

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.N DENGAN DIAGNOSA MEDIS  
*INFARK MIOKARD AKUT (IMA)* DI RUANG  
JANTUNG RSPAL Dr. RAMELAN  
SURABAYA**



Oleh :

**NEVI NUR AISYAH**  
NIM. 1820037

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA  
2021**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.N DENGAN DIAGNOSA MEDIS  
*INFARK MIOKARD AKUT (IMA)* DI RUANG  
JANTUNG RSPAL Dr. RAMELAN  
SURABAYA**

**Karya Tulis Ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat  
untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan**



**Oleh :**

**NEVI NUR AISYAH**  
**NIM. 1820037**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA  
2021**

## **SURAT PERNYATAAN**

Saya bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya.

Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 01 Juni 2021

Nevi Nur Aisyah  
1820037

## HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

Nama : NEVI NUR AISYAH  
NIM : 1820037  
Program Studi : DIII - KEPERAWATAN  
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Ny. N Dengan Diagnosa  
Medis Infark Miokard Akut (IMA) Di Ruang Jantung  
RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa karya tulis ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar :

**AHLI MADYA KEPERAWATAN (A.Md.Kep)**

Surabaya, 01 Juni 2021.

Pembimbing

Dhian Satya Rachmawati, S.Kep.,Ns.,M.Kep

NIP. 03.008

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 16 Juni 2021

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dari :

Nama : NEVI NUR AISYAH  
NIM : 1820037  
Program Studi : DIII - KEPERAWATAN  
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Ny. N Dengan Diagnosa Medis  
Infark Miokard Akut (IMA) Di Ruang Jantung RSPAL Dr.  
Ramelan Surabaya

Telah dipertahankan dihadapan dewan Sidang Karya Tulis Ilmiah Stikes Hang  
Tuah Surabaya, pada :

Hari, tanggal : Rabu, 16 Juni 2021  
Bertempat di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Dan dinyatakan **LULUS** dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk  
memperoleh gelar **AHLI MADYA KEPERAWATAN** pada Prodi D-III  
Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya

Penguji I	:	<b><u>Dini Mei Widayanti, S. Kep., Ns., M.Kep</u></b> NIP. 03.011	(.....)
Penguji II	:	<b><u>Dr. Setiadi, S. Kep., Ns., M.Kep</u></b> NIP. 03.001	(.....)
Penguji III	:	<b><u>Dhian Satya Rachmawati, S. Kep., Ns., M.Kep</u></b> NIP. 03.008	(.....)

Mengetahui,  
Stikes Hang Tuah Surabaya  
Ka Prodi D-III Keperawatan

**Dya Sustrami, S. Kep.,Ns, M.Kes**  
NIP. 03.007

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 16 Juni 2021

## MOTTO DAN PERSEMBAHAN

***Life Is Short, If You Want To Be Successful, If You Want Everything To Be  
Achieved, Work Hard, Nothing Is Instant***

Kupersembahkan karya saya yang sederhana ini kepada :

1. Allah SWT yang telah memberikan segala kelancaran dan petunjuk atas semua doa-doa saya untuk kelancaran pembuatan KTI ini.
2. Ayahku dan Ibuku tercinta yang telah membesarkan dan membimbingku serta kasih sayang yang diberikan baik secara materi maupun moral , dan terima kasih atas doa-doa yang engkau panjatkan disetiap sholat dan sujud kalian.
3. Untuk Kedua Kakaku Neni Fitri dan Neti Handayani yang selalu memberi nasehat dan perhatian kepada adikmu ini dan doa-doa yang telah dipanjatkan terima kasih atas semua perhatiannya, serta motivasi-motivasi yang diberikan selama ini.
4. Untuk pembimbing kami Bu Dhian satya terima kasih atas bimbingan serta pengarahan KTI dari awal hingga selesai.
5. Untuk Dosen-dosen Stikes Hang Tuah Surabaya terimakasih atas semua ilmu yang diberikan dan bisa bermanfaat untuk kedepannya.
6. Untuk sahabat –sahabatku “sobat ambyar” terimakasih telah menjadi pendengar dari semua keluh kesahku, terimakasih untuk perhatiannya selama ini semoga pertemanan kita tetap terjalin hingga maut memisahkan.

7. Untuk teman-temanku Hima, Vinda, Sirod, Nobita, Elsa, Fera, Ivan, Vanza, Ghora, Lulu, Neng, Satriyo dan teman-teman yang lain yang selalu mensupport agar saya semangat untuk mengerjakan KTI ini.
8. Bagi untuk teman – teman kuliah saya dan teman-teman angkatan 24, serta yang tidak bisa saya sebutkan namanya semua, saya berterimakasih karena telah memberi saya dorongan dan support untuk membangun semangat saya serta memberi motivasi dan membantu saya ketika saya mendapat kesulitan dan terimakasih untuk semua hal yang pernah kita lalui.

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmad dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan.

Karya tulis ini disusun sebagaisalah satu syarat dalam menyelesaikan program Ahli Madya Keperawatan.

Penlis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya tulis bukan hanya karena kemampuan penulis, tetapi banyak ditentukan oleh bantuan dari berbagai pihak, yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesainya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada :

1. Bapak Laksamana Pertama TNI dr. Radito Soesanto, Sp. THT-KL., Sp.KL, selaku Kepala Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, yang telah memberikan ijin dan lahan praktik untuk penyusunan karya tulis dan selama kami berada di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
2. Dr. AV. Sri Suhardiningsih, S.Kp.,M. Kes selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan pada kami untuk praktek di Rumkital Dr. Ramelan Surabaya dan menyelesaikan pendidikan di Sekolah tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
3. Ibu Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes selaku Kepala Program Studi D-III keperawatan yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Dini Mei Widayanti, S.kep., Ns., M.Kep selaku penguji I, yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan

dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

5. Dhian Satya Rachmawati, S. Kep., Ns., M.Kep, selaku penguji II dan pembimbing, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan masukan dalam penyusunan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
6. Dr. Setiadi, S.Kep., M.Kep selaku penguji III, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan masukan dalam penyusunan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
7. Bapak dan Ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan karya tulis ilmiah ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisannya.
8. Sahabat-sahabat seperjuangan tersayang dalam naungan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dorongan semangat sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan persahabatan tetap terjalin.
9. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdoa semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

Selanjutnya , penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka dari itu saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap,

semoga karya tulis ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bagi Civitas Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya,01 Juni 2020

Penulis

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL .....</b>	<b>i</b>
<b>SURAT PERNYATAAN .....</b>	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN .....</b>	<b>iii</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN .....</b>	<b>iv</b>
<b>MOTTO DAN PERSEMBAHAN .....</b>	<b>v</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>vii</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>x</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>xii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>xiv</b>
<b>DAFTAR SINGKATAN.....</b>	<b>xv</b>
<b>BAB 1 PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penelitian .....	4
1.3.1 Tujuan Umum.....	4
1.3.2 Tujuan Khusus.....	4
1.4 Manfaat.....	5
1.4.1 Akademis.....	5
1.4.2 Praktis .....	5
1.5 Metode Penelitian .....	6
1.5.1 Metode .....	6
1.5.2 Teknik Pengumpulan Data.....	6
1.5.3 Sumber Data .....	7
1.6 Sistematika penulisan.....	7
1.6.1 Bagian Awal.....	7
1.6.2 Bagian Inti.....	7
1.6.3 Bagian Akhir .....	7
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>8</b>
2.1 Konsep Dasar Penyakit IMA .....	8
2.1.1 Pengertian IMA .....	8
2.1.2 Etiologi.....	9
2.1.3 Manifestasi Klinis .....	9
2.1.4 Tanda dan Gejala .....	10
2.1.5 Patofisiologi .....	11
2.1.6 Komplikasi .....	12
2.1.7 Pemeriksaan Penunjang .....	12
2.1.8 Penatalaksanaan.....	15
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan.....	15
2.2.1 Pengkajian .....	16
2.2.2 Diagnosa Keperawatan .....	20

2.2.3 Perencanaan.....	21
2.2.4 Pelaksanaan .....	32
2.2.5 Evaluasi .....	32
2.3 Kerangka masalah .....	34
<b>BAB 3 TINJAUAN KASUS.....</b>	<b>35</b>
3.1 Pengkajian .....	35
3.1.1 Identitas .....	35
3.1.2 Keluhan Utama .....	35
3.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang.....	35
3.1.4 Riwayat Penyakit Dahulu.....	37
3.1.5 Riwayat Penyakit Keluarga.....	37
3.1.6 Genogram.....	37
3.1.7 Riwayat Alergi.....	37
3.1.8 Pemeriksaan Fisik .....	38
3.1.9 Pemeriksaan Penunjang .....	44
3.2 Analisa Data .....	48
3.3 Prioritas Masalah .....	49
3.4 Intervensi Keperawatan .....	50
3.5 Implementasi Keperawatan .....	53
<b>BAB 4 PEMBAHASAN .....</b>	<b>62</b>
4.1 Pengkajian .....	62
4.2 Diagnosa Keperawatan.....	64
4.3 Perencanaan .....	65
4.4 Pelaksanaan .....	67
4.5 Evaluasi .....	69
<b>BAB 5 PENUTUP .....</b>	<b>71</b>
5.1 Kesimpulan.....	71
5.2 Saran.....	72
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>74</b>

## DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Kemampuan Perawatan Diri .....	44
Tabel 3.2 HasilLaboratorium .....	46
Tabel 3.3 Terapi Obat Pada Ny.N .....	49
Tabel 3.4 Analisa Data.....	50
Tabel 3..5 Prioritas Masalah.....	51
Tabel 3.6 Intervensi Keperawatan .....	52
Tabel 3.7 Implementasi Keperawatan.....	55

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Masalah .....	35
Gambar 3.1 Photo Thorax Ny.N.....	47
Gambar 3.2 Foto EKG Ny.N.....	48

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Standar Operasional Prosedur Pemasangan EKG .....	77
--	----

## DAFTAR SINGKATAN

DO : Data Objektif

DS : Data Subjektif

C : Celcius

MRS : Masuk Rumah Sakit

KRS : Keluar Rumah Sakit

SMRS : Sebelum masuk rumah sakit

CRT : *Capillary Refill time*

Mg : miligram

IV : Intravena

PTM : Penyakit tidak menular

CFR : *Case Fataliti Rate*

ESC : *Society of cardiology*

AHA : *American Heart Association*

ACC : *American College of cardiology*

IMA : Infark miokard akut

BB : Berat badan

TTV : Tanda – tanda Vital

TB : Tinggi Badan

N : Nadi

TD : Tekanan darah

S : Suhu

RR : Respiratory rate

Ny : Nyonya

AV : Atrioventricular

SA : Sinoatrial

EKG : Electrocardiogram

CPK : Kreatinin Pospokinase

LDH : Laktat Dehidrogenisasi

TnT : Troponin T

GDA : Gula darah acak

MUGA : *Imulted gated acquisition scan*

DSA : Digital subtraksion angiografi

NMR : *Nuklear Magnetic Resonance*

PQRST : *Provoking incident, Quality of pain, Region, Severity, Time*

DM : Diabetes melitus

CM : Compos Mentis

GCS : *Glasgow Coma scale*

ROS : *Review of system*

ROM : *Range of motion*

ADL : *Activity daily living*

## **BAB 1**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 Latar Belakang**

Infark miokard adalah nekrosis miokard (merupakan salah satu proses kematian sel yang dipengaruhi berbagai faktor patologis) yang berkembang cepat oleh karena ketidaksinambungan antara suplai dan kebutuhan oksigen otot-otot jantung. Hal ini biasanya disebabkan oleh pembentukan trombus oleh trombotis (Sista Satyarsa et al. 2019). Infark miokard Akut (IMA) sangat mengkhawatirkan karena sering berupa serangan mendadak dan tanpa ada keluhan sebelumnya (Farissa 2012). Infark Miokard Akut (IMA) menyebabkan ancaman hidup yang berbahaya karena timbulnya nyeri dada umum, kolaps dan kematian yang mendadak. Kemungkinan kematian akibat komplikasi selalu menyertai IMA. Pada penyakit IMA terdapat keluhan nyeri dada pada pasien, yang berasal dari iskemia dan masalah keperawatan yang muncul adalah nyeri akut.

Menurut WHO sejak tahun 2008, penyakit tidak menular (PTM) 3,4 kali meningkat lebih pesat dari sebelumnya. Kasus kematian akibat penyakit tidak menular terbanyak disebabkan oleh penyakit jantung. Menurut data *American Heart Association* ada 81.100.000 kasus penyakit jantung seluruh dunia, diantaranya sebanyak 17.600.000 kasus penyakit jantung koroner dimana jantung koroner adalah manifestasi infark miokard akut. Laporan American Heart Association tahun 2010 kasus infark miokard akut tercatat terjadi 8.500.000,

terhitung sebanyak 7.200.000 (12,2%) kematian terjadi akibat penyakit ini di seluruh dunia. Infark miokard akut adalah penyebab kematian nomor dua pada negara berpenghasilan rendah, dengan angka mortalitas 2.470.000 (9,4%). Di Indonesia pada tahun 2002, penyakit Infark Miokard Akut merupakan penyebab kematian pertama, dengan angka mortalitas 220.000 (14%). Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Indonesia meneliti, bahwa pada tahun 2007, jumlah pasien penyakit jantung yang menjalani rawat inap dan rawat jalan di Rumah Sakit di Indonesia adalah 239.548 jiwa. Kasus terbanyak adalah penyakit jantung iskemik, yaitu sekitar 110.183 kasus. *Case Fatality Rate* (CFR) tertinggi terjadi pada infark miokard akut (13,49%) dan kemudian diikuti oleh gagal jantung (13,42%) dan penyakit jantung lainnya (13,37%).(Budiman, Sihombing, and Pradina 2017). Di Jawa timur, IMA merupakan salah satu dari 20 penyakit terbanyak di rumah sakit di provinsi Jawa Timur yaitu sekitar 1,45% (Dinkes Jawa Timur, 2010). Dari data yang diambil dari Rekam Medik Ruang Jantung RSPAL Dr. Ramelan Surabaya pasien yang mengalami IMA selama satu tahun pada bulan Januari 2020 – Desember 2020 sebanyak 57 pasien diruang jantung dan 5 pasien di ruang HCU jantung.

Gaya hidup masyarakat memicu terbentuknya aterosklerosis dan dapat menimbulkan peningkatan angka kejadian pada kasus infark miokard. Tersumbatnya arteri koroner pada jantung akan mengakibatkan terganggunya aliran darah yang membawa nutrisi dan oksigen menuju sel otot jantung, keadaan ini disebut dengan iskemia. Iskemia yang berkepanjangan pada akhirnya akan menyebabkan kerusakan sel dan asam laktat yang dihasilkan akan tertimbun dalam miokard dan akan menstimulasi ujung – ujung saraf sebagai pertanda

adanya kerusakan pada miokard. Rasa nyeri pada infark miokard muncul sebagai respon terjadinya iskemia pada miokard. Dampak yang dapat timbul akibat nyeri infark yang tidak tertangani adalah terjadinya penurunan kontraktilitas, penurunan curah jantung serta kekakuan ventrikel yang dapat mempengaruhi sirkulasi darah kedalam tubuh. Apabila hal tersebut tidak segera ditangani maka keadaan infark miokard akan berujung pada syok kardiogenik.(Artawan. et al. 2019)

Penyakit IMA perlu penanganan yang komprehensif agar dapat memberikan pelayanan yang tepat terhadap pasien, asuhan keperawatan yang baik dan benar dapat mempercepat proses penyembuhan yaitu melalui manajemen awal dari rencana penanganan pasien dengan infark miokard akut, dengan tujuan adanya pemulihan keseimbangan antara suplai oksigen untuk mencegah iskemia lanjut, pereda nyeri dan pencegahan serta pengobatan komplikasi. Hal pertama yang harus dilakukan adalah mempertahankan kepatenan jalan napas (airway), status pernapasan (breathing) dan status sirkulasi (circulation). Penanganan akut miokard infark dimulai dengan pemberian suplemen oksigen pada pasien yang memiliki saturasi oksigen <90% dan dilanjutkan dengan pemberian terapi farmakologi. Selain itu semua pasien dengan gejala nyeri dadakan dilakukan pengkajian serta pemeriksaan fisik terfokus dilanjutkan dengan pemeriksaan EKG 12 Lead untuk menegakkan diagnosa infark miokard, dan dengan melakukan perawatan kesehatan pengurangan nyeri dada seperti pemberian relaksasi napas dalam diharapkan dapat mencegah terjadinya komplikasi lebih buruk.(Kartika 2013). Menurut European Society of Cardiology (ESC), American Heart Association (AHA) dan American College of Cardiology (ACC) diagnosa infark miokard akut dapat juga ditegakkan melalui pemeriksaan Troponin (cTnT dan

cTnl) dan Creatinine Kinase- MB (CK-MB) dimana hasil pemeriksaan ini dapat mengidentifikasi adanya nekrosis pada miokard.(Artawan. et al. 2019)

## **1.2 Rumusan masalah**

Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan penyakit ini maka penulis akan melakukan kajian lebih lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan *Infark Miokard Akut* (IMA) dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimanakah asuhan keperawatan pada pasien Ny.N dengan diagnosis medis IMA di Ruang Jantung RSPAL Dr.Ramelan Surabaya ?”

