# KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.D DENGAN DIAGNOSIS MEDIS AMI (AKUT MIOKARD INFARK) DI RUANG MAWAR RUMKITALMAR EWA PANGALILA**

# SURABAYA

****

**Oleh :**

# BUDI HARIYANTO NIM.2221004

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN SEKOLAH TINGGI KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA**

**2025**

# KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.D DENGAN DIAGNOSIS MEDIS AMI (AKUT MIOKARD INFARK) DI RUANG MAWAR RUMKITALMAR EWA PANGALILA**

# SURABAYA

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



**Oleh:**

**BUDI HARIYANTO NIM 2221004**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH**

**SURABAYA 2025**

# SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Budi Hariyanto

NIM : 2221004

Tanggal Lahir : Probolinggo, 30 Juli 1980 Program Studi : D3 Keperawatan

Menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Tn. D Dengan Diagnosis Medis AMI (Akut Miokard Infark) di Ruang Mawar Rumkitalmar Ewa Pangalila Surabaya”. 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.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Surabaya,17 Mei 2025 Yang menyatakan

Budi Hariyanto NIM 2221004

# LEMBAR PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa : Nama : Budi Hariyanto

NIM : 2221004

Program studi : D3 Keperawatan

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Tn. D Dengan Diagnosis Medis AMI (Akut Miokard Infark) di Ruang Mawar Rumkitalmar Ewa Pangalila 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 (Amd.Kep)

Surabaya, 17 Mei 2025 Pembimbing

Nur Muji Astuti, S.Kep., Ns., M.Kep NIP. 03044

Mengetahui,

Stikes Hang Tuah Surabaya Ka Prodi D3 Keperawatan

Dr. Dya Sustrami, S.Kep.,Ns., M.Kes NIP. 03007

Ditetapkan di : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya Tanggal : 17 Mei 2025

# LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dari :

Nama : Budi Hariyanto

NIM : 2221004

Program studi : D3 Keperawatan

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Tn. D Dengan Diagnosis

Medis AMI (Akut Miokard Infark) di Ruang Mawar Rumkitalmar Ewa Pangalila Surabaya.

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

Hari, tanggal : 17 April 2025

Bertempat di : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya Dan dinyatakan LULUS dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar AHLI MADYA KEPERAWATAN pada Prodi D3 Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya

Penguji I : Christina Yuliastuti, S.Kep.,Ns.,M.Kep (… )

NIP.03017

Penguji II : Dedi Irawandi, S.Kep.,Ns.,M.Kes (… )

NIP.03070

Penguji III : Nur Muji Astuti, S.Kep., Ns., M.Kep (… )

NIP. 03044

Mengetahui,

Stikes Hang Tuah Surabaya Ka Prodi D3 Keperawatan

Dr. Dya Sustrami, S.Kep., Ns, M.Kes NIP. 03007

Ditetapkan di : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya Tanggal : 17 Mei 2025

# KATA PENGANTAR

Puji syukur Alhamdulillahirabbil ‘alamin atas segala Karunia dan Hidayah- Nya serta kemudahan yang diberikannya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Tn.D Dengan Diagnosis Medis AMI (Akut Miokard Infark) di Ruang Mawar Rumkitalmar Ewa Pangalila Surabaya”sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan Program Ahli Madya Keperawatan

Dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini penulis telah mendapatkan masukan dan bantuan dari berbagai pihak, oleh karena itu pada kesempatan ini menyampaikan teriam kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Laksamana Pertama TNI (Purn)Dr. AV. Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes., FISQua, selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk praktik di Rumkitalmar Ewa Pangalila Surabaya dan menyelesaikan Pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya
2. Letkol Laut (K) dr.Abdul Haris, Sp.BS., M.Tr.Opsla, Selaku Komandan Rumkitalmar Ewa Pangalila Surabaya, yang telah memberikan ijin dan lahan praktik untuk penyusunan Karya Tulis dan selama kami berada di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya
3. Dr. Diyah Arini, S.Kep., Ns., M.Kes. Selaku Pembantu Ketua 1 yang telah memberikan fasilitas kepada penulis selama menempuh studi
4. Dr. Setiadi, S.Kep., Ns., M.Kep. Selaku Pembantu Ketua 2 yang telah memberikan fasilitas kepada penulis selama menempuh studi
5. Dr. Dhian Satya Rachmawati, S.Kep., Ns., M.Kep. Selaku Pembantu Ketua

