahaya yang tidak teridentifikasi

Teknik Penenangan : Menurunkan ansietas pada pasien yang mengalami distress akut

Peningkatan Koping : Membantu pasien beradaptasi dengan persepsi stressor, perubahan atau ancaman yang mengganggu pemenuhan tuntutan hidup dan peran

Kehadiran : Bersama dengan yang lain, baik secara fisik maupun psikologis selama dibutuhkan

Peningkatan Keamanan : Meningkatkan perasaan aman fisik dan psikologis pasien

Aktivitas Keperawatan

Pengkajian

1. Kaji respon takut subjektif dan objektif pasien
2. Peningkatan koping (NIC) : Nilai pemahaman pasien terhadap proses penyakitnya
Penyuluhan untuk Pasien/Keluarga
 1. Jelaskan semua pemeriksaan dan pengobatan kepada pasien/keluarga
 2. Bantu klien membedakan antara ketakutan rasional dan yang tidak rasional
 3. Ajarkan pasien dan keluarga bagaimana menggunakan imajinasi terbimbing ketika mereka merasa ketakutan

Aktivitas Kolaboratif

1. Kaji kebutuhan untuk layanan sosial atau intervensi psikiatrik
2. Dorong diskusi antara pasien dan dokter tentang ketakutan pasien
3. Adakan konferensi perawatan multidisiplin untuk membuat rencana perawatan

Aktivitas lain

1. Sering berikan penguatan positif bila pasien mendemonstrasikan perilaku yang dapat menurunkan atau mengurangi rasa takut
2. Tetap bersama pasien selama menghadapi situasi baru atau ketika pasien merasa sangat ketakutan
3. Jauhkan sumber ketakutan pasien apabila memungkinkan
4. Sampaikan penerimaan terhadap persepsi ketakutan pasien untuk mendukung komunikasi terbuka mengenai sumber ketakutan
5. Berikan perawatan yang berkelanjutan melalui penugasan dan penggunaan rencana perawatan
6. Sering berikan penguatan verbal dan non verbal yang dapat membantu menurunkan ketakutan pasien

e. Konstipasi

Tujuan :

1. Konstipasi menurun, yang dibuktikan oleh defekasi
 - Pola eliminasi
 - Feses lunak dan berbentuk
 - Mengeluarkan feses tanpa bantuan
2. Konstipasi menurun yang dibuktikan oleh defekasi
 - Darah di dalam feses
 - Nyeri saat defekasi

Noc

1. Defekasi : pembentukan dan pengeluaran feses

2. Hidrasi : kecukupan air di dalam kompartemen intrasel dan ekstrasel tubuh
3. Pengendalian gejala : tindakan personal untuk meminimalkan persepsi perubahan negative pada fungsi fisik dan emosi

Kriteria hasil

Konstipasi tidak ada yang diindikasikan dengan gangguan eliminasi defekasi

Intervensi NIC

Manajemen Defekasi : Membentuk dan mempertahankan pola eliminasi defekasi yang teratur

Manajemen Konstipasi/Impaksi : Mencegah dan mengatasi konstipasi/impaksi

Manajemen Cairan : Meningkatkan keseimbangan cairan dan mencegah komplikasi akibat kadar cairan yang tidak normal atau tidak diinginkan

Manajemen Cairan/Elektrolit : Mengatur dan mencegah komplikasi akibat perubahan kadar cairan dan atau elektrolit

Aktivitas Keperawatan

Pada umumnya, tindakan keperawatan untuk diagnosis ini berfokus pada pengkajian untuk dan mengatasi penyebab konstipasi, dan seringkali mencakup kebiasaan eliminasi yang rutin, hidrasi, latihan fisik atau mobilitas dan diet tinggi serat.