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mahasiswa mampu menggambarkan asuhan keperawatan pada pasien Ny.N dengan diagnosa medis IMA di Ruang Jantung RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Menggambarkan pengkajian terhadap pasien Ny.N dengan diagnosa medis IMA di Ruang Jantung RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
2. Menggambarkan diagnosa keperawatan pada pasien Ny.N dengan diagnosa medis IMA di Ruang Jantung RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
3. Menggambarkan perencanaan asuhan keperawatan pada Ny.N dengan diagnosa medis IMA di Ruang Jantung RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
4. Menggambarkan pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien Ny.N dengan diagnosa medis IMA di Ruang Jantung RSPAL DR.Ramelan Surabaya.

5. Menggambarkan evaluasi pasien Ny.N dengan diagnosa medis IMA di Ruang Jantung RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
6. Menggambarkan dokumentasi asuhan keperawatan pada pasien Ny.N dengan diagnosa medis IMA di Ruang Jantung RSPAL Dr.Ramelan Surabaya.

#### **1.4 Manfaat**

Terkait dengan tujuan, maka tugas akhir ini diharapkan dapat memberi manfaat:

1.4.1 Akademis, hasil studi kasus ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis IMA

1.4.2 Secara praktis, tugas akhir ini akan bermanfaat bagi :

- a. Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit

Hasil karya tulis ilmiah ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa IMA dengan baik.

- b. Bagi peneliti

Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa IMA.

- c. Bagi profesi kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi kepeawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa IMA.

## 1.5 Metode penelitian

### 1.5.1 Metode

Metode penelitian digunakan untuk mendapatkan dan mengolah data salah satunya menggunakan metode deskriptif yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan menggunakan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

### 1.5.2 Teknik Pengumpulan Data

#### a. Wawancara

Wawancara merupakan metode pengumpulan data dengan cara mewawancarai langsung. Data diambil diperoleh melalui percakapan baik dengan Ny.N keluarga maupun tim kesehatan lain.

#### b. Observasi

Observasi merupakan cara pengumpulan data dengan melakukan pengamatan secara langsung untuk mencari perubahan atau hal-hal yang akan diteliti. Data yang diambil melalui pengamatan secara langsung terhadap keadaan, reaksi, sikap, dan perilaku Ny.N yang dapat diamati.

#### c. Pemeriksaan

Pemeriksaan ini dilakukan untuk memperoleh data obyektif dari riwayat pasien. Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium yang dapat menunjang menegakkan diagnosa dan penangananselanjutnya.

### 1.5.3 Sumber Data

#### a. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari Ny.N

#### b. Data Sekunder

Data sekunder data yang diperoleh dari keluarga / orang terdekat dengan pasien Ny.N, catatan medik perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan yang lain.

## 1.6 Sistematika Penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami studi kasus ini, secara keseluruhan dibagi menjadi tiga bagian, yaitu :

1.6.1 Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi.

1.6.2 Bagian inti, terdiri dari lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :

BAB 1 : Pendahuluan, berisi tentang latar belakang masalah, perumusan masalah, tujuan, manfaat penelitian dan sistematika penulisan studi kasus.

BAB 2 : Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis, dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa IMA, serta kerangka masalah.

BAB 3 :Tinjauan kasus berisi tentang deskripsi data hasil pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi.

BAB 4 : Pembahasan yang berisi perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan

BAB 5 : Penutup, berisi kesimpulan dari bab 1 sampai dengan bab 4 serta saran.

1.6.3 Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Dalam bab 2 ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan Infark Miokard Akut (IMA). Konsep penyakit akan diuraikan definisi, etiologi dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah – masalah yang muncul pada penyakit IMA dengan melakukan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi.

#### **2.1 Konsep Dasar Penyakit *Infark Miokard Akut* (IMA)**

##### **2.1.1 Pengertian Infark Miokard Akut (IMA)**

Infark miokardium mengacu pada proses rusaknya jaringan jantung akibat suplai darah yang tidak adekuat sehingga aliran darah koroner berkurang. Infark miokard akut adalah suatu keadaan nekrosis otot jantung akibat ketidakseimbangan antara kebutuhan dan suplai oksigen yang terjadi secara mendadak. Penyebab paling sering adalah adanya sumbatan koroner. sehingga terjadi gangguan aliran darah yang diawali dengan hipoksia miokard.

Infark miokard akut adalah penyakit jantung yang disebabkan oleh karena sumbatan arteri koroner. sumbatan akut terjadi oleh karena adanya aterosklerosis pada dinding arteri koroner, sehingga menyumbat aliran darah ke jaringan otot jantung. Aterosklerosis adalah suatu penyakit pada arteri-arteri besar dan sedang dimana lesi lemak yang disebut plak Ateromatosa timbul pada permukaan dalam dinding arteri. Sehingga mempersempit bahkan menyumbat suplai aliran darah ke arteri bagian distal. Infark Miokard Akut (AMI) adalah nekrosis miokard akibat aliran darah ke otot jantung terganggu. (Kasron 2016)

Infark miokardium mengacu pada proses rusaknya jaringan jantung akibat suplai darah yang tidak adekuat, sehingga aliran darah koroner berkurang. Infark miokardium akut dapat terjadi apabila isi trombotik yang melekat ke suatu arteri yang rusak menjadi cukup besar untuk menyumbat secara total aliran ke bagian hilir atau apabila suatu ruang jantung mengalami hipertrofi besar, sehingga kebutuhan oksigennya tidak dapat terpenuhi. (Muhamad Ardiansyah 2012)

### **2.1.2 Etiologi**

Ardiansyah (2012) menyebutkan faktor-faktor penyebab terjadinya infark miokardium :

1. Suplai oksigen ke miokardium berkurang, yang disebabkan oleh tiga faktor, yaitu faktor pembuluh darah (aterosklerosis, spasme, dan arteritis), faktor sirkulasi (hipotensi, stenosis aorta, dan insufisiensi), dan faktor darah (anemia, hiposekemia, dan polisitemia).
2. Curah jantung yang meningkat.
3. Aktivitas berlebihan.
4. Emosi
5. Makan terlalu banyak
6. Hipertiroidisme

### **2.1.3 Manifestasi Klinis**

Manifestasi klinik dari IMA ditentukan oleh lokasi dan luasnya infark. Rasa nyeri adalah keluhan utama dari pasien IMA. Rasa nyeri di sini sifatnya subternal, muncul tiba-tiba, dan terasa luar biasa sakit, seperti diperas. Rasa nyeri ini kemudian melebar ke lengan kanan dan leher. Kadang – kadang, pasien merasa tidak enak pada daerah lambung (gaster), seperti ada makanan yang tidak dicerna.

Ada juga serangan IM akut yang menyerupai serangan kolik billier (kolik empedu) disertai muntah.

Pasien yang mengalami IMA menjadi gelisah, tampak sangat cemas, takut, merasa nyawa terancam, sulit bernapas, terjadi sianosis, dan tanda-tanda shock. Selain itu, nadi berdetak cepat, lemah, dan kadang-kadang tidak teraba serta tekanan darah menjadi menurun. Pasien ini mengalami shock kardiogenik yang disebabkan oleh berkurangnya curah jantung akibat menurunnya kontraktilitas miokardium. Akan tetapi, sekitar 15-20% dari pasien dengan serangan IMA seperti ini hanya tampak pada pasien-pasien lansia dan satu-satunya keluhan mereka hanyalah sulit bernapas.

Gangguan dinding jantung pada anterior miokardium diakibatkan oleh lesi dari cabang arteria koronaria kiri (cabang anterior *descending branch*), karena ventrikel kiri mendapat suplai darah dari cabang arteria koronaria ini. Gangguan pada bagian ini akan menimbulkan gangguan hemodinamik yang berat.

Infark pada dinding inferior miokardium sering disebabkan oleh penyumbatan arteria koronaria kanan, karena arteri ini letaknya dekat dengan arteria AV dan nodus SA, sehingga timbul gangguan konduksi impuls dan aritmia. (Muhamad Ardiansyah 2012)

#### **2.1.4 Tanda dan gejala**

Menurut (Saputra 2014) tanda dan gejala klinis infark miokardium yang utama :

1. Nyeri substernal yang meremukkan, terasa panas, seperti tertekan benda berat, atau seperti diremas:
  - a. Dapat menjalar ke rahang, punggung, lengan, leher, telinga atau bahu.

- b. Berlangsung lebih lama dibandingkan dengan nyeri angina, biasanya lebih dari 30 menit.
  - c. Tidak dapat diredakan dengan istirahat atau nitrogliserin
  - d. Mungkin tidak bergejala (infark miokardium asimtomatik atau infark miokardium “silent”)
2. Gejala pada epigastrium , misalnya rasa mual dan kembung, serta muntah.
  3. Adanya gejala prodromal, misalnya letih, rasa tidak enak pada dada atau malaise.
  4. Sesak napas dan batuk.
  5. Keringat yang berlebihan
  6. Gelisah

### **2.1.5 Patofisiologi**

Menurut (Asikin et,al 2016) Aterosklerosis merupakan salah satu penyebab terjadinya infark miokard yang mempengaruhi lapisan intima dinding arteri dan ditandai dengan adanya deposit lipoprotein pada area tersebut. Penumpukan deposit lipoprotein tersebut mengakibatkan terbentuknya trombus yang membuat lumen menyempit, sehingga terjadi gangguan suplai darah dalam jangka panjang.

Gangguan suplai darah melalui arteri koroner akibat penyempitan atau penyumbatan dapat mengakibatkan kekuatan kontraksi otot jantung menuurn/gagal. Hal ini disebabkan kurangnya pasokan oksigen yang dibutuhkan dan pada akhirnya akan terjadi iskemia pada sel otot jantung. Selain itu, juga akan terjadi iskemia miokard yang berkembang menjadi nekrosis dan kematian miosit. Jika trombus pecah sebelum terjadinya nekrosis total jaringan distal, maka infark hanya terjadi pada miokardium. Namun, jika thrombus menyumbat secara

permanen pada pembuluh darah, maka infark akan meluas melalui miokardium hingga dari endokardium ke epikardium dan menyebabkan gangguan jantung berat.

### **2.1.6 Komplikasi**

Komplikasi infark miokard akut antara lain (Kasron 2016) :

1. Aritmia
2. Bradikardia Sinus
3. Irama Nodal
4. Asistolik
5. Takikardia Sinus
6. Kontraksi atrium prematur
7. Ruptur miokardial
8. Bekuan darah.

### **2.1.7 Pemeriksaan Penunjang**

Pemeriksaan penunjang pasien dengan infark miokard akut sebagai berikut (Kasron 2016)

1. EKG (Electrocardiogram)

Pada EKG 12 lead, jaringan iskemik tetapi masih berfungsi akan menghasilkan perubahan gelombang T, menyebabkan inervasi saat aliran listrik diarahkan menjauh dari jaringan iskemik, lebih serius lagi jaringan iskemik akan mengubah segmen ST menyebabkan depresi ST. Pada infarkmiokard yang mati tidak mengkonduksi listrik dan gagal untuk repolisasi secara normal, mengakibatkan elevasi segmen ST. Saat nekrosis terbentuk dengan penyembuhan cincin iskemik disekitar area nekrotik, gelombang Q terbentuk. Area nekrotik adalah jaringan parut yang tidak aktif secara elektrik, tetapi zona nekrotik akan

menggambarkan perubahan gelombang T saat iskemik terjadi lagi.pada awal infark miokard, elevasi ST disertai dengan gelombang T tinggi. Selama berjam-jam atau sehari-hari berikutnya, gelombang T membalik. Sesuai dengan umur infark miokard, gelombang Q menetap dan segmen ST kembali normal.

## 2. Test laboratorium

Selama serangan sel-sel otot jantung mati dan pecah sehingga protein-protein tertentu keluar masuk aliran darah.

- a. Kreatinin Pospokinase (CPK) termasuk dalam hal ini CPK – MB terdeteksi setelah 6-8 jam, mencapai puncak setelah 24 jam dan kembali menjadi normal setelah 24 jam berikutnya.
- b. LDH (laktat dehidrogenisasi) terjadi pada tahap lanjut infark miokard yaitu setelah 24 jam kemudian mencapai puncak dalam 3-6 hari. Masih dapat dideteksi sampai dengan 2 minggu. Isoenzim LDH lebih spesifik dibandingkan CPK-MB akan tetapi penggunaan klinisnya masih kalah akurat dengan nilai troponin, terutama troponin T. Seperti yang kita ketahui bahwa ternyata isoenzim CPK-MB maupun LDH selain ditemukan pada otot jantung juga bisa ditemukan pada otot skletal.
- c. Troponin T & I merupakan protein tanda paling spesifik cedera otot jantung, terutama troponin T (TnT). Tn T sesudah terdeteksi 3-4 jam paska kerusakan miokard dan masih tetap tinggi dalam serum selama 1-3 minggu pengukuran serial enzim jantung diukur setiap selama tiga hari pertama , peningkatan bermakna jika nilainya 2 kali batas tertinggi nilai normal.
- d. Ketidakseimbangan elektrolit dapat mempengaruhi konduksi dan kontraktilitas , misal hipokalemi, hiperkalemi.

- e. Leukosit (10.000-20.000) biasanya tampak pada hari ke 2 setelah infark miokard akut berhubungan dengan proses inflamasi.
  - f. Kolesterol atau trigliserida serum meningkat, menunjukkan aterosklerosis sebagai penyebab infark miokard akut.
  - g. Kecepatan sedimentasi meningkat pada ke-2 dan ke-3 setelah infark miokard akut, menunjukkan inflamasi.
  - h. GDA dapat menunjukkan hypoksia atau proses penyakit paru akut atau kronis
3. Test radiologis
- a. *Coronary Angiography* merupakan pemeriksaan khusus dengan sinar X pada jantung dan pembuluh darah.
  - b. Foto dada, mungkin normal atau menunjukkan pembesaran jantung diduga GJK atau aneurysinfark miokard akut ventrikuler.
  - c. Pencitraan darah jantung (MUGA : *Multi gated acquisition scan*), mengevaluasi penampilan ventrikel khusus dan umum, gerakan dinding regional dan fraksi ejeksi (aliran darah).
  - d. Digital Subtraksi Angiografi (DSA), teknik yang digunakan untuk menggambarkan pembuluh darah yang mengarah ke atau dari jantung,
  - e. Nuklear Magnetic Resonance (NMR), memungkinkan visualisasi aliran darah, serambi jantung atau katup ventrikel, lesi vaskuler, pembentuk plak, area nekrosis atau infark dan bekuan darah.
  - f. Angiografi, teknik pencitraan yang digunakan untuk melihat lumen atau bagian dalam organ dan pembuluh darah. Prosedur ini juga dikenal sebagai arteriografi. Tindakan pencitraan medis ini sering digunakan untuk memeriksa

kondisi jantung, pembuluh arteri, dan vena. Dulu, angiografi dilakukan dengan menyuntikkan zat kontras ke dalam pembuluh darah.

### **2.1.8 Penatalaksanaan**

Menurut (Ardiansyah, 2012) tujuan penatalaksanaan adalah untuk menurunkan kebutuhan oksigen jantung dan meningkatkan suplai oksigen. Perawat perlu mengetahui penatalaksanaan medis yang umum dilakukan pada fase serangan akut, sehingga dapat memberikan implikasi keperawatan pada pasien dengan IMA. Berikut penatalaksanaan medis pada fase serangan akut adalah sebagai berikut.

1. Penanganan nyeri dengan terapi farmakologi.
2. Membatasi ukuran infark miokardium secara selektif, yang dilakukan dengan meningkatkan suplai darah dan oksigen ke jaringan miokardium. Hal ini juga berguna untuk memelihara, mempertahankan, atau memulihkan sirkulasi.
3. Pemberian terapi oksigen segera dimulai saat awitan (awal terjadinya) nyeri. Oksigen yang dihirup akan langsung meningkatkan saturasi darah. Terapi oksigen dilanjutkan hingga pasien mampu bernapas dengan mudah.
4. Pembatasan aktivitas fisik dengan cara istirahat. Pengurangan atau pemberhentian aktivitas fisik, pada umumnya akan mempercepat penghentian nyeri.

## **2.2 Konsep Asuhan Keperawatan**

Proses keperawatan adalah suatu sistem dalam merencanakan pelayanan asuhan keperawatan yang mempunyai lima tahapan. Tahapan yaitu pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Proses pemecahan masalah yang sistemik dalam memberikan pelayanan keperawatan serta dapat menghasilkan rencana

keperawatan yang menerangkan kebutuhan setiap pasien seperti yang tersebut diatas yaitu melalui empat tahapan keperawatan.