3 yang telah memberikan fasilitas kepada penulis selama menempuh studi

1. Dr. Dya Sustrami, S.Kep.,Ns.,M.Kes., selaku Kepala Program Studi D3 Keperawatan yang selalu memberi dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia
2. Ibu Christina Yuliastuti, S.Kep., Ns., M.Kep., selaku penguji ketua yang dengan tulus telah tersedia meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan, masukan dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah
3. Bapak Dedi Irawandi, S.Kep., Ns., M.Kep., selaku penguji dan pembimbing, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan masukan dalam penyusunan dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini
4. Ibu Nur Muji Astuti, S.Kep., Ns., M.Kep., selaku pembimbing, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan masukan dalam penyusunan dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini
5. Bapak ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulis Karya Tulis Ilmiah ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulis ikhlas melayani keperluan penulisan selama menjalani studi dan penulisannya.
6. Perawat dan staf Ruang Mawar Rumkitalmar Ewa Pangalila yang telah membimbing dan memberikan arahan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah di Ruangan.
7. Tn. D dan keluarga yang telah kooperatif menjadi responden penulisan tugas akhir kami, semoga senantiasa diberikan kesehatan
8. Untuk keluarga saya, terkhusus Fatimah Caranita A, istri tercinta yang selalu memberikan support dan doa kepada saya. terima telah menjadi salahsatu bagian terpenting dalam kehidupan saya.
9. Rekan rekan kumara 28 Angkatan Tahun 2022 yang dalam beberapa tahun ini telah berbagi cerita suka maupun duka dalam studi maupun dalam praktik klinik di Rumah sakit, senantiasa memberi support dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah, dan juga kerja sama kalian dalam tim selama ini, kalian sudah seperti saudara bagi saya.

Surabaya, 17 April 2025 Penulis

# DAFTAR ISI

COVER i

[SURAT PERNYATAAN ii](#_bookmark0)

[LEMBAR PERSETUJUAN iii](#_bookmark1)

[LEMBAR PENGESAHAN iv](#_bookmark2)

[KATA PENGANTAR v](#_bookmark3)

[DAFTAR ISI viii](#_bookmark4)

[DAFTAR TABEL x](#_bookmark5)

[DAFTAR GAMBAR xi](#_bookmark6)

[DAFTAR LAMPIRAN xii](#_bookmark7)

[BAB 1 PENDAHULUAN 1](#_bookmark8)

[Latar Belakang 1](#_bookmark9)

[Rumusan masalah 3](#_bookmark10)

[Tujuan penulisan 3](#_bookmark11)

* + 1. [Tujuan Umum 3](#_bookmark12)
    2. [Tujuan Khusus 3](#_bookmark13)

[Manfaat Penulisan 4](#_bookmark14)

[Metode penulisan 4](#_bookmark15)

* + 1. [Metode 4](#_bookmark16)
    2. [Teknik Pengumpulan Data 5](#_bookmark17)

[Sumber Data 5](#_bookmark18)

* + 1. [Studi Kepustakaan 7](#_bookmark19)

[Sistematika Penulisan 7](#_bookmark20)

[BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA 8](#_bookmark21)

[Konsep Dasar Penyakit Infark Miokard Akut 8](#_bookmark22)

* + 1. [Anatomi dan Fisiologi Jantung 8](#_bookmark23)
    2. [Definisi Akut Infark Miokard (AMI) 10](#_bookmark24)
    3. [Etiologi Akut Infark Miokard (AMI) 10](#_bookmark25)
    4. [Manifestasi Klinis Akut Infark Miokard (AMI) 11](#_bookmark26)
    5. [Tanda dan Gejala Akut Infark Miokard (AMI) 11](#_bookmark27)
    6. [Patofisiologis Akut Infark Miokard (AMI) 13](#_bookmark28)
    7. [Komplikasi Akut Infark Miokard (AMI) 14](#_bookmark29)
    8. [Pemeriksaan Penunjang Akut Infark Miokard (AMI) 14](#_bookmark30)
    9. [Penatalaksanaan Akut Infark Miokard (AMI) 15](#_bookmark31)

[Konsep Nyeri 16](#_bookmark32)

* + 1. [Definisi Nyeri 16](#_bookmark33)
    2. [Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri 17](#_bookmark34)
    3. [Patofisiologi Nyeri 17](#_bookmark35)
    4. [Manajemen Nyeri 20](#_bookmark36)

[Konsep Asuhan Keperawatan Pasien Dengan AMI 22](#_bookmark37)

* + 1. [Pengkajian 22](#_bookmark38)
    2. [Diagnosis 27](#_bookmark39)
    3. [Intervensi 28](#_bookmark40)
    4. [Implementasi 33](#_bookmark41)
    5. [Evaluasi 33](#_bookmark42)
    6. [Kerangka masalah 34](#_bookmark43)

[BAB 3 TINJAUAN KASUS 35](#_bookmark45)

* 1. [Pengkajian 35](#_bookmark46)
     1. [Identitas 35](#_bookmark47)
     2. [Keluhan utama 35](#_bookmark48)
     3. [Riwayat penyakit sekarang 35](#_bookmark49)
     4. [Riwayat penyakit dahulu 36](#_bookmark50)
     5. [Riwayat penyakit keluarga 36](#_bookmark51)
     6. [Keadaan umum 36](#_bookmark52)
     7. [Genogram 37](#_bookmark53)
     8. [Riwayat alergi 37](#_bookmark55)
     9. [Pemeriksaan fisik 38](#_bookmark56)
     10. [Pemeriksaan penunjang 44](#_bookmark58)
  2. [Diagnosis keperawatan 48](#_bookmark63)
     1. [Analisis data 48](#_bookmark64)
     2. [Prioritas masalah 49](#_bookmark66)
  3. [Rencana keperawatan 50](#_bookmark68)
  4. [Implementasi dan evaluasi keperawatan 52](#_bookmark70)
  5. [Evaluasi Sumatif 58](#_bookmark72)