Pengkajian

1. Dapatkan data dasar mengenai program defekasi, aktivitas, pengobatan, dan pola kebiasaan pasien
2. Kaji dan dokumentasikan
 - Warna dan konsistensi feses pertama pascaoperasi
 - Frekuensi, warna dan konsistensi feses
 - Keluarnya flatus
 - Adanya impaksi
 - Ada atau tidak ada bising usus dan distensi abdomen pada keempat kuadran abdomen
3. Manajemen Konstipasi/Impaksi (NIC)
 - Pantau tanda dan gejala rupture usus atau peritonitis
 - Identifikasi faktor (misalnya, pengobatan, tirah baring, dan diet) yang dapat menyebabkan atau berkontribusi terhadap konstipasi

Penyuluhan untuk Pasien/Keluarga

1. Informasikan kepada pasien kemungkinan konstipasi akibat obat

2. Instruksikan pasien mengenai bantuan eliminasi defekasi yang dapat meningkatkan pola defekasi yang optimal di rumah
3. Ajarkan kepada pasien tentang efek diet (misalnya cairan dan serat) pada eliminasi
4. Instruksikan pasien tentang konsekuensi penggunaan laksatif jangka panjang

Aktivitas Kolaboratif

1. Konsultasi dengan ahli gizi untuk meningkatkan serat dan cairan dalam diet
2. Minta program dari dokter untuk memberikan bantuan eliminasi, seperti diet tinggi serat, pelunak feses, enema, dan laksatif

Aktivitas Lain

1. Anjurkan pasien untuk meminta obat nyeri sebelum defekasi untuk memfasilitasi pengeluaran feses tanpa nyeri
2. Anjurkan aktivitas optimal untuk merangsang eliminasi defekasi pasien
3. Berikan privasi dan keamanan untuk pasien selama eliminasi defekasi
4. Berikan perawatan dalam sikap yang menerima, tidak menghakimi
5. Sediakan cairan sesuai dengan pilihan pasien

D. Implementasi Keperawatan

Dokumentasi intervensi merupakan catatan tentang tindakan yang diberikan perawat. Dokumentasi intervensi mencatat pelaksanaan, rencana perawatan, pemenuhan kriteria hasil dan tindakan keperawatan mandiri dan tindakan kolaboratif.

Pelaksanaan tindakan keperawatan disesuaikan dengan intervensi dari masing-masing diagnosa tersebut di atas.

Sumber : Bararah, Jauhar, 2013 : 153

E. Evaluasi Keperawatan

Hasil yang diharapkan

- a. Memperlihatkan berkurangnya kecemasan
 1. Mengidentifikasi rasa takut
 2. Mendiskusikan rasa takut dengan keluarga
 3. Menggunakan pengalaman dahulu sebagai focus perbandingan
 4. Mengekspresikan pandangan positif mengenai hasil pembedahan
 5. Mengekspresikan rasa percaya diri mengenai cara yang digunakan untuk mengurangi rasa sakit
- b. Menerima pengetahuan mengenai prosedur pembedahan dan perjalanan pascaoperasi
 1. Mengidentifikasi maksud prosedur persiapan pra operasi

2. Meninjau unit perawatan intensif bila diinginkan
3. Mengidentifikasi keterbatasan hasil setelah pembedahan
4. Mendiskusikan lingkungan pasca operasi dengan segera, misalnya pipa, mesin, dan pemeriksaan perawat
5. Memperagakan aktivitas yang seharusnya dilakukan setelah pembedahan (misalnya, menarik napas dalam, batuk efektif, latihan kaki) (Bararah, Jauhar, 2013 : 153)

DAFTAR PUSTAKA

Bararah, Jauhar. 2013. ASUHAN KEPERAWATAN Panduan Lengkap Menjadi Perawat Profesional. Jakarta : Prestasi Pustaka Publisher.

Huda Nurarif, Kusuma. 2013. Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan NANDA NIC-NOC. Jakarta : MediAction Publishing.

Wilkinson, 2010. Buku Saku Diagnosis Keperawatan. Jakarta : EGC.

M. Black. 2014. Keperawatan Medikal Bedah. Jakarta : Salemba Medika

Prabowo, Pranata. 2014. Asuhan Keperawatan Sistem Perkemihan. Yogyakarta : Nuha Medika.