### **2.2.1 Pengkajian**

Pengkajian pada pasien dengan infark miokard akut merupakan salah satu aspek penting dalam proses keperawatan. Hal ini penting untuk merencanakan tindakan selanjutnya. Perawat mengumpulkan data dasar informasi status terkini pasien mengenai pengkajian sistem kardiovaskular sebagai prioritas pengkajian. Pengkajian sistematis pasien mencakup riwayat yang berhubungan dengan gambaran gejala berupa nyeri dada, sulit bernapas (dispneu), palpitasi, pingsan (sinkope), dan keringat dingin (diafrosis). Masing –masing gejala harus dievaluasi waktu dan durasinya serta faktor yang mencetuskan dan yang meringankan.(Muttaqin 2012)

#### **1. Pengumpulan data**

##### **a. Identitas**

Pada tahap ini merupakan kegiatan dalam menghimpun informasi (data-data) dari pasien yang meliputi unsur bio-psiko- spiritual yang komprehensif secara lengkap dan relevan untuk mengenal pasien agar dapat memberi arah kepada tindakan keperawatan.(Muttaqin 2012). Pada usia lebih dari 40 tahun, angka kejadian meningkat pada pria sedangkan pada wanita akan meningkat setelah monopouse.(Ardiansyah, 2012)

##### **b. Keluhan utama**

Keluhan pertama biasanya nyeri dada, perasaan sulit bernafas, dan pingsan.

c. Riwayat penyakit sekarang

Pengkajian RPS yang mendukung keluhan utama dengan melakukan serangkaian pertanyaan tentang nyeri dada pasien secara PQRST adalah sebagai berikut (Muttaqin 2012)

1) *Provoking incident*

Nyeri setelah beraktivitas dan tidak berkurang dengan istirahat dan setelah diberikan nitrogliserin.

2) *Quality of pain*

- a) Seperti apa rasa nyeri yang dirasakan atau digambarkan pasien
- b) Sifat keluhan nyeri seperti tertekan

3) *Region : radiation relief*

Lokasi nyeri di daerah substernal atau nyeri di atas perikardium. Penyebaran nyeri dapat meluas hingga area dada. Dapat terjadi nyeri dan ketidakmampuan menggerakkan bahu dan tangan.

4) *Severity (scale)of pain*

pasien ditanya dengan menggunakan rentang 0-10 (*visual analogue scale - VAS*) dan pasien akan menilai seberapa berat nyeri yang dirasakan. Nyeri ringan dengan skala 1-3, nyeri sedang dengan skala 4-6, nyeri berat dengan skala 7-10

5) *Time*

Sifat timbulnya (onset). Biasanya gejala nyeri yang timbul mendadak. Lama timbulnya (durasi) nyeri dada umumnya dikeluhkan lebih dari 15 menit. Nyeri oleh infark miokardium dapat timbul pada waktu istirahat, biasanya

lebih parah dan berlangsung lebih lama. Gejala-gejala yang menyertai infark miokardium meliputi dispneu, berkeringat, ansietas dan pingsan.

d. Riwayat penyakit dahulu

Pengkajian riwayat penyakit dahulu yang mendukung dengan mengkaji apakah sebelumnya pasien pernah menderita nyeri dada, darah tinggi, DM, dan hiperlipidemia. Tanyakan mengenai obat-obat yang biasa diminum oleh pasien pada masa lalu yang masih relevan. Obat-obat ini meliputi obat antiangina nitrat dan penghambat serta obat-obat anti hipertensi. Catat adanya efek samping yang terjadi dimasa lalu. Tanyakan juga mengenai alergi obat dan reaksi alergi apa yang timbul. Sering kali pasien tidak bisa memberikan antara reaksi alergi dengan efek samping obat (Muttaqin 2012).

e. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

Pada pemeriksaan keadaan umum, kesadaran pasien infark miokard akut biasanya baik atau compos mentis (CM) dan akan berubah sesuai tingkat gangguan yang melibatkan perfusi sistem saraf pusat (Muttaqin 2012).

2) B1 (breathing)

pasien terlihat sesak, frekuensi napas melebihi normal dan keluhan nafas seperti tercekik. Biasanya juga terdapat dispnea kardia. Sesak nafas terjadi akibat pengerahan tenaga dan disebabkan oleh kenaikan tekanan akhir diastolik ventrikel kiri yang meningkatkan tekanan vena pulmonalis. Hal ini terjadi karena terdapat kegagalan peningkatan curah darah ventrikel kiri pada saat melakukan kegiatan fisik. Dispneu kardia dapat timbul pada waktu beristirahat bila keadaanya sudah parah (Muttaqin 2012).

### 3) B2 (blood)

Inspeksi : adanya jaringan parut pada dada pasien. Keluhan lokasi nyeri biasanya di daerah substernal atau nyeri di atas pericardium. Penyebaran nyeri dapat meluas di dada. Palpasi : denyut nadi perifer melemah. *Thrill* pada infark miokard akut tanpa komplikasi biasanya tidak ditemukan. Auskultasi : tekanan darah biasanya menurun akibat penurunan volume sekuncup yang disebabkan infark miokard akut. Bunyi jantung tambahan akibat kelainan katup biasanya tidak ditemukan pada infark miokard akut tanpa komplikasi. Perkusi : tidak ada pergeseran batas jantung (Muttaqin 2012).

### 4) B3 (brain)

Kesadaran umum pasien biasanya *compos mentis*. Tidak didapatkan sianosis perifer. Pengkajian objektif pasien berupa adanya wajah meringis, perubahan postur tubuh, menangis, merintih, meregang, dan menggeliat (Muttaqin 2012).

### 5) B4 (bladder)

Pengukuran volume keluaran urine berhubungan dengan asupan cairan pasien, oleh karena itu, perawat perlu memantau adanya oliguria pada pasien infark miokard akut karena merupakan tanda awal dari syok kardiogenik (Muttaqin 2012).

### 6) B5 (bowl)

Kaji pola makan pasien apakah sebelumnya terdapat peningkatan konsumsi garam dan lemak. Adanya nyeri akan memberikan respon mual dan muntah. Palpasi abdomen didapatkan nyeri tekan pada keempat kuadran.

Penurunan peristaltic usus merupakan tanda kardia pada infark miokard akut (Muttaqin 2012)

#### 7) B6 (bone)

Hasil yang biasanya terdapat pada pemeriksaan B6 adalah aktivitas pasien biasanya mengalami perubahan, pasien sering merasa kelemahan, kelelahan, tidak dapat tidur, pola hidup menetap, jadwal olahraga tak teratur, takikardi, dispnea pada saat istirahat/ aktivitas, dan kesulitan melakukan tugas perawatan diri (Muttaqin 2012).

### **2.2.2 Diagnosa Keperawatan**

Menurut (Asikin et al, 2016) diagnosa yang muncul pada pasien dengan IMA adalah sebagai berikut :

1. Nyeri akut berhubungan dengan hipoksia miokard (oklusi arteri koroner).
2. Resiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan laju, irama, dan konduksi elektrik, penurunan preload dan peningkatan resistensi vaskular sistemik , infark atau diskinetik otot jantung.
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen akibat adanya iskemia dan jaingan nekrotik miokard.
4. Ansietas berhubungan dengan perubahan kesehatan dan status sosio-ekonomi, ancaman kehilangan atau kematian serta konflik mengenai nilai nilai, keyakinan dan tujuan hidup.
5. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penyakit, kesalahpahaman terhadap kondisi medis atau terapi yang dibutuhkan, ketidaktahuan tentang sumber informasi, serta kurangnya kemampuan mengingat (recall).

### 2.2.3 Perencanaan

1. Diagnosa 1 : Nyeri akut berhubungan dengan hipoksia miokard (oklusi arteri koroner).

Tujuan : setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri menurun.

Kriteria hasil :

pasien melaporkan/menunjukkan adanya penurunan nyeri dalam 8 jam dan dapat melakukan teknik relaksasi untuk mengontrol nyeri.

Intervensi :

- a. Pantau dan dokumentasikan karakteristik nyeri respons verbal dan nonverbal terhadap nyeri (misalnya menangis, merintih, gelisah, diafrisis, mencengkeram dada, napas cepat), serta respons hemodinamik (perubahan tekanan darah dan denyut jantung).

Rasional : sebagian besar pasien dengan infark miokard akut tampak sakit, terganggu dan terfokus pada nyeri. Riwayat verbal dan pengkajian lebih dalam dari faktor pencetus harus diunda sampai nyeri berkurang. Pernapasan dapat meningkat sebagai akibat dari nyeri dan ansietas yang terkait, serta pelepasan katekolamin stress meningkat denyut jantung dan tekanan darah.

- b. Kaji keluhan nyeri dada, termasuk karakteristik, onset / durasi, frekuensi, kualitas, intensitas/ keparahan nyeri (skala 1-10), dan faktor pencetus nyeri.

Rasional : nyeri merupakan pengalaman subjektif dan harus dijelaskan oleh pasien. Membantu dalam menentukan efektivitas terapi, resolusi atau perkembangan masalah.

- c. Instruksikan pasien melaporkan nyeri dengan segera

Rasional : keterlambatan dalam melaporkan nyeri menyebabkan tindakan untuk menghilangkan nyeri juga terlambat dan kemungkinan akan membutuhkan dosis obat yang lebih tinggi, selain itu rasa sakit yang parah akan menyebabkan syok dengan merangsang sistem saraf simpatis sehingga menciptakan gangguan lebih lanjut.

- d. Ciptakan lingkungan yang tenang, aktivitas perlahan dan tindakan yang nyaman, misalnya menggosok punggung dengan lembut.

Lakukan pendekatan pada pasien dengan tenang dan percaya diri.

Rasional : menurunkan stimulasi eksternal di mana ansietas dan ketegangan jantung, serta keterbatasan kemampuan coping dan keputusan terhadap situasi saat ini akan meningkatkan perilaku positif untuk melakukan intervensi selanjutnya dalam rangka menurunkan persepsi/ respon nyeri.

- e. Bantu atau instruksikan teknik relaksasi, misalnya napas dalam secara perlahan dan distraksi.

Rasional : membantu dalam menurunkan persepsi atau respon terhadap nyeri.

f. Cek tanda-tanda vital sebelum dan sesudah memberi opioid.

Rasional : hipotensi dan depresi respiratori dapat terjadi akibat pemberian opioid. Masalah ini dapat meningkatkan kerusakan miokard dengan adanya insufisiensi ventrikel.

g. Kolaborasikan dengan tenaga kesehatan lainnya dalam pemberian :

1) Oksigen tambahan

2) Anti-angina, misalnya nitrogliserin (Nitro-bid dan Nitrostat)

3) Analgesik, misalnya morfin sulfat.

Rasional :

1) Oksigen tambahan digunakan untuk meningkatkan jumlah oksigen yang dibutuhkan, sehingga dapat meredakan nyeri yang berhubungan dengan iskemia jaringan

2) Nitrat berguna untuk mengontrol nyeri dengan memberikan efek vasodilatasi koroner yang meningkatkan aliran darah dan perfusi miokardial.

3) Meskipun morfin IV merupakan pilihan sejumlah opioid lain yang diinjeksi dapat digunakan pada fase akut, atau nyeri dada berulang yang tidak hilang dengan nitrogliserin.

2. Diagnosa 2 : Resiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan laju, irama, dan konduksi elektrik, penurunan preload dan peningkat resistensi vaskular sistemik, infark atau diskinetik otot jantung.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan curah jantung meningkat

Kriteria hasil :

pasien mempertahankan stabilitas hemodinamik, misalnya tekanan darah dan curah jantung normal, keluaran urine adekuat, penurunan frekuensi atau tidak adanya disritmia.

Intervensi :

- a. Lakukan pengukuran tekanan darah. Bandingkan hasil pada setiap lengan, saat duduk, terbaring, dan berdiri.

Rasional : hipotensi dapat terjadi akibat disfungsi ventrikular, hipoperfusi miokardium, dan stimulasi vagal. Namun hipertensi juga dapat terjadi akibat nyeri, ansietas pelepasan katekolamin, dan memiliki masalah pembuluh darah sebelumnya.

- b. Auskultasi bunyi jantung. Catat adanya gallop S<sub>3</sub> dan S<sub>4</sub>, murmur, serta rub.

Rasional : S<sub>3</sub> biasanya berhubungan dengan gagal jantung, namun adanya insufisiensi mitral dan overload ventrikel kiri yang dapat menyertai infark parah juga dicatat.

S<sub>4</sub> mungkin berhubungan dengan iskemia miokard, kekakuan ventrikel, dan hipertensi pulmonal atau siskemik.

Murmur mengindikasikan adanya gangguan aliran darah pada jantung, misalnya gangguan pada katup, defek septum, atau getaran otot papilaris dan korda tendinea

Rub mengindikasikan adanya infark yang disebabkan oleh peradangan, misalnya efusi perikardial dan perikarditis

c. Auskultasi suara napas

Rasional : krakels menandakan adanya kongesti pulmonal, yang mungkin berkembang karena penurunan fungsi miokard.

d. Pantau denyut dan ritme jantung. Dokumentasikan disritmia melalui telemetri.

Rasional : denyut dan ritme jantung berespon terhadap medikasi, aktivitas, dan perkembangan komplikasi. Disritmia, terutama kontraksi ventrikuler yang prematur atau progresif heart blocks, dapat meningkatkan kerusakan iskemik.

e. Berikan makana yang kecil dan mudah dicerna. Batasi asupan kafein misalnya kopi, cokelat, dan cola.

Rasional : makanan besar dapat meningkatkan beban kerja miokard dan menyebabkan stimulasi vagal, yang mengakibatkan bradikardia atau denyut ektopik, kafein merupakan stimulan langsung pada jantung yang dapat meningkatkan denyut jantung.

f. Kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain dalam pemberian obat-obatan sesuai indikasi, misalnya obat antidisritmia.

Rasional : disritmia biasanya diobati sesuai dengan gejalanya, terapi ACE inhibitor sebagai pengobatan awal, khususnya pada infark miokard anterior yang besar, aneurisma ventrikel atau gagal jantung, dapat meningkatkan kelangsungan hidup dan mungkin memperlambat perburukan gagal jantung.

3. Diagnosa 3 : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen akibat adanya iskemia dan jaringan nekrotik miokard.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat

Kriteria hasil :

pasien menunjukkan peningkatan secara progresif dalam toleransi aktivitas yang ditandai dengan denyut dan jantung normal, tekanan darah normal sesuai keadaan pasien, dan kulit teraba hangat, kemerahan, dan kering. pasien melaporkan tidak ada keluhan angina saat beraktivitas.

Intervensi :

- a. Catat denyut dan ritme jantung, serta perubahan tekanan darah sebelum, selama, dan setelah aktivitas sesuai indikasi. Nyeri dada dan sesak napas mungkin terjadi.

Rasional : menentukan respon pasien terhadap aktivitas dan dapat mengidentifikasi kekurangan oksigen pada miokard , sehingga harus mengurangi tingkat aktivitas, bedrest, perubahan regimen pengobatan, atau penggunaan oksigen.

- b. Motivasi pasien untuk melakukan tirah baring. Batasi aktivitas yang menyebabkan nyeri dada atau respon jantung yang buruk. Berikan aktivitas pengalihan yang bersifat nonstres.

Rasional : mengurangi beban kerja miokard dan konsumsi oksigen, serta mengurangi risiko komplikasi misalnya keparahan infark miokard.

- c. Instruksikan pasien untuk menghindari peningkatan tekanan abdominal, misalnya mengejan saat buang air besar.

Rasional : kegiatan yang memerlukan untuk menahan napas dan mengejan, misalnya manuver valsava, dapat mengakibatkan bradikardia sehingga terjadi penurunan curah jantung dan selanjutnya mengalami takardia dengan peningkatan tekanan darah.

- d. Jelaskan pola peningkatan tingkat aktivitas, misalnya bangun untuk pergi ke toilet atau duduk di kursi, ambulasi progresif, dan beristirahat setelah makan.

Rasional : kegiatan progresif memberikan beban yang terkontrol pada jantung serta meningkatkan kekuatan dan mencegah kelelahan.

- e. Evaluasi tanda dan gejala yang mencerminkan intoleransi terhadap tingkat aktivitas yang ada atau memberitahukan pada perawat atau dokter.

Rasional : palpitasi, denyut tidak teratur peningkatan nyeri dada atau dispneu mungkin menunjukkan kebutuhan untuk perubahan latihan atau obat.

- f. Kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain dalam merujuk ke program rehabilitasi jantung

Rasional : program rehabilitasi jantung memberikan dukungan dan pengawasan tambahan serta mendorong partisipasi dalam proses pemulihan.

4. Diagnosa 4 : Ansietas berhubungan dengan perubahan kesehatan dan status sosio-ekonomi, ancaman kehilangan atau kematian serta konflik mengenai nilai nilai, keyakinan dan tujuan hidup.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat ansietas menurun.

Kriteria hasil :

Pasien dapat mengenali dan mengungkapkan perasaannya, mengidentifikasi faktor penyebab dan faktor yang berkontribusi, serta menunjukkan adanya pengurangan ansietas secara verbal.

Intervensi :

- a. Identifikasikan dan pahami persepsi pasien tentang ancaman atau situasi saat ini. Dorong pasien untuk mengekspresikan perasaannya dan hindari menyangkal perasaan marah, berduka, sedih, dan takut yang dirasakan pasien.