[BAB 4 PEMBAHASAN 59](#_bookmark74)

* 1. [Pengkajian 59](#_bookmark75)
  2. [Diagnosis 61](#_bookmark76)
  3. [Intervensi 62](#_bookmark77)
  4. [Implementasi 64](#_bookmark78)
  5. [Evaluasi 64](#_bookmark79)

[BAB 5 PENUTUP 66](#_bookmark80)

[Kesimpulan 66](#_bookmark81)

[Saran 68](#_bookmark82)

[DAFTAR PUSTAKA 69](#_bookmark83)

DAFTAR LAMPIRAN 71

# DAFTAR TABEL

[Tabel 3.1, Personal hygiene 43](#_bookmark57)

[Tabel 3.2, Hasil Laboratorium Darah Lengkap 44](#_bookmark59)

[Tabel 3.3, Terapi obat Tn. D 47](#_bookmark62)

[Tabel 3.4, Analisa data Tn. D 48](#_bookmark65)

[Tabel 3.5, Prioritas Masalah KeperawatanTn. D 49](#_bookmark67)

[Tabel 3.6, Rencana Keperawatan Tn. D 50](#_bookmark69)

[Tabel 3.7, Implementasi Keperawatan Tn. D 52](#_bookmark71)

[Tabel 3.8, Evaluasi Sumatif 58](#_bookmark73)

# DAFTAR GAMBAR

[Gambar 2.1, Kerangka Masalah 34](#_bookmark44)

[Gambar 3.1, Genogram keluarga Tn. D 37](#_bookmark54)

[Gambar 3.2, Hasil Foto Thorax T n . D 45](#_bookmark60)

[Gambar 3.3, Hasil Pemeriksaan EKG Tn. D 46](#_bookmark61)

# DAFTAR LAMPIRAN

[Lampiran 1, Lembar Observasi Tn. D 71](#_bookmark84)

[Lampiran 2, Standar Prosedur Operasional (SPO) Pemasangan EKG 76](#_bookmark85)

[Lampiran 3, Standar Prosedur Operasional (SPO) Balance Cairan 79](#_bookmark86)

**DAFTAR SINGKATAN**

AMI : *Akut Miokard Infark*

BAB : Buang Air Besar

BAK : Buang Air Kecil

CRT : *Capillary Refill Time*

CTR : *Cardiothoracic Ratio*

CVP : *Central Venous Pressure*

EKG : *Elektrokardiogram*

ICS : *Intercostal Space*

IWL : *Insensible Water Loss*

KRS : Keluar Rumah Sakit

LDL : *Low-Density Lipoprotein*

mmHg : milimeter air raksa

MRS : Masuk Rumah Sakit

PAG : *Periaqueductal gray*

RR : Respiratory Rate

SDKI : Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia

SIKI : Standar Intervensi Keperawatan Indonesia

SLKI : Standar Luaran Keperawatan Indonesia

SPO : Standar Prosedur Operasional

SSP : sistem saraf pusat

TD : Tekanan Darah

WHO : *World Health Organization*

# BAB 1 PENDAHULUAN

## Latar Belakang

Akut Miokard Infark (AMI) adalah penyebab utama kematian di dunia.

Salah satu penyebab morbiditas dan mortalitas yang tinggi adalah sifat penyakit yang progresif dan ireversibel serta perawatan saat ini masih belum optimal dalam menyelesaikannya (Satyarsa et al., 2019). Gejala paling sering dialami pasien Akut Miokard Infark (AMI) adalah nyeri dada. Nyeri dada menyebabkan ketidaknyamanan pada pasien, sehingga menurunkan kualitas hidup pasien (Idris & Prawati, 2022). Masalah keperawatan yang muncul pada pasien AMI antara lain adalah penurunan curah jantung, nyeri akut, dan ansietas.

*World Health Organization* (WHO) (2025) menyebutkan khususnya di negara-negara maju menunjukkan bahwa angka insiden atau kejadian baru AMI berkisar antara 150–200 per 100.000 penduduk per tahun. AMI menempati posisi ke-7 sebagai penyakit tidak menular tertinggi di Indonesia, dengan sekitar 1,5% populasi atau sekitar 2.650.000 kasus terdiagnosis berdasarkan gejala klinis (Ketut et al., 2022). Data rekam medis di Ruang Mawar Rumkitalmar Ewa Pangalila Surabaya dari bulan Januari hingga Desember 2024 menunjukkan jumlah pasien dengan diagnosis medis AMI tercatat sebanyak 84 pasien (7%) dari total kunjungan pasien.