Rasional : koping terhadap rasa nyeri dan trauma emosional dari infark miokard sangat sulit. pasien mungkin merasa takut mati atau merasa cemas terhadap kondisi lingkungan sekitar

- b. Observasi adanya tanda verbal dan nonverbal ansietas, serta temani pasien saat ansietas. Cegah pasien jika menunjukkan perilaku destruktif.

Rasional : pasien mungkin tidak mengungkapkan kekhawatiran secara langsung, tetapi kata-kata atau tindakan dapat menyampaikan rasa agitasi, agresi, dan kebencian. Intervensi dari perawat dapat membantu pasien dalam mengontrol kembali perilakunya.

- c. Orientasikan pasien dan keluarganya tentang prosedur rutin, serta aktivitas yang diperkirakan. Dorong pasien untuk berpartisipasi jika memungkinkan

Rasional : prediktabilitas dan informasi dapat mengurangi ansietas pasien.

- d. Jawab semua pertanyaan secara faktual. Berikan informasi yang konsisten, ulangi jika dibutuhkan.

Rasional : informasi yang akurat mengenai kondisi yang dialami dapat mengurangi rasa takut, memperkuat hubungan perawat dan pasien, serta membantu pasien dan keluarga dalam menghadapi kondisi yang dialami.

- e. Berikan privasi pada pasien dan keluarga

Rasional : privasi memberikan waktu yang diperlukan untuk mengekspresikan perasaan pribadi pasien.

- f. Berikan waktu istirahat dan tidur tanpa terganggu, serta lingkungan yang tenang dengan mengontrol pengunjung dan jumlah rangsangan eksternal.

Rasional : menyimpan energi dan meningkatkan coping adaptif.

- g. Kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain dalam pemberian obat anti-ansietas atau hipnotik sesuai indikasi, misalnya alprazolam (Xanax) dan lorazepam (ativan)

Rasional : mendorong relaksasi dan istirahat, serta mengurangi ansietas.

5. Diagnosa 5 : Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penyakit, kesalahpahaman terhadap kondisi medis atau terapi yang dibutuhkan, ketidaktahuan tentang sumber informasi, serta kurangnya kemampuan mengingat (recall).

Tujuan : setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mengetahui tentang penyakit Infark miokard

Kriteria hasil :

- a. Pasien menyatakan pemahaman tentang penyakit jantung, rencana pengobatan, komplikasi, faktor resiko, tujuan pengobatan, dan efek samping.
- b. Pasien dapat menyebutkan gejala yang memerlukan perhatian segera.
- c. Pasien mampu mengidentifikasi/merencanakan perubahan pola hidup.

Intervensi :

- a. Kaji tingkat pengetahuan, kemampuan atau keinginan belajar pada pasien dan keluarga

Rasional : hal ini diperlukan untuk pembuatan rencana instruksi individu. Memperkuat harapan pasien bahwa ini akan menjadi pengalaman belajar. Memperbaiki kesalahpahaman dan mengklarifikasi informasi yang ada.

- b. Perkuat penjelasan tentang faktor resiko, pola makan dan pembatasan aktivitas, obat, serta gejala yang membutuhkan pertolongan medis segera

Rasional : memberikan kesempatan pada pasien untuk menyimpan informasi, mengambil kendali, dan berpartisipasi dalam program rehabilitasi.

- c. Jelaskan alasan dari regimen pola makan, diet rendah sodium, lemak jenuh, dan kolesterol.

Rasional : peningkatan lemak jenuh, kolesterol, kalori, dan sodium dapat meningkatkan tekanan darah serta resiko penyakit jantung. Peningkatan kolesterol akan membentuk plak dalam arteri.

- d. Identifikasikan dan motivasi pasien untuk mengurangi faktor resiko, misalnya merokok, konsumsi alkohol, dan obesitas.

Rasional : perilaku dan bahan kimia tersebut memiliki efek buruk secara langsung pada fungsi kardiovaskuler dan dapat menghambat pemulihan dan meningkatkan resiko komplikasi.

- e. Instruksikan pasien untuk berkonsultasi dengan dokter sebelum mengambil resep obat lain.

Rasional : sebagian besar obat dapat mengandung stimulan saraf simpatis dan dapat meningkatkan tekanan darah atau melawan pengobatan yang sedang dijalankan.

- f. Tekankan pentingnya menghubungi petugas kesehatan jika mengalami nyeri dada perubahan pola angina, atau gejala lainnya yang kambuh.

Rasional : evaluasi dan intervensi secara berkala dapat mencegah komplikasi.

#### **2.2.4 Pelaksanaan**

Tahap ketika perawat mengimplikasikan rencana keperawatan ke dalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu pasien mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kemampuan yang harus dimiliki perawat pada tahap implementasi adalah kemampuan komunikasi yang efektif, kemampuan untuk menciptakan hubungan saling percaya dan saling bantu, kemampuan melakukan teknik psikomotor, kemampuan melakukan observasi sistematis, kemampuan memberikan pendidikan kesehatan, kemampuan advokasi, dan kemampuan evaluasi.

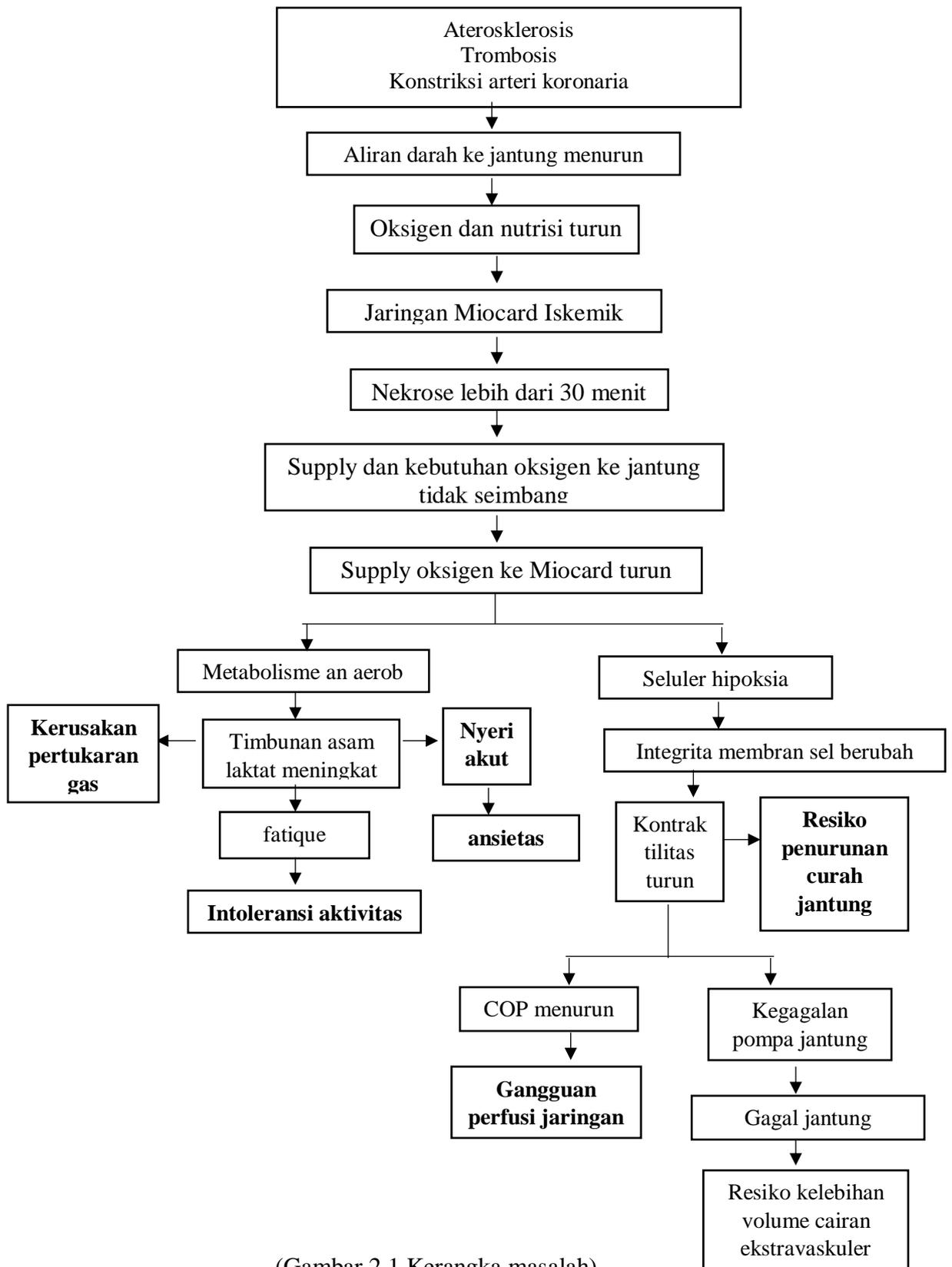
#### **2.2.5 Evaluasi**

Hasil yang diharapkan pada proses perawatan pasien dengan infark miokard akut tanpa komplikasi adalah sebagai berikut (Muttaqin 2012) :

1. Bebas dari nyeri
2. Menunjukkan peningkatan curah jantung
3. Tanda – tanda vital kembali normal
4. Terhindar dari risiko penurunan perfusi perifer
5. Tidak terjadi kelebihan volume cairan
  - a. Tidak sesak
  - b. Edema ekstremitas tidak terjadi
6. Menunjukkan penurunan kecemasan
  - a. Memahami penyakit dan tujuan perawatannya
  - b. Mematuhi semua aturan medis
  - c. Mengetahui kapan harus meminta bantuan medis bila nyeri menetap atau sifatnya berubah

- d. Menghindari tinggal sendiri saat terjadi fase nyeri
7. Memahami cara mencegah komplikasi dan menunjukkan tanda-tanda bebas dari komplikasi dengan cara sebagai berikut.
- a. Menjelaskan proses terjadinya angina
  - b. Menjelaskan alasan tindakan pencegahan komplikasi
  - c. EKG dan kadar enzim jantung normal
  - d. Bebas dari tanda dan gejala infark miokard akut
8. Mematuhi program perawatan diri
- a. Menunjukkan pemahaman mengenai terapi farmakologi
  - b. Kebiasaan sehari-hari mencerminkan penyesuaian gaya hidup.

### 2.3 Kerangka Masalah



(Gambar 2.1 Kerangka masalah)  
Infark Miokard Akut

## **BAB 3**

### **TINJAUAN KASUS**

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada Ny.N dengan Infark Miokard Akut, maka penulis menyajikan satu kasus yang penulis amati mulai tanggal 02 Mei 2021 sampai dengan 04 Mei 2021 dengan data pengkajian pada tanggal 02 Mei 2021 jam 07.00 WIB. Anamnesa diperoleh dari wawancara dengan pasien, keluarga pasien dan file No. Register 66-xx-xx

#### **3.1 Pengkajian**

##### **3.1.1 Identitas**

Pasien adalah seorang perempuan bernama “Ny. N” berumur 51 tahun, beragama islam, status pasien menikah. Pasien tinggal di Surabaya, pendidikan terakhir pasien adalah SMA dan pekerjaan pasien saat ini adalah ibu rumah tangga. Pasien MRS tanggal 25 April 2021 jam 22.00 WIB.

##### **3.1.2 Keluhan Utama**

Pasien mengatakan nyeri dada. Dilakukan skrining nyeri, didapatkan hasil **P** : nyeri timbul saat bergerak dan beraktivitas, **Q** : nyeri seperti di tusuk-tusuk, **R** : daerah dada menyebar ke perut sampai ke leher sebelah kiri, **S** : 3 (0-10) nyeri ringan, **T** : nyeri hilang timbul durasi 10 menit.

##### **3.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang**

Pasien mengatakan sebelum datang ke rumah sakit pasien sering menjalani terapi akupuntur, namun karena terapi akupunturnya tutup pasien menjalani terapi bekam untuk stroke-nya, setelah menjalani terapi bekam pasien mengatakan seluruh badan sakit semua, dan langsung dibawa ke klinik dan opname selama 2

hari, namun disana hanya diberi obat antinyeri dan tidak ada perbaikan, setelah itu pasien mengatakan dirujuk di rumah sakit Bhakti Dharma Husada, setelah dicek laboratorium pihak Rumah sakit merujuk pasien ke RSPAL Dr. Ramelan, pasien datang ke RSPAL Dr. Ramelan tanggal 25-04-2021 pukul 22.00 dengan keluhan nyeri pada area dada menyebar ke perut sampai ke leher bagian kiri dan langsung dibawa ke ruang ICCU, pasien mendapat terapi infus ciprofloxin 2x400 mg secara iv, inj novorapid 3x8 unit secara sc, terapi oksigen nasal 3 lpm, aspilet 80 mg, clopidogrel 75 mg, cedocard oral 3x5 mg, lisinopril 10 mg, concor 1,25 mg, diazepam 3x2 mg, atorvastatin 40 mg, diviti 1x2,5 mg. Sebelum pindah ke ruang jantung pasien dilakukan pemeriksaan TTV dengan hasil TD : 135/85 mmHg, N : 88 x/menit, S : 36,5°C, RR : 24x/menit, SpO<sub>2</sub> : 98 %, GCS E : 4, M : 5, V : 6 total 15, keadaan umum lemah.

Pasien dipindah di Ruang jantung pada tanggal 30-04- 2021 pukul 15.00 WIB setelah itu pasien diobservasi TTV dengan hasil TD : 130/85 mmHg, N : 88 x/menit, S : 36,2°C, RR : 22x/menit, SpO<sub>2</sub> : 99 %, terpasang nasal kanul 3 lpm, folley cateter. Setelah itu pada tanggal 02-05-2021 puku 07.00 dilakukan pengkajian pasien mengatakan nyeri pada daerah dada menyebar ke perut sampai ke leher sebelah kiri, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri dirasakan saat bergerak dan beraktivitas, skala nyeri 3 dan nyeri muncul hilang timbul durasi 10 menit, pasien mengatakan sesak dan letih setelah beraktivitas, GCS E : 4, M : 5, V : 6 total 15, keadaan umum lemah, observasi TTV dengan hasil TD : 138/95 mmHg, N : 83 x/menit, S : 36,5°C, RR : 23x/menit, SpO<sub>2</sub> : 97 %, terpasang infus NS 14 Tpm.

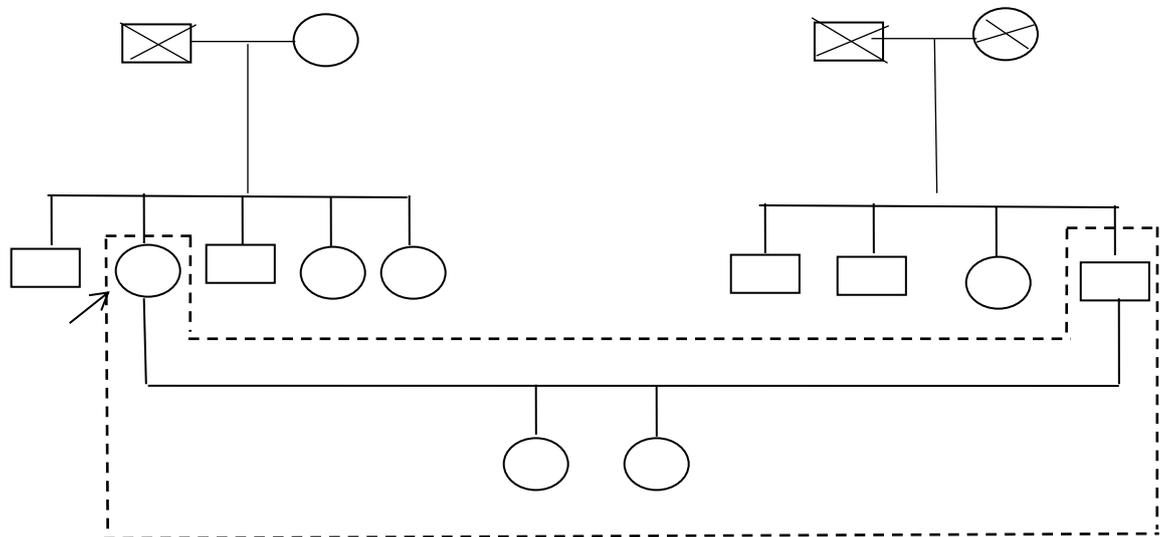
### 3.1.4 Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien mengatakan mempunyai riwayat stroke ringan sebelah kiri mulai awal tahun 2020 kemudian sembuh pada bulan Mei 2020, kemudian pasien mengatakan awal 2021 kambuh lagi strokenya dan menjalani terapi dokter dan akupuntur, dan mulai membaik, pasien mengatakan mempunyai riwayat diabetes dan hipertensi.

### 3.1.5 Riwayat Penyakit Keluarga

Pasien mengatakan ibunya memiliki riwayat diabetes dan darah tinggi.

### 3.1.6 Genogram



Keterangan :

□ : Laki-laki

○ : Perempuan

↗ : pasien

✕ : meninggal

---- : tinggal satu rumah

### 3.1.7 Riwayat Alergi

Pasien mengatakan bahwa dirinya tidak mempunyai alergi makanan dan obat-obatan yang dibuktikan dengan skintest.