Proses aterosklerosis dimulai dengan penumpukan plak terdiri dari kolesterol, lemak, kalsium, dan limbah seluler di dinding arteri koroner. Seiring waktu, plak-plak ini dapat pecah, memicu aktivasi trombosit dan pembentukan

bekuan darah (trombus). Trombus inilah yang menyumbat aliran darah secara tiba- tiba ke miokardium, sehingga menyebabkan iskemia dan kerusakan jaringan otot jantung (Erizon & Karani, 2020). Saat arteri koroner tersumbat biasanya oleh plak aterosklerotik yang pecah dan diikuti dengan pembentukan trombus aliran darah yang kaya oksigen ke miokardium berkurang secara drastis. Kondisi ini menyebabkan kekurangan oksigen (hipoksia) dan penumpukan metabolit seperti asam laktat, yang kemudian merangsang pelepasan mediator inflamasi seperti bradikinin, prostaglandin, dan histamin. Mediator inilah yang mengaktifkan reseptor nyeri pada jaringan jantung dan mengirimkan sinyal ke sistem saraf pusat, menghasilkan sensasi nyeri dada yang sering digambarkan sebagai tekanan berat atau rasa sesak yang menyebar ke lengan kiri, rahang, dan punggung (Suhardi & Shujuan, 2021). Gejala ini bisa menimbulkan masalah keperawatan ansietas yang disebabkan oleh berbagai respons terhadap perubahan signifikan dalam kondisi kesehatan pasien, atau ketidakpastian mengenai prognosis penyakit, ketidakpastian pengobatan atau perawatan yang diberikan, proses medis yang kompleks, efek samping pengobatan, atau prosedur medis yang menakutkan dapat meningkatkan rasa cemas pada pasien (Sanger et al., 2022)

Peran perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan, meliputi proses keperawatan, diharapkan mampu memberikan pelayanan yang profesional, sehingga menurunkan terjadinya prognosis yang buruk, dan memberikan tindakan pencegahan pada diagnosis AMI sehingga menurunkan angka kekambuhan. Dari latar belakang tersebut, maka penulis tertarik untuk mengidentifikasi asuhan keperawatan pada Tn. D dengan diagnosis medis AMI (Akut Miokard Infark) di Ruang Mawar Rumkitalmar Ewa Pangalila Surabaya.

## Rumusan masalah

Untuk mendalami perawatan penyakit ini, penulis akan melakukan studi lebih

lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan Infark Miokard Akut dengan menyusun rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimana asuhan keperawatan pada Tn. D dengan diagnosis medis AMI (Akut Miokard Infark) di Ruang Mawar Rumkitalmar Ewa Pangalila Surabaya.”

## Tujuan penulisan

## Tujuan Umum

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan pada Tn. D dengan diagnosis medis AMI (Akut Miokard Infark) di Ruang Mawar Rumkitalmar Ewa Pangalila Surabaya.

## Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian pada Tn. D dengan diagnosis medis AMI (Akut Miokard Infark) di Ruang Mawar Rumkitalmar Ewa Pangalila Surabaya
2. Menetapkan diagnosa keperawatan pada Tn. D dengan diagnosis medis AMI (Akut Miokard Infark) di Ruang Mawar Rumkitalmar Ewa Pangalila Surabaya
3. Menyusun rencana asuhan keperawatan pada Tn. D dengan diagnosis medis AMI (Akut Miokard Infark) di Ruang Mawar Rumkitalmar Ewa Pangalila Surabaya
4. Menjalankan asuhan keperawatan pada Tn. D dengan diagnosis medis AMI (Akut Miokard Infark) di Ruang Mawar Rumkitalmar Ewa Pangalila Surabaya
5. Mengevaluasi asuhan keperawatan pada Tn. D dengan diagnosis medis AMI (Akut Miokard Infark) di Ruang Mawar Rumkitalmar Ewa Pangalila Surabaya
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Tn. D dengan diagnosis medis AMI (Akut Miokard Infark) di Ruang Mawar Rumkitalmar Ewa Pangalila Surabaya

## Manfaat Penulisan

1. Bagi Instansi Rumah Sakit

Sebagai masukan untuk Rumah Sakit dalam meningkatkan pelayanan keperawatan di ruangan, terutama yang berkaitan dengan Infark Miokard Akut di Rumkitalmar Ewa Pangalila Surabaya.

1. Bagi Profesi keperawatan

Sebagai referensi, penelitian ini diharapkan dapat dimanfaatkan untuk menilai efektivitas pemberian asuhan keperawatan kepada pasien yang mengalami Infark Miokard Akut.

1. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai sumber penelitian, dapat digunakan sebagai referensi dan bahan bacaan bagi mahasiswa keperawatan yang akan melakukan penelitian selanjutnya yang terkait dengan Akut Miokard Infark.

## Metode penulisan

## Metode

Metode penelitian yang di gunakan dalam karya tulis ini adalah metode deskriptif, dimana penulis menggambarkan peristiwa atau gejala yang terjadi saat ini, yang mencakup studi pustaka yang mempelajari, mengumpulkan, serta

membahas data melalui pendekatan proses keperawatan dengan tahapan pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

## Teknik Pengumpulan Data

1. Wawancara

Data diperoleh melalui percakapan dengan pasien, anggota keluarga, atau tim kesehatan lainnya.

1. Observasi

Data yang diperoleh melalui percakapan dengan pasien, anggota keluarga, atau tim kesehatan lainnya.

1. Pemeriksaan

Termasuk pemeriksaan fisik dan laboratorium yang dapat mendukung penentuan diagnosis dan langkah selanjutnya.

## Sumber Data

1. Data Primer

Diperoleh secara langsung dari pasien dan tenaga kesehatan yang terlibat dalam perawatan pasien. Data di dapatkan dari :

* 1. Wawancara (Anamnesis):
     1. Pada pasien (Tn. D): Meliputi keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat kesehatan keluarga, persepsi pasien tentang penyakitnya , pola kebiasaan sehari-hari.
     2. Pada keluarga pasien: Informasi dari anak Tn. D mengenai riwayat penyakit keluarga, kondisi sebelum dan selama perawatan, serta dukungan yang di berikan oleh keluarga.
  2. Observasi
     1. Pemeriksaan Fisik secara langsung : Meliputi inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi.
     2. Pengamatan Perilaku Pasien: ekspresi nyeri, tingkat aktivitas, respons terhadap tindakan keperawatan, dan interaksi pasien.
     3. Pengamatan Lingkungan Perawatan: ketersediaan fasilitas, Kondisi ruang perawatan, dan interaksi dengan pasien.
  3. Pengukuran:

Pengukuran tanda-tanda vital, berat badan, dan tinggi badan.

1. Data Sekunder

Di peroleh dari catatan atau dokumen yang sudah ada, meliputi:

* 1. Rekam Medis Tn. D:
     1. Diagnosis Medis: Akut Miokard Infark (AMI).
     2. Riwayat Penyakit: Catatan medis tentang riwayat penyakit sebelumnya dan komorbiditas.
     3. Hasil Pemeriksaan Penunjang:
        1. Elektrokardiogram (EKG): Hasil EKG saat masuk rumah sakit dan selama perawatan.
        2. Pemeriksaan Laboratorium: Hasil pemeriksaan elektrolit, darah lengkap, profil lipid, glukosa darah.
        3. Pencitraan: Hasil rontgen toraks (jika ada), ekokardiografi.
     4. Catatan Pemberian Terapi Medis: Meliputi jenis terapi obat yang diberikan, dosis, rute, dan jadwal pemberian.
     5. Catatan Perkembangan Pasien: Catatan harian dari dokter dan perawat tentang kondisi pasien, respons terhadap pengobatan, dan intervensi yang telah dilakukan.
  2. Catatan Asuhan Keperawatan Sebelumnya: Jika ada catatan asuhan keperawatan yang tercatat sebelumnya.
  3. Panduan atau Standar Prosedur Operasional (SPO) Rumah Sakit: tentang penatalaksanaan terhadap AMI serta Asuhan keperawatan di Ruang Mawar Rumkitalmar Ewa Pangalila Surabaya.
  4. Literature Review: Buku teks, jurnal ilmiah, dan pedoman klinis terkait Akut Miokard Infark dan asuhan keperawatan kardiovaskular.

## Studi Kepustakaan

Menganalisis buku referensi yang terkait dengan judul karya tulis ilmiah serta isu yang dibahas.

## Sistematika Penulisan

Agar lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari serta memahami karya

tulis ilmiah ini, secara keseluruhan dibagi menjadi tiga bagian yaitu :

1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi
2. Bagian inti, terdiri dari lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini
   1. BAB 1 : Pendahuluan, berisi tentang latar belakang masalah, tujuan, manfaat penelitian, dan sistematika penulisan karya tulis ilmiah
   2. BAB 2 : Tinjauan Pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa medis AMI, serta kerangka masalah
   3. BAB 3 : Tinjauan Kasus, berisi tentang deskripsi data hasil pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi
   4. BAB 4 : Pembahasan, berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan
   5. BAB 5 : Penutup, berisi tentang simpulan dan saran
   6. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

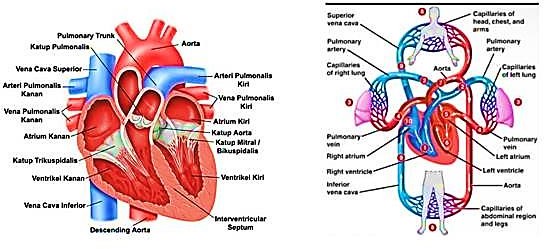
# BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab ini akan di bahas teori konsep penyakit serta Asuhan keperawatan bagi pasien dengan diagnosa medis AMI. Pada halaman konsep penyakit, akan dijelaskan mengenai Anatomi dan fisiologi jantung, definisi, etiologi, manifestasi klinis, tanda dan gejala, patofisiologi, komplikasi, pemeriksaan penunjang dan penatalaksanaan. Dalam Asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis AMI akan di bahas mengenai pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, serta evaluasi.

## Konsep Dasar Penyakit Infark Miokard Akut

## Anatomi dan Fisiologi Jantung

Jantung adalah organ tubuh yang berbentuk seperti pir / kerucut menyerupai piramida terbalik dengan apex (superior posterior: C-II) berada di bagian bawah dan basis (anterior-inferior ICS – V) berada di bagian atas. Pada basis jantung terdapat aorta, batang nadi paru, pembuluh balik atas dan bawah, serta pembuluh balik. Letak Jantung berada di sebelah rongga dada (cavum thoraks) kiri dan terlindungi oleh costae, tepatnya di mediastinum.