### 3.1.8 Pemeriksaan Fisik

Pada pengkajian ROS (Review Of system) didapatkan keadaan umum pasien lemah, kesadaran composmentis, observasi TTV, TD : 138/95 mmHg, N : 83 x/menit, S : 36,5°C, RR : 23x/menit, SpO<sub>2</sub> : 97 %, TB : 155 cm, BB sebelum masuk rumah sakit: 50 kg, BB setelah masuk rumah sakit 49 kg.

#### 1. B1 Sistem pernafasan (breathing)

Pada pemeriksaan inspeksi didapatkan bentuk dada normo chest, pergerakan dada simetris, tidak ada otot bantu nafas tambahan, irama nafas pasien reguler, tidak ada kelainan, pola napas takipneu, pasien tampak menggunakan pernapasan cuping hidung, tidak ada taktil/vocal fremitus, pasien mengeluh sesak napas, pasien menggunakan oksigen nasal kanul 3 Lpm, pasien tidak batuk, sputum tidak ada, sianosis tidak ada, pada pemeriksaan palpasi terdapat nyeri tekan pada dada, pada pemeriksaan perkusi terdapat suara sonor. Pada pemeriksaan auskultasi tidak ada suara tambahan, suara nafas vesikuler, RR : 23x/menit, SpO<sub>2</sub> : 97 %. Kemampuan aktivitas terbatas dan merasa sesak setelah beraktivitas

**Masalah Keperawatan :** Pola napas tidak efektif

#### 2. B2 Sistem kardiovaskuler (blood)

Pada saat pengkajian kardiovaskuler didapatkan hasil TTV, TD : 138/95 mmHg, N : 83 x/menit, S : 36,5°C, RR : 23x/menit, SpO<sub>2</sub> : 97 % dibantu dengan O<sub>2</sub> nasal kanul 3 Lpm, ictus cordis teraba pada ICS 5 saat diauskultasi irama jantung regular dan bunyi jantung S1 S2 tunggal, tidak ada bunyi jantung tambahan, pasien mengalami nyeri dada menyebar ke perut sampai leher sebelah kiri, pada saat dipalpasi akral hangat, pucat dan CRT < 3 detik. Pasien tidak mengalami pembesaran getah bening, pasien juga tidak mengalami pendarahan.

**Masalah keperawatan : Nyeri akut**

## 3. B3 sistem Persyarafan (Brain)

Pada pemeriksaan inspeksi keadaan umum pasien tampak lemah, kesadaran composmentis, GCS 456, bentuk hidung simetris, septum simetris, tidak ada gangguan atau kelainan pada penciuman pasien, reaksi pupil (+) diameter 3 mm, tidak ada kejang. Pada pemeriksaan palpasi kaku kuduk (-), brudzynki (-), kerniks (-). Pemeriksaan perkusi pada triceps (+/+), bisep (+/+), patella (+/+) dan achilles (+/+). Pada pemeriksaan nervus :

- a. Nervus kranial I olfaktorius : pasien mampu membedakan bau makanan, minyak dan parfum serta bau tak sedap.
- b. Nervus kranial II opticus : pasien dapat menggerakkan bola mata kearah kanan dan kiri dan pasien bisa melihat dengan jarak normal dan menyebut benda-benda disekitar
- c. Nervus kranial III okulomotorius : bola mata pasien dapat mengarah keatas dan kebawah
- d. Nervus kranial IV troclearis : tidak terdapat dilatasi pada kedua pupil mata pasien dan dapat menggerakkan kesegala arah.
- e. Nervus kranial V trigeminus : pasien dapat menggerakkan rahang , pasien dapat merasakan rangsangan pada wajahnya.
- f. Nervus kranial VI abducens : pasien dapat menggerakkan bola mata kesegala arah.
- g. Nervus kranial VII fasialis : pasien dapat tersenyum, pasien dapat mengerutkan dahi dan mengangkat alis.pasien dapat menutup mata, menjulurkan lidah, menggembungkan kedua pipinya dan memperlihatkan barisan gigi atasnya.

- h. Nervus kranial VIII akustikus : pasien dapat merasakan getaran dan mendengar suara dengungan yang sama pada telinga kanan dan kiri.
- i. Nervus kranial IX glossofaringeus: pasien dapat menjulurkan lidah, pasien dapat menelan air ludah, tidak ada gangguan pada proses menelan.
- j. Nervus kranial X vagus: reflek menelan pasien baik tidak ada gangguan menelan, ketika menelan ludah pasien tidak ada reflek tersedak.
- k. Nervus kranial XI aksesoris :pasien dapat menggerakkan bahu dengan dan tidak bisa menahan lawanan.
- l. Nervus kranial XII hipoglosis : pasien dapat menjulurkan lidah ke segala arah.

**Masalah keperawatan :** Tidak ada masalah keperawatan

#### 4. B4 Sistem perkemihan dan genitalia (blader)

Saat dilakukan pengkajian pada sistem perkemihan di dapatkan kebersihan baik, pada saat dilakukan palpasi tidak didapatkan distensi pada kandung kemih, tidak ada nyeri tekan, eliminasi pasien SMRS dengan frekuensi 4-5 kali/hari warna urine kuning jernih jumlah 1500 cc/hari, eliminasi setelah masuk rumah sakit dengan jumlah 1300 cc/hari, pasien menggunakan foley cateter, tidak ada gangguan eliminasi.

**Masalah keperawatan :** Tidak ada masalah keperawatan

#### 5. B5 Sistem pencernaan (Bowl)

Pada pemeriksaan inspeksi, mulut tampak bersih, tidak ada sariawan, membran mukosa lembab, lidah tampak bersih, tidak ada gigi palsu, nafsu makan menurun, pasien sedikit mual namun tidak muntah, pada saat palpasi pasien mengeluh nyeri tekan pada area abdomen, **P** : nyeri timbul saat bergerak dan beraktivitas, **Q** : nyeri seperti ditusuk-tusuk, **R** : nyeri pada area dada menyebar keperut sampai leher, **S** :

skala nyeri 3, **T** : nyeri hilang timbul durasi 10 menit, tidak ada hepatomegali, lien tidak ada pembesaran. Perkusi timpani pada daerah lambung ,pada auskultasi bising usus 10x/menit (normal 5-15x/menit). Porsi makan pasien hanya ½ porsi saja saat dirumah sakit, frekuensi minum 1000 ml/harinya, eliminasi alvi SMRS frekuensi 2x dalam sehari warna kuning kecoklatan konsistensi padat, eliminasi alvi MRS 1 x dalam sehari warna kuning kecoklatan konsistensi sedikit lembek.

**Masalah keperawatan** : tidak ada masalah keperawatan

#### 6. B6 Sistem Muskuluskeletal & integumen (Bone)

Pada pemeriksaan inspeksi warna kulit pasien sawo matang, turgor kulit baik, tidak ada lesi atau odem, ROM bebas tulang pasien tidak ada gangguan atau fraktur, tidak ada kelainan jaringan atau trauma, pasien mengatakan jika terlalu banyak aktivitas akan merasa sesak dan letih karena menahan nyerinya.

Kekuatan otot :	4444		5555
	4444		5555

**Masalah keperawatan** : intoleransi aktivitas

#### 7. Sistem Endokrin

Tidak ada pembesaran tyroid, pasien tidak mengalami hipoglikemi, pasien mengalami hiperglikemi dengan hasil gula darah acak GDA : 218 mg/dL

**Masalah keperawatan** : tidak ada masalah keperawatan

#### 8. Seksual –Reproduksi

Pasien status menikah, pasien masih menstruasi, siklus menstruasi lancar, tidak ada masalah saat menstruasi.

**Masalah keperawatan** : tidak ada masalah keperawatan

## 9. Kemampuan Perawatan Diri

Tabel 3.1 Kemampuan Perawatan diri

	SMRS	MRS	Skor :
Mandi	1	2	1 : Mandiri
Berpakaian / dandan	1	1	2 : Alat bantu
Toileting / eliminasi	1	2	3 : dibantu orang lain dan alat
Mobilitas ditempat tidur	1	1	4 : tergantung / tidak mampu
Berpindah	1	1	
Berjalan	1	2	
Naik tangga	1		
Berbelanja	1		
Memasak	1		
Pemeliharaan rumah	1		
Alat bantu berupa : tidak ada			
MASALAH : tidak ada masalah keperawatan			

**Masalah keperawatan :** Intoleransi aktivitas

## 10. Personal Hygiene

Sebelum masuk rumah sakit mengatakan mandi 2x/hari, keramas 3 hari 1 kali, ganti baju 2 kali/hari, menyikat gigi setiap mandi, dan memotong kuku 1x/ minggu. Pada saat masuk rumah sakit pasien mandi hanya 1 kali/hari hanya dengan diseka, tidak pernah keramas, ganti pakaian 1 kali/ hari.

**Masalah keperawatan :** tidak ada masalah keperawatan

## 11. Istirahat – Tidur

Pada saat dikaji pola istirahat tidur pasien mengatakan saat tidur dirumah dengan jumlah waktu tidur kurang lebih 8 jam/hari. Pada saat pasien MRS mengatakan jam tidur malam mulai jam 22.00 – 06.00 pagi kadang terbangun karena tiba-tiba merasakan nyeri untuk kualitas tidur cukup baik.

**Masalah keperawatan :** Tidak ada masalah keperawatan

## 12. Kognitif perseptual-psiko-sosio-spiritual

Pada saat dilakukan pengkajian persepsi pasien terhadap sakit yang dialami pasien saat ini, pasien mengatakan ingin segera cepat sembuh dan pulang supaya bisa beraktivitas seperti biasanya.

Konsep diri :

1. Gambaran diri : pasien menyukai seluruh anggota tubuhnya dan mensyukuri apa yang dimiliki.
2. Ideal diri : pasien ingin sembuh dari penyakitnya dan ingin cepat pulang.
3. Harga diri : pasien bersabar dan menerima dengan ikhlas atas penyakitnya.
4. Identitas diri : pasien seorang perempuan dan memiliki 2 orang anak .
5. Peran : pasien adalah seorang ibu rumah tangga memiliki 2 orang anak perempuan dan tinggal bersama anak dan suaminya.

Pasien dapat berkomunikasi dengan baik, pasien menggunakan bahasa indonesia dan jawa, pasien dapat beradaptasi terhadap masalah yang saat ini dialami oleh pasien, pasien selalu mengatakan ingin cepat pulang dan supaya bisa beraktivitas seperti biasanya, aktivitas pasien sehari-hari menonton tv, bersih-bersih rumah, hiburan pasien dirumah pada saat kumpul dengan keluarga sambil menonton tv, kegiatan olahraga pasien jalan-jalan disekitar rumah pasien, untuk aktivitas di rumah sakit berbaring di tempat tidur, pasien mengatakan didukung penuh oleh keluarganya terutama suami dan anak-anaknya, pasien juga berhubungan baik dengan orang lain, dan pasien selalu berdoa dan berdzikir kepada Allah untuk kesembuhan penyakitnya.

### 3.1.9 Pemeriksaan Penunjang

#### 1. Hasil Laboratorium

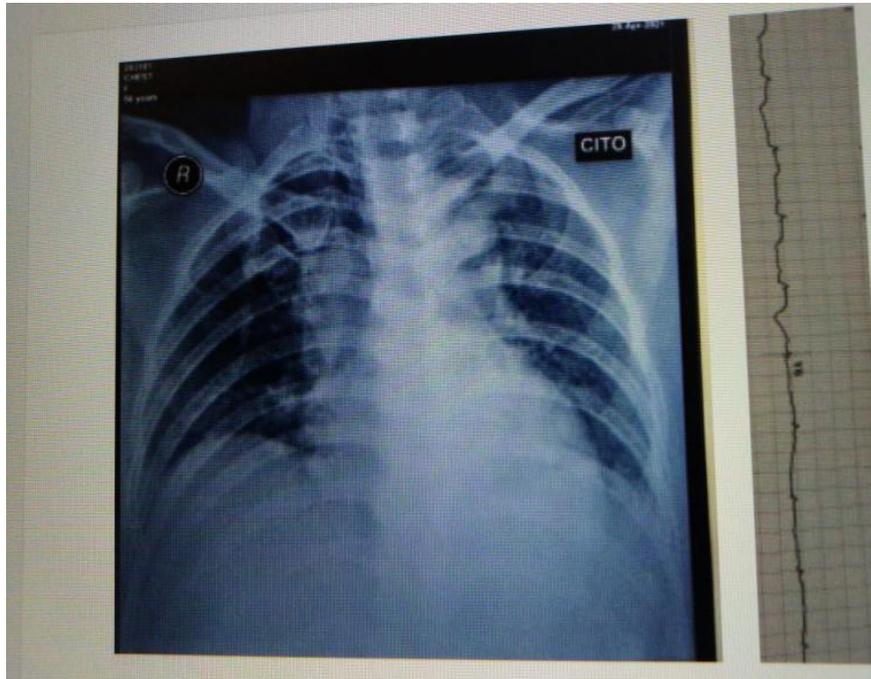
Tanggal 01 Mei 2021

Tabel 3.2 Hasil Laoratorium

No	Jenis Pemeriksaan	Hasil (satuan)	Nilai Normal (satuan)
1	<b>Darah Lengkap</b>		
2	Leukosit	12.17 $10^3/\mu\text{L}$ .	4.00 - 10.00
3	Eosinofil#	0.33 $10^3/\mu\text{L}$	0.02 - 0.50
4	Eosinofil%	2.70 %	0.5 - 5.0
5	Basofil#	0.07 $10^3/\mu\text{L}$	0.00 -0.10
6	Basofil%	0.6 %	0.0 - 1.0
7	Neutrofil#	8.99 $10^3/\mu\text{L}$ .	2.00 - 7.00
8	Neutrofil%	73.80 %.	50.0 -70.0
9	Limfosit#	2.23 $10^3/\mu\text{L}$	0.80 - 4.00
10	Limfosit%	18.30 %.	20.0 -40.0
11	Monosit#	0.55 $10^3/\mu\text{L}$	0.12 - 1.20
12	Monosit%	4.60 %	3.0 - 12.0
13	IMG#	0.01 $10^3/\mu\text{L}$	0.00 - 999.99
14	IMG%	0.1 %	0.00 -100.0
15	Hemoglobin	11.50 g/dL	7- 20
16	hematokrit	33.90 %.	37.0 - 47.0
17	eritrosit	3.86 $10^3/\mu\text{L}$	3.50 - 5.00
18	MCV	87.9 fL/cell	80 - 100
19	MCH	29.8 pg	26 -34
20	MCHC	33.9 g/dL	32 - 36
21	RDW_CV	13.1 %	11.0 - 16.0
22	RDW_SD	40.6 fL	35.0 - 56.0
23	trombosit	449.00 $10^3/\mu\text{L}$	150 - 450
24	MPV	10.0 fL	6.5 - 12.0
25	PDW	16.2 %	15 - 17
26	PCT	0.45 $10^3/\mu\text{L}$ .	1.08 - 2.82
27	P-LCC	113.0 $10^3/\mu\text{L}$	30 - 90
28	P-LCR	25.2 %	11.0 -45.0

2. Foto Thorax marker kiri

Tanggal : 30 April 2021



Gambar 3.1 Photo thorax Ny. N

Hasil USG Thorax marker kiri tak nampak intensitas echo Cairan di cavum Pleural kiri.

Bacaan : Effusi pleura kiri (-)

3. Foto shoulder Sinistra AP

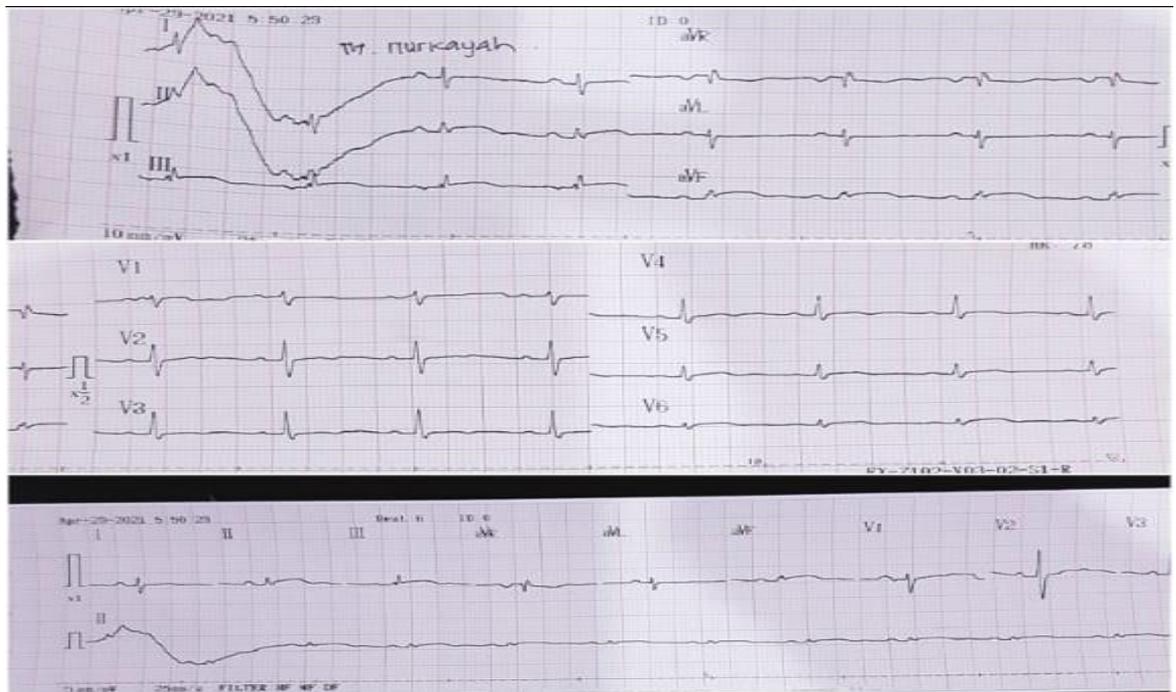
Tanggal 30 April 2021

Hasil foto Shoulder sinistra AP Alignment baik, trabekulasi tulang normal, celah dan permukaan sendi normal, osteophyte (-), kalsifikasi soft tissue (-).