Gambar 1.1 Anatomi Jantung (Tsuroyya et al., 2025)

8

Otot jantung terdiri dari 3 lapisan yaitu: a) Luar/perikardium Berfungsi sebagai pelindung jantung atau merupakan kantong yang membungkus jantung yang terletak di mediastinum minus dan di belakang korpus sterni serta rawan iga II-IV, yang terdiri dari 2 lapisan fibrosa dan serosa yaitu lapisan parietal dan viseral. Di antara dua lapisan jantung ini terdapat lendir sebagai pelindung untuk menjaga agar gesekan perikardium tidak mengganggu jantung. b) Tengah/miokardium Lapisan otot jantung yang menerima darah dari arteri koronaria.

c) Dalam/endokardium Dinding dalam atrium yang dilapisi oleh membrane mengkilap yang terdiri dari jaringan endotel atau selaput lender endokardium kecuali aurikula dan bagian depan sinus vena kava.

Ruang-ruang jantung Jantung terdiri dari empat ruang yaitu: 1) Atrium dekstra: Terdiri dari rongga utama dan aurikula di luar, bagian dalamnya membentuk suatu rigi atau Krista terminalis. a) Muara atrium kanan terdiri dari: Vena cava superior, vena cava inferior, sinus koronarius, osteum atrioventrikuler dekstra. b) Sisa fetal atrium kanan: fossa ovalis dan annulus ovalis. c) Ventrikel dekstra: berhubungan dengan atrium kanan melalui osteum atrioventrikel dekstrum dan dengan traktus pulmonalis melalui osteum pulmonalis. Dinding ventrikel kanan jauh lebih tebal dari atrium kanan terdiri dari: a. Valvula triskuspidal b. Valvula pulmonalis. 2) Atrium sinistra: Terdiri dari rongga utama dan aurikula. 3) Ventrikel sinistra: Berhubungan dengan atrium sinistra melalui osteum atrioventrikuler sinistra dan dengan aorta melalui osteum aorta terdiri dari valvula mitralis dan valvula semilunaris aorta (Hariyono,2020).

## Definisi Akut Infark Miokard (AMI)

Akut Infark Miokard (AMI) adalah kematian sel-sel otot jantung akibat iskemia yang berkepanjangan yang di sebabkan oleh penurunan mendadak pasokan oksigen dalam darah akibat penyempitan arteri koroner yang disebabkan oleh aterosklerosis (Hidayah et al., 2023)

AMI terjadi karena nekrosis miokardium yang disebabkan oleh perfusi darah yang tidak mencukupi pada jaringan otot jantung. Kondisi ini mengakibatkan terjadinya perubahan mikroskopis pada jantung dan pelepasan enzim jantung ke dalam sirkulasi darah. Faktor risiko mencakup peningkatan usia, keadaan hiperkoagulabel, vaskulitis, dan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap aterosklerosis (Purba et al., 2023).

## Etiologi Akut Infark Miokard (AMI)

Zulhafni, (2020) menjelaskan penyebab AMI adalah:

1. Faktor Penyebab :
   1. Suplai oksigen ke miokard yang berkurang disebabkan oleh 3 faktor:
      1. Faktor pembuluh darah: Aterosklerosis, spasme, arteritis
      2. Faktor sirkulasi: Hipotensi, stenosis aorta, insufisiensi
      3. Faktor darah: Anemia, hipoksemia, polisitemia.
   2. Curah jantung yang meningkat, akibat dari:

Aktivitas yang berlebihan, Emosi, Makan berlebihan serta Hipertiroidisme.

* 1. Kebutuhan oksigen miokard meningkat pada: Kerusakan miokard, Hipertrofi miokard, Hipertensi diastolik.

1. Faktor predisposisi:
   1. Faktor risiko biologis yang tidak dapat diubah:

Usia lebih dari 40 tahun, Jenis kelamin (insiden pada pria tinggi, sementara pada wanita meningkat setelah menopause), Hereditas serta Ras (insiden lebih tinggi pada kulit hitam).

* 1. Faktor risiko yang dapat diubah:
     1. Mayor: hiperlipidemia, hipertensi, merokok, diabetes, obesitas, pola makan tinggi lemak jenuh, kalori.
     2. Minor: inaktivitas fisik, pola kepribadian tipe A (emosional, agresif, ambisius, kompetitif), stres psikologis yang berlebihan.

## Manifestasi Klinis Akut Infark Miokard (AMI)

Manifestasi klinis AMI menurut Ulantari & Sumarya, (2023) yaitu: nyeri dada retrosternal yang berlangsung lama dan tidak responsif terhadap gliserin, nyeri terletak di substernal, karakteristik nyeri: rasa sakit yang terasa seperti tertekan, terbakar, tertekan benda berat, tertusuk, diperas, dan diputar, nyeri parah pada dada sebelah kiri yang menjalar ke bahu kiri, leher kiri, dan lengan atas yang bisa di picu: oleh aktivitas fisik, stres emosional, cuaca dingin, atau setelah makan. Biasa di sertai gejala keringat dingin, mual, muntah, kesulitan bernapas, cemas, lemas dan napas pendek.

## Tanda dan Gejala Akut Infark Miokard (AMI)

Saskia & Rasyid (2022) Menjelaskan penderita AMI dapat ditemukan tanda dan gejala sebagai berikut :

1. Rasa nyeri di dada pada pasien infark miokard terasa lebih kuat dan berlangsung lama serta tidak sepenuhnya reda dengan beristirahat atau pemberian nitrogliserin. Selain itu, nyeri terasa di substernum yang berat, terasa menekan, seperti diremas-remas, dan kadang menjalar ke leher, rahang epigastrium, bahu, atau lengan kiri.
2. Pada fase awal infark miokard, tekanan vena jugularis akan sedikit meningkat.
3. Pulsasi arteri akrotis melemah akibat berkurangnya volume stroke yang dipompa ke jantung.
4. Mengalami keringat dingin dan kegelisahan.
5. Mengeluhkan sesak napas.
6. EKG menunjukkan: Q patologis, ST elevasi / inversi (kerusakan otot), gelombang T inversi (iskemik).
7. Peningkatan enzim CK-MB dalam 4-6 jam, troponin 3-6 jam setelah terjadinya nyeri.
8. Terjadi bradikardi dan aritmia.
9. Kadar CK (kreatinin fosfokinase) bisa dalam batas normal pada stadium awal, tetapi bisa meningkat 6 jam setelah infark.
10. AMI yang tanpa gejala atau tidak terdiagnosis dapat menyebabkan atau menyertai kondisi klinis lainnya. Kondisi ini meliputi sebagai berikut:
    1. Pingsan akibat disritmia jantung atau perfusi serebral yang berkurang.
    2. Trauma yang terjadi akibat kehilangan kesadaran.
    3. Kehilangan kesadaran dan stroke, AMI sering menjadi penyebabnya, akibat hipoperfusi dari endokardium yang rusak di atas area infark jantung pada pasien.

## Patofisiologis Akut Infark Miokard (AMI)

Pada infark miokard akut dengan elevasi segmen ST (STEMI) biasanya terjadi ketika aliran darah koroner berkurang secara mendadak setelah penyumbatan trombus pada plak aterosklerotik yang sudah ada sebelumnya. Dalam sebagian besar kasus, infark terjadi jika plak aterosklerosis mengalami retak, pecah, atau ulserasi, dan jika kondisi lokal atau sistemik memicu trombogenesis, sehingga timbul trombus mural di lokasi pecah yang menyebabkan oklusi arteri koroner. Penelitian histologis menunjukkan bahwa plak koroner cenderung pecah jika memiliki fibrousca yang tipis dan inti kaya lipid (Oedijani, 2019) Infark menggambarkan puncak dari serangkaian peristiwa berbahaya, yang dimulai oleh iskemia, yang berkembang dari fase yang mungkin dapat diubah menjadi fase kematian sel yang tidak dapat diubah. Miokard yang langsung disuplai oleh pembuluh darah yang terhambat akan dengan segera mengalami kematian. Jaringan di sekitar area nekrosis mungkin tidak langsung mati karena jaringan tersebut masih mungkin cukup teraliri oleh pembuluh darah sekitar yang masih dalam kondisi baik. Namun, sel-sel di sekeliling yang lain dapat mengalami iskemia seiring berjalannya waktu, akibat kebutuhan akan oksigen yang tetap ada meskipun pasokan oksigen berkurang, dan wilayah infark dapat meluas ke arah luar (Idris & Prawati, 2022).

## Komplikasi Akut Infark Miokard (AMI)

Perluasan infark dan iskemia pada infark (Ibanez et al., 2018) bisa meiliputi:

1. Aritmia, yaitu : Bradikardi sinus, Takikardia supraventrikular, Aritmia ventrikel, Gangguan konduksi
2. Disfungsi otot jantung : Gagal jantung kiri, Hipotensi, Syok, Infark ventrikel kanan, Defek mekanik, Ruptur miokard, Aneurisma ventrikel kiri, Perikarditis, Trombus mural.

## Pemeriksaan Penunjang Akut Infark Miokard (AMI)

Pemeriksaan EKG 12 sandapan umumnya pada AMI menunjukkan ciri-ciri iskemia, injuri, dan nekrosis yang muncul sesuai urutan tertentu berdasarkan perubahan-perubahan pada miokard yang disebut evolusi EKG (Herawati, 2022). Evolusi terdiri dari fase-fase sebagai berikut:

1. Fase awal atau fase hiperaktif, Terdiri dari
   1. Elevasi ST yang non spesifik
   2. T yang tinggi dan melebar
2. Fase evolusi lengkap. Terdiri dari:
   1. Elevasi ST yang spesifik, konveks ke atas
   2. T yang negatif dan simetris
   3. Q patologis
3. Fase infark lama Terdiri dari:
   1. Q patologis, bisa QS atau Qr
   2. ST yang kembali iso-elektrik
   3. T bisa normal atau negatif.