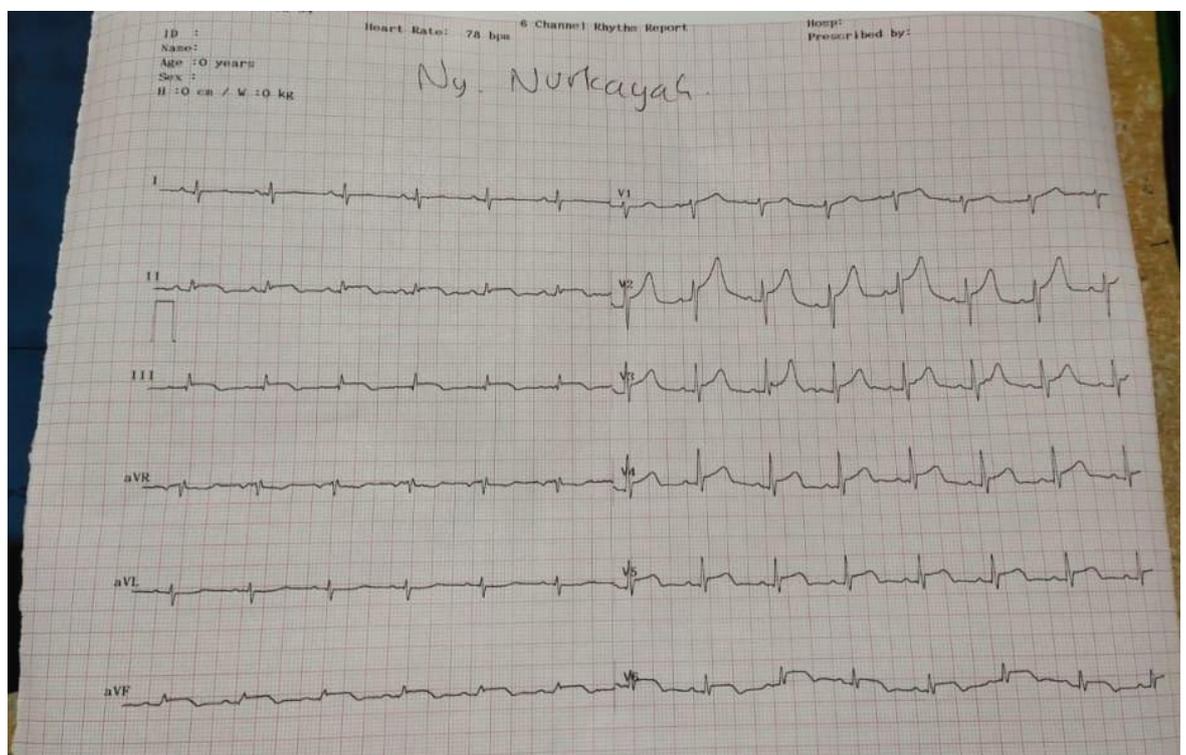
Bacaan : Foto Shoulder Sinistra normal

## 4. Foto EKG

Tanggal 29 April 2021



Tanggal 02 Mei 2021



Gambar 3.2 Foto EKG Ny.N

## 5. Penatalaksanaan

Terapi :

Tanggal 02 Mei 2021

Tabel 3.3 Terapi obat pada Ny.Y

No	Nama Obat	Dosis	Rute	Indikasi
1	Infus Ns	2 x 500 mg	iv	digunakan untuk memenuhi kebutuhan cairan
2	Injeksi novorapid	2 x 8 unit	sc	digunakan untuk pengobatan pada diabetes melitus
3	aspilet	80 mg	oral	untuk menurunkan demam, meringankan sakit kepala, sakit gigi, dan nyeri otot
4	clopidogrel	75 mg	oral	untuk membantu mencegah serangan jantung dan stroke pada pasien dengan penyakit jantung , stroke, atau peyakit sirkulasi darah. Obat ini bekerja dengan cara menghambat agregasi trombosit (pembekuan darah) selama 7-10 hari, serta menghambat kerja prostaglandin (substansi yang bertindak mengatur rasa sakit).
5	Lisinopril	2mg	oral	untuk menurunkan tekanan darah pada penderita hipertensi
6	isdn	5 mg	oral	Digunakan untuk mencegah dan meredakan angina (nyeri dada) akibat jantung koroner
7	Atorvastitin	40 mg	oral	obat untuk menurunkan kolesterol jahat (LDL) dan trigliserida, serta meningkatkan kadar kolesterol baik (HDL) di dalam darah
8	Concor	2 mg	oral	obat yang digunakan dengan atau tanpa obat lain untuk mengobati tekanan darah tinggi
9	diazepam	3 x 2 mg	oral	obat penenang yang digunakan untuk mengatasi kejang dan gangguan kecemasan.

### 3.2 Analisa Data

Nama : Ny.N  
Umur : 51 tahun

Ruang : Jantung  
RM : 66-xx-xx

Tabel 3.4 Analisa Data

No	Data (symptom)	Penyebab (Etiologi)	Masalah (Problem)
1	<p><b>DS :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. pasien mengeluh sesak napas</li> <li>b. Pasien mengatakan sesak bertambah setelah beraktivitas dan letih</li> <li>c. Pasien mengatakan sesak berkurang jika diberi selang oksigen nasal kanul</li> </ul> <p><b>DO :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pola nafas takipneu</li> <li>b. Pasien nampak menggunakan pernapasan cuping hidung</li> <li>c. Pasien dibantu menggunakan selang nasal kanul 3 lpm</li> <li>d. Suara napas vesikuler</li> <li>e. TTV               <ul style="list-style-type: none"> <li>TD: 138/95 mmHg</li> <li>Nadi: 83x/mnt</li> <li>RR : 23 x/mnt</li> <li>Suhu : 36,5°C</li> <li>SPO<sub>2</sub> : 97%</li> </ul> </li> </ul>	Hambatan upaya napas	<p><b>Pola Napas Tidak efektif</b></p> <p><b>(SDKI, hal 26)</b></p>
2	<p><b>DS :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien mengatakan nyeri dada pada daerah kiri               <ul style="list-style-type: none"> <li>P : nyeri timbul saat bergerak dan beraktivitas</li> <li>Q : nyeri seperti ditusuk tusuk</li> <li>R : nyeri pada daerah dada menyebar ke perut sampai ke leher sebelah kiri</li> <li>S: skala nyeri 3</li> <li>T: nyeri hilang timbul durasi 10 menit</li> </ul> </li> <li>b. Pasien mengatakan sesak dan letih setelah beraktivitas, dan dibantu keluarga saat aktivitas</li> </ul> <p><b>DO :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien tampak meringis jika merubah posisi</li> </ul>	Agen Pencedera Fisiologis	<p><b>Nyeri Akut</b></p> <p><b>(SDKI, hal 172)</b></p>

	b. Tampak memegang dada saat merubah posisi c. Pasien terlihat gelisah saat nyerinya timbul TTV TD: 138/95 mmHg Nadi: 83x/mnt RR : 23 x/mnt Suhu : 36,5°C		
3	<b>DS :</b> a. pasien mengatakan sesak dan letih setelah beraktivitas. b. Pasien mengatakan nyeri dada sebelah kiri <b>DO :</b> a. Pasien tampak lemah b. ADL (toileting, personal hygiene) dibantu keluarganya c. Aktivitas pasien sebagian dibantu keluarga d. Kekuatan otot 4444   5555 ----- 4444   55555 TTV TD: 138/95 mmHg Nadi: 83x/mnt RR : 23 x/mnt SPO <sub>2</sub> : 97 %	Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	<b>Intoleransi aktivitas</b>  (SDKI, hal 128)

### 3.3 Prioritas Masalah

Nama : Ny.N

Ruang : Jantung

Umur : 51 tahun

RM : 66-xx-xx

Tabel 3.5 Prioritas Masalah

NO	Masalah Keperawatan	Tanggal		Paraf
		Ditemukan	Teratasi	
1	Pola Napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas	02-05-2021	04-05-2021	<b>nevi</b>
2	Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis	02-04-2021	04-05-2021	<b>nevi</b>
3	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	02-04-2021	04-05-2021	<b>nevi</b>

### 3.4 Intervensi Keperawatan

Tabel 3.6 Intervensi keperawatan

	<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Tujuan dan kriteria hasil</b>	<b>Intervensi</b>	<b>Rasional</b>
1	Pola Napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka pola napas membaik. Dengan kriteria hasil : 1. Dispneu menurun 2. Pasien mengatakan sesak sudah menurun 3. Pernapasan cuping hidung menurun 4. Takipneu menurun 5. Frekuensi napas / RR membaik dari 23x/mnt menjadi 12-20 x/mnt	<i>Observasi :</i> 1. Monitor pola napas pasien (frekuensi, kedalaman dan usaha napas) 2. Pantau TTV pasien <i>Terapeutik :</i> 3. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi ( posisi semi fowler ) 4. Berikan oksigen nasal kanula 3 lpm <i>Kolaborasi :</i> 5. Berikan Infus NS 14 Tpm 6. Berikan obat clopidogrel 75 mg per oral 7. Berikan injeksi novorapid 3x 8 unit  (SIKI, hal 187)	1. Untuk memonitor pola napas pasien (frekuensi, kedalaman dan usaha napas) 2. Memantau TTV pasien 3. memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi ( posisi semi fowler ) 4. memberikan oksigen nasal kanula 3 lpm agar memperlancar nafasnya 5. Agar pasien tidak dehidrasi 6. Untuk menghambat pembekuan darah 7. memberikan injeksi novorapid 3x 8 unit
2	Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka Tingkat nyeri menurun. Dengan kriteria hasil : 1. Mengeluh nyeri menurun 2. Wajah tampak meringis	<i>Observasi :</i> 1. Lakukan pengkajian nyeri meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Monitor skala nyeri pasien 3. Observasi respon nyeri nonverbal	1. melakukan pengkajian nyeri meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri untuk menili skala nyeri pada px 2. memonitor skala nyeri pasien

		<p>menurun</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Skala nyeri menurun dri 3 ke skala ringan (1-3)</li> <li>4. Sikap protektif menurun</li> <li>5. Sikap gelisah menurun</li> <li>6. TTV dalam rentan normal TD : Sistolik (90–130 mmHg), diastolik (60–90 mmHg) N : 60–90 x/menit RR : 12-20 x/menit S : 36,6 -37,5°C</li> </ol>	<p><i>Terapeutik :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, misal suhu ruangan pencahayaan, dan kebisingan</li> <li>5. berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri seperti relaksasi napas dalam</li> </ol> <p><i>Edukasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Ajarkan teknik nonfarmakologis relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ol> <p><i>Kolaborasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Berikan pemberian obat analgetik aspilet 80 mg, isdn 5 mg per oral</li> </ol> <p>(SIKI, hal 201)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. mengobservasi respon nyeri nonverbal pada pasien</li> <li>4. mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, misal suhu ruangan pencahayaan, dan kebisingan</li> <li>5. memberikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri seperti relaksasi napas dalam</li> <li>6. mengajarkan teknik nonfarmakologis relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri</li> <li>7. memberikan pemberian analgetik aspilet 80 mg, isdn 5 mg per oral</li> </ol>
3	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Frekuensi nadi ,napasn dan tekanan darah dalam batas normal TD : Sistolik (90–130</li> </ol>	<p><i>Observasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</li> </ol> <p><i>Terapeutik :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis cahaya, suara , kunjungan)</li> </ol> <p><i>Edukasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Anjurkan pasien melakukan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. memonitor gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan pada pasien</li> <li>2. menyediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis cahaya, suara , kunjungan) agar terliht nyaman</li> <li>3. Menganjurkan pasien melakukan aktivitas secara bertahap</li> </ol>

		<p>mmHg), diastolik (60–90 mmHg)  N : 60–90 x/menit  RR : 12-20 x/menit</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Keluhan lelah mulai menurun</li> <li>3. Dispneu setelah dan sesudah aktivitas</li> <li>4. Mampu melakukan aktivitas dan ADL secara mandiri.</li> </ol>	<p>aktivitas secara bertahap.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Anjurkan pasien untuk tirah baring</li> </ol> <p><i>Kolaborasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk cara meningkatkan asupan makanan pada pasien</li> </ol> <p>(SIKI, hal 176)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. menganjurkan pasien untuk tirah baring</li> <li>5. menghubungi bagian ahli gizi untuk cara meningkatkan asupan makanan pada pasien</li> </ol>
--	--	--	---	---

### 3.5 Implementasi Keperawatan

Tabel 3.7 Implementasi Keperawatan

No DX	Waktu (Tgl & jam)	Tindakan	TT	Waktu (Tgl & jam)	Catatan Perkembangan (SOAP)	TT
1	02-05-2021 07.00  07.30  08.00  08.30  08.45	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor pola napas pasien (frekuensi, kedalaman dan usaha napas)</li> <li>2. memantau TTV pasien</li> <li>3. memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi (posisi semi fowler).</li> <li>4. memberikan oksigen nasal kanula 3 lpm</li> <li>5. memberikan Infus NS 14 Tpm</li> <li>6. memberikan obat clopidogrel 75 mg per oral</li> <li>7. memberikan injeksi novorapid 3x 8 unit</li> </ol>	<b>nevi</b>	02-05-2021 12.00	<p><b>S :</b> pasien mengeluh sesak napas, Pasien mengatakan sesak bertambah setelah beraktivitas dan letih</p> <p><b>O :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien masih sesak</li> <li>b. Sesak setelah bergerak dan beraktivitas</li> <li>c. Pasien tampak menggunakan pernapasan cuping hidung</li> <li>d. Pola napas Px Takipneu</li> <li>e. Frekuensi napas 25 x/menit TD: 138/95 mmHg Nadi: 83x/mnt RR : 23 x/mnt, SpO<sub>2</sub> = 97% Suhu : 36,5°C</li> </ol> <p><b>A :</b> Masalah belum teratasi</p> <p><b>P :</b> Intervensi 1 - 7 dilanjutkan</p>	<b>nevi</b>

2	02-05-2021 09.00  09.30  09.45  10.00  10.15	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan pengkajian nyeri meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Memonitor skala nyeri pasien</li> <li>3. Mengobservasi respon nyeri nonverbal</li> <li>4. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, misal suhu ruangan pencahayaan, dan kebisingan</li> <li>5. Memberikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri seperti relaksasi napas dalam</li> <li>6. Mengajarkan teknik nonfarmakologis relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri.</li> <li>7. Memberikan pemberian obat analgetik aspilet 80 mg, isdn 5 mg per oral</li> </ol>	<b>nevi</b>	02-05-2021 12.00	<p><b>S :</b> Pasien mengatakan nyeri dada pada daerah kiri</p> <p><b>P :</b> nyeri timbul saat bergerak dan beraktivitas</p> <p><b>Q :</b> nyeri seperti ditusuk tusuk</p> <p><b>R :</b> nyeri pada daerah dada menyebar ke perut sampai ke leher sebelah kiri</p> <p><b>S:</b> skala nyeri 3</p> <p><b>T:</b> nyeri hilang timbul durasi 10 menit</p> <p><b>O :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. nyeri dada sebelah kiri</li> <li>b. Wajah tampak meringis</li> <li>c. Skala nyeri 3</li> <li>d. Px protektif terhadap nyerinya</li> <li>e. Px tampak gelisah</li> <li>f. TTV TD: 138/95 mmHg Nadi: 83x/mnt RR : 23x/mnt Suhu : 36,5°C</li> </ol> <p><b>A :</b> masalah belum teratasi</p> <p><b>P :</b> Intervensi 1 sampai 7 dilanjutkan</p>	<b>nevi</b>
---	---	--	-------------	---------------------	---	-------------

3	02-05-2021 10.30  10.45  10.50    11.00	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</li> <li>2. menyediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis cahaya, suara , kunjungan)</li> <li>3. menganjurkan pasien melakukan aktivitas secara bertahap.</li> <li>4. menganjurkan pasien untuk tirah baring</li> <li>5. Mengkolaborasi dengan ahli gizi untuk cara meningkatkan asupan makanan pada pasien</li> </ol>	<b>nevi</b>	02-05-2021 12.00	<p><b>S :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. pasien mengatakan sesak dan letih setelah beraktivitas.</li> <li>b. Px mengatakan Aktivitas px dibantu keluarga</li> </ol> <p><b>O :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Frekuensi nadi normal ,napas dan tekanan darah tinggi</li> <li>b. TD: 138/95 mmHg</li> <li>c. Nadi: 83x/mnt</li> <li>d. RR : 23 x/mnt</li> <li>e. Px nampak lemah</li> <li>f. Sesak sesudah aktivitas</li> <li>g. aktivitas dan ADL dibantu keluaranya</li> </ol> <p><b>A :</b> masalah teratasi sebagian</p> <p><b>P :</b> Intervensi 1 sampai 5 dilanjutkan</p>	<b>nevi</b>
---	--	---	-------------	---------------------	--	-------------

1	03-05-2021 12.00  12.30 12.45  12.50	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor pola napas pasien (frekuensi, kedalaman dan usaha napas)</li> <li>2. memantau TTV pasien</li> <li>3. memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi ( posisi semi fowler ).</li> <li>4. memberikan oksigen nasal kanula 3 lpm</li> <li>5. memberikan Infus Ns 14 Tpm</li> <li>6. memberikan obat clopidogrel 75 mg per oral</li> <li>7. memberikan injeksi novorapid 3x 8 unit</li> </ol>	<b>nevi</b>	03-05-2021 17.00	<p><b>S :</b> pasien mengeluh sesak napas berkurang , Pasien mengatakan sesak bertambah setelah beraktivitas juga berkurang dan mulai tidak lemas</p> <p><b>O :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Sesak mulai berkurang</li> <li>b. Sesak saat bergerak dan beraktivitas berkurang</li> <li>c. Pola napas normal</li> <li>d. Frekuensi napas normal</li> </ol> <p>TD: 121/87 mmHg Nadi: 75x/mnt RR : 22 x/mnt SpO<sub>2</sub> = 98% Suhu : 36,2°C</p> <p><b>A :</b> Masalah teratasi sebagian</p> <p><b>P :</b> Intervensi 2,3,4,5,6,7 dilanjutkan</p>	<b>nevi</b>
---	--	--	-------------	---------------------	--	-------------

2	03-05-2021 13.10  13.30  13.50  14.00  14.10	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan pengkajian nyeri meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Memonitor skala nyeri pasien</li> <li>3. Mengobservasi respon nyeri nonverbal</li> <li>4. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, misal suhu ruangan pencahayaan, dan kebisingan</li> <li>5. Memberikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri seperti relaksasi napas dalam</li> <li>6. Mengajarkan teknik nonfarmakologis relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri.</li> <li>7. Memberikan pemberian obat analgetik aspilet 80 mg, isdn 5 mg per oral</li> </ol>	<b>nevi</b>	03-05-2021 17.00	<p><b>S :</b> Pasien mengatakan nyeri dada pada derah kiri mulai berkurang  <b>P :</b> nyeri timbul saat bergerak dan beraktivitas  <b>Q :</b> nyeri seperti ditusuk tusuk  <b>R :</b> nyeri pada daerah dada menyebar ke perut sampai ke leher sebelah kiri  <b>S:</b> skala nyeri 2  <b>T:</b> nyeri hilang timbul durasi 30 menit sekali</p> <p><b>O :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. nyeri dada sebelah kiri</li> <li>b. Wajah tampak meringis mulai berkurang</li> <li>c. Skala nyeri 2</li> <li>d. Px protektif terhadap nyerinya berkurang</li> <li>e. Px sedikit tampak gelisah</li> <li>f. TTV            TD: 121/87 mmHg            Nadi: 75x/mnt            RR : 22 x/mnt            Suhu : 36,2°C</li> </ol> <p><b>A :</b> masalah teratasi sebagian  <b>P :</b> Intervensi 2,5,6,7 dilanjutkan</p>	<b>nevi</b>
---	---	--	-------------	---------------------	--	-------------

3	03-05-2021 14.20 14.30  14.45  15.00 15.10	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</li> <li>2. menyediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis cahaya, suara , kunjungan)</li> <li>3. menganjurkan pasien melakukan aktivitas secara bertahap.</li> <li>4. menganjurkan pasien untuk tirah baring</li> <li>5. Mengkolaborasi dengan ahli gizi untuk cara meningkatkan asupan makanan pada pasien</li> </ol>	<b>nevi</b>	03-05-2021 17.00	<p><b>S :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. pasien mengatakan sesak dan letih setelah beraktivitas.mulai berkurang</li> <li>b.Px mengatakan Aktivitas px sebagian sudah bisa sendiri</li> </ol> <p><b>O :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Frekuensi nadi normal ,napas dan tekanan darah</li> <li>b. TD: 121/87 mmHg</li> <li>c. Nadi: 75x/mnt</li> <li>d. RR : 22 x/mnt</li> <li>e. Px nampak mulai lebih baik</li> <li>f. Sesak sesudah aktivitas berkurang</li> <li>g. Sebagian aktivitas ADL dibantu keluarganya</li> </ol> <p><b>A :</b> masalah teratasi sebagian</p> <p><b>P :</b> Intervensi 2,3,4,5 dilanjutkan</p>	<b>nevi</b>
---	---	---	-------------	---------------------	--	-------------

1	04-05-2021 17.00  17.20  17.40	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. memantau TTV pasien</li> <li>2. memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi ( posisi semi fowler ).</li> <li>3. memberikan oksigen nasal kanula 3 lpm</li> <li>4. memberikan Infus Ns 14 Tpm</li> <li>5. memberikan obat clopidogrel 75 mg per oral</li> <li>6. memberikan injeksi novorapid 3x 8 unit</li> </ol>	<b>nevi</b>	04-05-2021 21.00	<p><b>S :</b> pasien mengeluh sesak napas mulai menghilang, Pasien mengatakan sesak saat setelah beraktivitas juga sangat berkurang dan mulai tidak lemas</p> <p><b>O :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Sesak saat aktivitas sudah mulai membaik</li> <li>b. Sesak saat bergerak dan beraktivitas sangat berkurang</li> <li>c. Pola napas normal</li> <li>d. Frekuensi napas normal TD: 115/78 mmHg Nadi: 80x/mnt RR : 20 x/mnt SpO<sub>2</sub> = 99% Suhu : 36,5°C</li> </ol> <p><b>A :</b> Masalah teratasi sebagian</p> <p><b>P :</b> Intervensi 1,2,3,5,6 dilanjutkan</p>	<b>nevi</b>
---	---	---	-------------	---------------------	---	-------------

2	04-05-2021 18.00  18.20  18.30	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor skala nyeri pasien</li> <li>2. Memberikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri seperti relaksasi napas dalam</li> <li>3. Mengajarkan teknik nonfarmakologis relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri.</li> <li>4. Memberikan pemberian obat analgetik aspilet 80 mg, isdn 5 mg per oral</li> </ol>	<b>nevi</b>	04-05-2021 21.00	<p><b>S :</b> Pasien mengatakan nyeri dada pada daerah kiri mulai berkurang</p> <p><b>P :</b> nyeri timbul saat bergerak dan beraktivitas</p> <p><b>Q :</b> nyeri seperti ditusuk tusuk</p> <p><b>R :</b> nyeri pada daerah dada menyebar ke perut sampai ke leher sebelah kiri</p> <p><b>S:</b> skala nyeri 2</p> <p><b>T:</b> nyeri hilang timbul 1 jam sekali</p> <p><b>O :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. nyeri dada sebelah kiri sangat berkurang</li> <li>b. Wajah tampak tidak meringis</li> <li>c. Px tidak terlalu protektif terhadap nyerinya</li> <li>d. Px sudah tidak nampak gelisah</li> <li>e. TTV            TD: 115/78 mmHg            Nadi: 80x/mnt            RR : 20 x/mnt            Suhu : 36,6°C</li> </ol> <p><b>A :</b> masalah teratasi</p> <p><b>P :</b> Intervensi dihentikan</p>	<b>nevi</b>
---	---	--	-------------	---------------------	--	-------------

3	04-05-2021 19.00  19.10  19.30  19.45	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. menyediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis cahaya, suara , kunjungan)</li> <li>2. menganjurkan pasien melakukan aktivitas secara bertahap.</li> <li>3. menganjurkan pasien untuk tirah baring</li> <li>4. Mengkolaborasi dengan ahli gizi untuk cara meningkatkan asupan makanan pada pasien</li> </ol>	<b>nevi</b>	04-05-2021 21.00	<p><b>S :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. pasien mengatakan sesak dan letih setelah beraktivitas angkat berkurang</li> <li>b. Px mengatakan Aktivitas px sudah bisa sendiri</li> </ol> <p><b>O :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Frekuensi nadi normal ,napas dan tekanan darah</li> <li>b. TD: 115/78 mmHg</li> <li>c. Nadi: 80x/mnt</li> <li>d. RR : 20 x/mnt</li> <li>e. Px nampak lebih baik</li> <li>f. Sesak sesudah aktivitas sangat berkurang</li> <li>g. aktivitas ADL sudah dilakukan secara mandiri</li> </ol> <p><b>A :</b> masalah teratasi</p> <p><b>P :</b> Intervensi dihentikan</p>	<b>nevi</b>
---	--	--	-------------	---------------------	--	-------------

## **BAB 4**

### **PEMBAHASAN**

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada pasien dengan Diagnosa Infark Miokard Akut di Ruang Jantung RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi.

#### **4.1 Pengkajian**

Pada tahap pengumpulan data, penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis telah mengadakan pengenalan dan menjelaskan maksud penulis yaitu untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien sehingga pasien dan keluarga terbuka dan mengerti serta kooperatif.

Pada dasarnya pengkajian antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak banyak kesenjangan yaitu pada tinjauan pustaka yang didapat penyebab dari Infark Miokard Akut (IMA) yaitu suplai oksigen ke miokardium berkurang yang disebabkan oleh 3 faktor faktor pembuluh darah, faktor sirkulasi, faktor darah, curah jantung jantung, aktivitas berlebih, emosi, makan terlalu banyak lemak, hipertiroidisme. Tanda dan gejala dari penyakit IMA yaitu nyeri substernal yang meremukkan, terasa panas, seperti tertekan benda berat, atau diremas, seperti penelitian yang dilakukan oleh (Artawan. et al. 2019) yang menunjukkan bahwa pasien Infark Miokard Akut keluhan utamanya adalah nyeri dada atau ulu hati, nyeri biasanya muncul tiba-tiba, dada terasa berat atau panas dan sesak saat bernafas. Seperti pasien yang penulis kaji, pasien mengeluh nyeri seperti ditusuk-

tusuk. Tanda dan gejala lainnya yaitu dispneu, seperti yang dialami pasien, Ny.N mengeluh sesak setelah beraktivitas.

Menurut teori riwayat penyakit dahulu meliputi apakah pernah menderita nyeri dada sebelumnya, penyakit yang langsung mempengaruhi IMA yaitu hipertensi dan diabetes melitus dan hiperlipidemia, seperti penelitian yang dilakukan oleh (Budiman, Sihombing, and Pradina 2017) yang menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara dislipidemia, hipertensi, diabetes melitus dengan kejadian infark miokard akut. Apakah pernah dirawat di rumah sakit, obat yang biasa diminum, atau memiliki alergi terhadap obat. Riwayat penyakit keluarga meliputi penyakit genetik (keturunan), apa pernah salah satu anggota keluarga yang mempunyai riwayat penyakit yang sama dengan pasien seperti hipertensi dan diabetes melitus karena faktor ini merupakan salah satu kemungkinan penyebab infark miokard akut. Pada pemeriksaan fisik keadaan umum dan tanda-tanda vital : perubahan tanda-tanda vital seperti nadi dan respirasi cepat.

Pada saat pengkajian tanggal 02 Mei 2021 kepada Ny. N berumur 51 tahun mengeluh nyeri pada dada seperti ditusuk-tusuk. diagnosis medis pasien ini adalah Infark Miokard Akut (IMA). Menurut (ENA,2007) dalam penelitian (Artawan. et al. 2019) menyebutkan manifestasi adanya infark miokard adalah timbulnya rasa nyeri dada sebagai respon terjadinya proses iskemia pada miokard. pada tinjauan kasus keadaan umum pasien lemah dengan kesadaran compos mentis, GCS 456 tekanan darah 138/95 mmHg. Pasien mengeluh nyeri dada menyebar ke perut sampai leher sebelah kiri seperti ditusuk- tusuk, pupil bulat suhu 36,5°C, N : 83x/menit, RR : 23 x permenit. Pada saat dilakukan pengkajian didapatkan bentuk dada normochest, pergerakan dada simetris, terdapat pernapasan cuping hidung,

otot bantu napas tidak ada, irama napas reguler, suara napas vesikuler, tidak ada suara nafas tambahan seperti ronkhi, wheezing. Pasien mengalami diabetes melitus dan hipertensi yang menjadi salah satu terjadinya IMA.

Analisa data pada tinjauan pustaka hanya menguraikan teori saja sedangkan pada kasus nyata disesuaikan dengan keluhan yang dialami pasien karena penulis menghadapi pasien secara langsung kesenjangan yang lain yaitu tentang diagnosa keperawatan.

#### **4.2 Diagnosa keperawatan**

Diagnosa keperawatan yang ada pada tinjauan pustaka ada lima yaitu :

1. Nyeri akut berhubungan dengan hipoksia miokard (oklusi arteri koroner).
2. Resiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan laju, irama, dan konduksi elektrik, penurunan preload dan peningkata resistensi vaskular sistemik , infark atau diskinetik otot jantung.
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen akibat adanya iskemia dan jaingan nekrotik miokard.
4. Ansietas berhubungan dengan perubahan kesehatan dan status sosio-ekonomi, ancaman kehilangan atau kematian serta konflik mengenai nilai nilai, keyakinan dan tujuan hidup.
5. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penyakit, kesalahpahaman terhadap kondisi medis atau terapi yang dibutuhkan, ketidaktahuan tentang sumber informasi, serta kurangnya kemampuan mengingat (recall).

Terdapat dua diagnosa keperawatan yang muncul pada tinjauan kasus yang sama dengan tinjauan pustaka.

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi.
2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen akibat adanya iskemia dan jaringan nekrotik miokard.

Sedangkan ada diagnosa keperawatan yang muncul namun tapi tidak sama dengan diagnosa keperawatan keperawatan pada tinjauan pustaka yaitu :

1. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas.

Tidak semua diagnosa keperawatan pada tinjauan pustaka muncul pada tinjauan kasus atau pada kasus nyata, karena diagnosa keperawatan pada tinjauan pustaka merupakan diagnosa keperawatan pada pasien dengan diagnosa Infark Miokard Akut secara umum sedangkan pada kasus nyata diagnosa keperawatan disesuaikan dengan kondisi klien secara langsung.

### **4.3 Perencanaan**

Pada perumusan tujuan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus pada tinjauan pustaka perencanaan menggunakan kriteria hasil yang mengacu pada pencapaian tujuan. Sedangkan pada perencanaan menggunakan sasaran, dalam intervensinya dengan alasan penulis ingin berupaya memandirikan pasien dan keluarga dalam pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan melalui peningkatan pengetahuan (kognitif), ketrampilan mengenai masalah (afektif) dan perubahan tingkah laku pasien (psikomotor).

Dalam tujuan pada tinjauan kasus dicantumkan kriteria waktu karena pada kasus nyata keadaan pasien secara langsung. Intervensi diagnosa keperawatan yang ditampilkan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terdapat kesamaan namun masing-masing intervensi tetap mengacu pada sasaran, data dan kriteria hasil telah ditetapkan.

1. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas. Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam dengan tujuan pola nafas efektif. Kriteria hasilnya pernafasan dalam batas normal (12-20x/menit), pasien mencapai kriteria hasil pola napas dengan hasil 20 x/menit sedikit sesak jika dibuat untuk beraktivitas seperti berjalan dan pernapasan cuping hidung menurun, rencana tindakan yang dilakukan monitor pola napas pasien, pantau TTV pasien, posisikan pasien semi fowler, berikan oksigen nasal kanul 3 Lpm.
2. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun , wajah tampak meringis menurun, skala nyeri menurun , sikap protektif dan gelisah menurun, TTV dalam rentang normal TD : 115/78 mmHg, N : 80x/menit, RR : 20 x/menit, S : 36,6°C, nafsu makan pasien meningkat, perencanaan yang sudah dilakukan melakukan pengkajian nyeri, monitor skala nyeri, kontrol lingkungan yang memperberta nyeri, berikan teknik nonfarmakologi relaksasi napasdalam, kolaborasi pemberian obat analgetik aspilet 80 mg, isdn 5 mg, per oral.
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, setelah dilakukan tindakan keperawatan selam 3x 24 jam diharapkan toleransi terhadap aktivitas meningkat dengan kriteria hasil frekuensi nadi, nafas dan tekanna darah normal, keluhan lelah setelah beraktivitas menurun dan dispneu setelah beraktivitas menurun, perencanaan yang dilakukan monitor gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, sediakan lingkungan yang nyaman, anjurkan pasien melakukan

aktivitas secara bertahap, anjurkan pasien tirah baring, kolaborasi dengan ahli gizi untuk cara meningkatkan asupan makanan pada pasien.

#### **4.4 Pelaksanaan**

Pelaksanaan adalah perwujudan atau realisasi dari perencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan pada tinjauan pustaka belum dapat direalisasikan karena hanya membahas teori asuhan keperawatan, sedangkan pada kasus nyata pelaksanaan telah disusun dan direalisasikan pada pasien dan ada pendokumentasian dan intervensi keperawatan.

Pelaksanaan rencana keperawatan dilakukan secara terorganisir dan terintegrasi untuk pelaksanaan diagnosa pada kasus tidak semua sama dengan tinjauan pustaka, hal itu karena disesuaikan dengan keadaan pasien yang sebenarnya. Dalam melaksanakan ini pada faktor penunjang maupun faktor penghambat yang penulis alami. Hal-hal yang menunjang dalam asuhan keperawatan yaitu antara lain : adanya kerja sama yang baik dari perawat maupun dokter ruangan dan tim kesehatan lainnya, tersedianya sarana dan prasarana diruangan yang menunjang dalam pelaksanaan asuhan keperawatan dan penerimaan adanya penulis.

Pada masalah keperawatan Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas dilakukan tindakan keperawatan pada hari pertama, pola nafas pasien takipneu RR : 23x/menit , memberikan asuhan keperawatan yaitu monitor pola napas pasien (frekuensi, kedalaman dan usaha napas), memposisikan pasien semi fowler, memberikan oksigen nasal kanul 3 lpm, memberikan obat clopidogrel 75 mg per oral memantau TTV. Pada pelaksanaan tindakan keperawatan hari kedua , memposisikan pasien semi fowler, memberikan oksigen

nasal kanul 3 lpm, mengkaji RR : 22 x/menit, pola napas pasien reguler. Pada hari ketiga memantau pernafasan pasien didapat RR : 20x/menit, namun menggunakan oksigen nasal kanul 3 Lpm setelah beraktivitas, pola napas pasien reguler.

Pada masalah keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dilakukan tindakan keperawatan melakukan pengkajian nyeri meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri (PQRST), memonitor skala nyeri, mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, misal suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan, memberikan teknik nonfarmakologi seperti relaksasi nafas dalam, mengajarkan teknik nonfarmakologi relaksasi nafasa dalam untuk mengurangi nyeri, memberikan pemberian obat analgetik aspilet 80 mg, isdn 5 mg peroral.

Pada masalah keperawatan intoleransi aktivitas berhubungan dengan Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen dilakukan tindakan keperawatan hari pertama memonitor gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, menyediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus seperti suara bising, menjelaskan pola peningkatan tingkat aktivitas misalnya ke toilet, menganjurkan pasien tirah baring, hari kedua pasien menjelaskan hal yang membuat pasien cepat merasa lemas, pasien dapat melakukan rentan gerak aktif, pasien kadang terbangun saat malam, hari ke tiga pasien melakukan latihan gerak bertahap dan menganjurkan pasien tirah baring setelah melakuakn latihan gerak, menghubungi bagian ahli gizi untuk meningkatkan asupan makanan pada pasien.

Pada pelaksanaan tindakan keperawatan tidak ditemukan hambatan dikarenakan pasien dan keluarga kooperatif dengan perawat, sehingga rencana tindakan dapat dilakukan.

#### 4.5 Evaluasi

Pada tinjauan pustaka evaluasi belum dapat dilaksanakan karena merupakan kasus semu sedangkan pada tinjauan kasus evaluasi dapat dilaksanakan karena dapat diketahui keadaan pasien dan masalahnya secara langsung.

Pada waktu dilaksanakan evaluasi tanggal 04 Mei 2021 diagnosa Pola Napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, pola napas normal 20 x/menit, sesak mulai berkurang, sesak saat melakukan aktivitas dan bergerak mulai berkurang, tidak nampak pernapasan cuping hidung, frekuensi nafas normal dan irama reguler, pasien dapat bernapas dengan nyaman karena tindakan yang tepat dan telah berhasil dilaksanakan dan masalah teratasi sebagian dan pasien KRS tanggal 06 Mei 2021.

Pada waktu dilaksanakan evaluasi tanggal 04 Mei 2021 diagnosa Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, nyeri yang dirasakan mulai berkurang, wajah sudah nampak tidak meringis kesakitan, pasien bisa melakukan aktivitas dengan nyaman, skala nyeri menurun menjadi 2 , pasien sudah tidak terlalu protektif, pasien sudah tidak nampak gelisah, karena tindakan yang tepat dan telah berhasil dilaksanakan dan masalah teratasi pada tanggal 04 Mei 2021 dan pasien KRS tanggal 06 Mei 2021.

Pada waktu dilaksanakan evaluasi tanggal 04 Mei 2021 diagnosa Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen selama 3x 24 jam keletihan setelah melakukan aktivitas berkurang, frekuensi nadi dan napas normal N : 80x/menit, RR : 20x/menit, pasien nampak lebih baik, sesak setelah beraktivitas sangat berkurang, aktivitas ADL sudah bisa dilakukan secara mandiri karena tindakan yang tepat dan telah berhasil

dilaksanakan dan masalah teratasi pada tanggal 04 Mei 2021 dan pasien KRS tanggal 06 Mei 2021.

Pada akhir evaluasi semua tujuan dapat tercapai karena adanya kerja sama yang baik antara pasien, keluarga pasien dan tim kesehatan (medis). Hasil evaluasi pada Ny.N sesuai dengan harapan masalah teratasi dan KRS pada tanggal 06 Mei 2021.

## **BAB 5**

### **PENUTUP**

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan kasus Infark Miokard Akut (IMA) di ruang Jantung RSPAL Dr.Ramelan Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pasien dengan Infark Miokard Akut (IMA).

#### **5.1 Kesimpulan**

1. Pada pengkajian didapatkan pasien nyeri dada menyebar ke perut sampai ke leher sebelah kiri, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri timbul saat bergerak dan beraktivitas, skala 3, nyeri dirasa hilang timbul, pasien sesak terpasang selang oksigen nasal kanul 3 Lpm, Tekanan darah 138/95 mmHg, RR : 23 x/menit, nafsu makan pasien menurun, pasien pernah mengalami stroke ringan sebelumnya.
2. Masalah keperawatan yang muncul adalah pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.
3. Intervensi yang diberikan pada pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan tujuan pola napas efektif RR 12-20 kali/menit. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan tujuan nyeri berkurang dari skala lima ke skala 1-2, dan intensitas nyeri berkurang. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan

kebutuhan oksigen, setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan tujuan mampu melakukan aktivitas sehari-hari (ADLs) secara mandiri.

4. Beberapa tindakan mandiri keperawatan pada pasien dengan Infark Miokard Akut (IMA) menganjurkan pasien untuk relaksasi napas dalam agar nyeri berkurang dan, anjurkan pasien tirah baring dan tidak banyak untuk beraktivitas agar keluhan sesak napas berkurang .jika sesak napas bisa melakukan napas dalam dan melakukan posisi semi fowler secara mandiri
5. Pada akhir evaluasi semua tujuan dapat tercapai karena adanya kerjasama yang baik antara pasien dengan keluarga serta tim kesehatan. Hasil evaluasi pada Ny. N sudah sesuai dengan harapan masalah teratasi klien KRS pada tanggal 06 Mei 2021

## **5.2 Saran**

Bertolak belakang dari kesimpulan diatas penulis memberikan saran sebagai berikut :

1. Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit

Hasil studi kasus ini akan menjadi masukan bagi pelayannya di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada pasien Infark Miokard Akut (IMA) dengan baik.

2. Bagi peneliti

Hasil penelitian ini dapat menjadi salah rujukan bagi peneliti berikutnya, yang kan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan Infark Miokard Akut (IMA)

### 3. Bagi profesi kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan Infark Miokard Akut (IMA).

4. Untuk mencapai hasil keperawatan yang dihasilkan, diperlukan hubungan yang baik dan keterlibatan pasien, keluarga serta tim kesehatan lainnya.
5. Perawat sebagai petugas pelayanna kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, keterampilan yang cukup serta dapat bekerjasama dengan tim kesehatan lainnya dengan memberi asuhan keperawatan pada pasien Infark Miokard Akut (IMA), dengan prioritas masalah dalam kasus ini.
6. Dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang profesional alangkah baiknya diadakan suatu seminar atau suatu pertemuan yang membahas tentang masalah kesehatan yang ada pada pasien.
7. Pendidikan dan pengetahuan perawat secara berkelanjutan perlu ditingkatkan baik secara formal dan informal khususnya pengetahuan dalam bidang pengetahuan.
8. Keseimbangan dan tingkatan pemahaman perawat terhadap konsep manusia secara komprehensif sehingga mampu menerapkan asuhan keperawatan dengan baik.

## DAFTAR PUSTAKA

- Ardiansyah, Muhamad. 2012. *Medikal Bedah*. 1st ed. ed. Dion. jogjakarta: diva press.
- Ardiansyah, Muhammad. 2012. *Medikal Bedah Untuk Mahasiswa*. yogyakarta: Diva Press.
- Artawan., Wijaya., Arini., and Sunirda. 2019. “Gambaran Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Pada Pasien Infark Miokard Akut Dengan Nyeri AKut Di Ruang Emergency Cardio RSUP Sanglah Denpasar.” *Jurnal Kesehatan Medika Undaya* 05(01): 10–25.
- asikin, nuralamsyah, Susaldi. 2016. *Kaperawatan Medikal Bedah Sistem Kardiovaskular*. pare pare: erlangga.
- Budiman, Budiman, Rosmariana Sihombing, and Paramita Pradina. 2017. “Hubungan Dislipidemia, Hipertensi Dan Diabetes Melitus Dengan Kejadian Infark Miokard Akut.” *Jurnal Kesehatan Masyarakat Andalas* 10(1): 32.
- Farissa. 2012. *Komplikasi Pada Pasien Infark Miokard Akut StElevasi (Stemi) Yang Mendapat Maupun Tidak Mendapat Terapi Reperfusi*. skripsi. Program Pendidikan Sarjana Kedokteran Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro.
- Kartika. 2013. *Standar Asuhan Keperawatan*. Jakarta: TIM.
- Kasron. 2016. *Buku Ajar Keperawatan Sistem Kardiovaskuler*. trans info media.
- Muttaqin, Arif. 2012. *Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Kardiovaskular Dan Hematologi*. salemba medika.
- PPNI, Tim Pokja SDKI DPP. 2017. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. 2nd ed. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- PPNI, Tim Pokja SIKI DPP. 2018. *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- PPNI, Tim Pokja SLKI DPP. 2019. *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Saputra, Lyndon. 2014. *Kardiovaskular*. binara aksara.
- Sista Satyarsa, Agung Bagus, Sang Ayu Arta Suryantari, Putu Gupta Arya Gumilang, and Ni Nyoman Ayu Dewi. 2019. “Potensi FuMA Stem Cells, Kombinasi Fukoidan Dan Bone Marrow Stem Cells (BMSCs), Sebagai Penatalaksanaan Mutakhir Pada Infark Miokard Akut.” *Intisari Sains Medis* 10(1): 174–80.

## Lampiran 1

### STANDART OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)

#### PEMASANGAN EKG

##### A. Definisi

Elektrokardiografi adalah ilmu yang mempelajari perubahan-perubahan potensial atau perubahan voltase yang terdapat dalam jantung. Elektrokardiogram adalah grafik yang merekam perubahan potensial listrik jantung yang dihubungkan dengan waktu.

##### B. Tujuan EKG

1. Mengetahui kelainan-kelainan irama Jantung.
2. Mengetahui kelainan- kelainan miokardium.
3. Mengetahui adanya pengaruh atau efek obat-obat jantung.
4. Mengetahui adanya gangguan elektrolit.
5. Mengetahui adanya gangguan perikarditis.

##### C. Persiapan Alat

1. Mesin EKG yang dilengkapi 3 kabel :

- Satu kabel untuk listrik (power)
- Satu kabel untuk ground
- Satu kabel untuk pasien

2. Plat electrode

Yaitu plat electrode ekstremitas diikat dengan ban pengikat khusus dan electrode dada dengan balon penghisap.

3. Jelly electrode
4. Kertas EKG

5. Kertas tissue
6. Sarung tangan
7. Bengkok
8. Kertas Alkohol

#### D. Prosedur Kerja

- 1 Tahap pra-interaksi
  - a. Identifikasi kebutuhan/indikasi pasien
  - b. Cuci tangan
  - c. Siapkan alat
- 2 Tahap orientasi
  - a. Mengucapkan salam pada pasien.
  - b. Menjelaskan jenis pemeriksaan dan tujuan pemeriksaan pada pasien.
  - c. Menjelaskan langkah dan prosedur pemeriksaan pada pasien.
  - d. Menanyakan kesediaan pasien.
- 3 Tahap kerja
  - a. Periksa kelengkapan alat.
  - b. Cuci tangan
  - c. Pakai handscoon
  - d. Posisikan pasien pada posisi berbaring tenang di bed, tangan dan kaki pasien tidak saling bersentuhan dengan anggota tubuh lain atau benda-benda yang terbuat dari logam selain electrode.
  - e. Pastikan tidak ada alat elektronik dan logam lain yang bersentuhan dengan pasien.
  - f. Bersihkan dada dan kedua tangan dan kaki pasien dengan kapas kapas

alcohol.

g. Berikan sedikit jeli pada setiap tempat pemasangan elektoda di tubuh pasien.

h. Pasang Elektrode ekstremitas atas pada pergelangan tangan searah dengan telapak tangan.

Merah : dipasang pada tangan kanan

Kuning : dipasang pada tangan kiri

i. Elektrode ekstremitas bawah dipasang pada pergelangan kaki sebelah dalam

Hitam : dipasang pada kaki kanan

Hijau : dipasang pada kaki kiri

j. Pasang Elektode dada ( perikordial)

V1 : dipasang pada interkostal (IC) ke 4 pinggir kanan sternum.

V2 : dipasang pada interkostal (IC) ke 4 pinggir kiri sternum.

V3 : dipasang ditengah antara V2 dan V4.

V4 : dipasang pada interkostal (IC) ke 5 pinggir kiri sternum.

V5 : dipasang sejajar V4 garis aksilaris kiri.

V6 : Sejajar V4 garis mid aksilaris kiri.

k. Hasil pemasangan tersebut terjadilah 2 sandapan (lead)

- Sandapan bipolar (sandapan standar) dan ditandai dengan angka romawi I, II, III.
- Sandapan Unipolar Extremitas (Augmented extremity lead) yang ditandai dengan simbol aVR, aVL, aVF.

- l. Cara Merekam EKG
  - a. Hidupkan mesin EKG dan tunggu sebentar untuk pemanasan.
  - b. Periksa kembali standarisasi EKG antara lain
    1. Kalibrasi 1 mv (10 mm)
    2. Kecepatan 25 mm/detik
  - c. Setelah itu lakukan kalibrasi dengan menekan tombol run/start dan setelah kertas bergerak, tombol kalibrasi ditekan 2 -3 kali berturut-turut dan periksa apakah 10 mm
- m. Dengan memindahkan lead selector kemudian dibuat pencatatan EKG secara berturut-turut yaitu sandapan (lead) I, II, III, aVR,aVL,aVF,VI, V2, V3, V4, V5, V6. Setelah pencatatan, tutup kembali dengan kalibrasi seperti semula sebanyak 2-3 kali, setelah itu matikan mesin EKG.
- n. Apabila hasil print EKG sudah dapat dibaca dengan jelas lepaskan seluruh electrode.
- o. Bersihkan tubuh pasien dan rapikan kembali posisi pasien.
- p. Beritahukan pada pasien bahwa perekaman telah selesai.
- q. Catat di pinggir kiri atas kertas EKG
  1. Nama pasien
  2. Umur
  3. Tanggal/Jam
  4. Dokter yang merawat dan yang membuat perekaman pada kiri bawah
- r. Perhatian
  1. Sebelum bekerja periksa dahulu tegangan alat EKG
  2. Alat selalu dalam posisi stop apabila tidak digunakan

3. Perekaman setiap sandapan (lead) dilakukan masing - masing 2-4 kompleks
4. Kalibrasi dapat dipakai gambar terlalu besar, atau 2 mv bila gambar terlalu kecil
5. Hindari gangguan listrik dan gangguan mekanik seperti ; jam tangan, tremor, bergerak, batuk dan lain-lain
6. Dalam perekaman EKG, perawat harus menghadap pasien

#### 4 Terminasi

- a. Informasikan hasil perekaman pada pasien.
- b. Dokumentasikan hasilnya
- c. Beri reinforcement terhadap sikap kooperatif.
- d. Beritahukan / diskusikan rencana tindak lanjut pada pasien.
- e. Ucapkan salam penutup terhadap pasien.
- f. Akhiri kegiatan, membereskan alat-alat
- g. Cuci tangan