Timbulnya kelainan-kelainan EKG pada AMI dapat terjadi dengan

keterlambatan, sehingga untuk menyingkirkan diagnosis AMI diperlukan EKG serial. Fase evolusi yang berlangsung dapat sangat bervariasi, dari beberapa jam hingga 2 minggu. Selama evolusi atau setelahnya, gelombang Q dapat menghilang sehingga dinamakan infark miokard non-Q. Gambaran infark miokard subendokardial pada EKG tidak begitu jelas dan memerlukan konfirmasi secara klinis dan laboratoris, biasanya terdapat depresi segmen ST yang disertai inversi segmen T yang berlangsung beberapa hari. Pada infark miokard, umumnya dianggap bahwa Q menunjukkan nekrosis miokard, sedangkan R menunjukkan miokard yang masih baik, sehingga bentuk QR menggambarkan infark non- transmural sedangkan bentuk QS menggambarkan infark transmural. Pada infark miokard non-Q, penurunan tinggi R menunjukkan nekrosis miokard. Pada infark miokard dinding posterior murni, gambaran EKG menampilkan bayangan cermin dari infark miokard anteroseptal terhadap garis horisontal, sehingga terdapat R yang tinggi di V1, V2, V3 dan disertai T yang simetris (Lehmacher et al., 2020).

## Penatalaksanaan Akut Infark Miokard (AMI)

Tujuan utama dari tata laksana infark miokard akut adalah untuk mengembalikan perfusi miokard dengan segera, meredakan rasa sakit, serta mencegah dan mengelola komplikasi (Bambari et al., 2021) Tata laksana awal terdiri dari:

1. Pemberian oksigen tambahan melalui sungkup/ kanula hidung dan pengawasan saturasi oksigen
2. Mengurangi rasa nyeri di dada
3. Terapi fibrinolitik dengan pemberian tissue-type plasminogen activator, serta aspirin dan heparin dalam rentang 90 menit sejak munculnya gejala
4. Modifikasi gaya hidup
5. Pemberian obat penghambat enzim pengonversi angiotensin (ACE inhibitor) untuk menurunkan preload dan afterload.
6. Penggunaan beta blocker untuk menurunkan laju denyut jantung, sehingga beban kerja jantung berkurang.
7. Pemberian statin untuk menurunkan kolesterol yang dapat menyebabkan aterosklerosis
8. Pembedahan

## Konsep Nyeri

Kondisi yang menyebabkan ketidaknyamanan pasienadalah nyeri. Sensasi

nyeri bersifat unik bagi setiap orang, dan respons yang ditunjukkan pun bermacam- macam, contohnya dengan berteriak atau menunjukkan ekspresi kesakitan. Nyeri yang tidak tertangani dengan baik dapat menimbulkan konsekuensi negatif seperti kecemasan, insomnia, perasaan kehilangan kontrol, dan keputusasaan. (rahayu, notesya, 2023)

## Definisi Nyeri

Nyeri merupakan perasaan yang tidak menyenangkan yang terkadang dialami individu. Keluhan yang paling sering diungkapkan pasien setelah dilakukan tindakan pembedahan, setiap individu membutuhkan rasa nyaman dan dipersepsikan berbeda pada setiap individu. Dikatakan individual karena respon terhadap sensasi nyeri beragam atau tidak bisa disamakan satu dengan yang lain (Sofiah, 2022).

## Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri

Faktor-faktor ini dapat dikategorikan menjadi:

1. Fisiologis (Biologis): Jenis dan Tingkat Kerusakan Jaringan, Genetik, Usia, Jenis Kelamin, Sensitisasi Perifer dan Sentral, kondisi Kesehatan yang Mendasar.
2. Psikologis: Perhatian, Emosi, Keyakinan dan Harapan, Strategi Koping, Catastrophizing:, Pengalaman Nyeri Sebelumnya.
3. Sosial dan Budaya: Norma dan Ekspresi Budaya, Dukungan Sosial, Peran Sakit, Etnisitas, Bahasa, Keyakinan Agama dan Spiritual.

## Patofisiologi Nyeri

Patofisiologi nyeri:

1. Transduksi:

Proses**:** Stimulus berbahaya (nosiseptif) seperti tekanan mekanik, suhu ekstrem (panas atau dingin), atau zat kimia (misalnya, bradikinin, histamin, prostaglandin yang dilepaskan akibat kerusakan jaringan atau inflamasi) dideteksi oleh reseptor nyeri khusus yang disebut nosiseptor. Nosiseptor terletak di kulit, otot, sendi, dan organ dalam.

Mekanisme: Ketika nosiseptor diaktifkan oleh stimulus yang cukup kuat, mereka mengubah energi stimulus menjadi sinyal listrik yang disebut potensial aksi.

1. Transmisi:

Proses: Potensial aksi yang dihasilkan di nosiseptor kemudian dihantarkan sepanjang serabut saraf aferen primer menuju sistem saraf pusat (SSP), yaitu sumsum tulang belakang.

Serabut Saraf: Ada dua jenis utama serabut saraf aferen yang terlibat dalam transmisi nyeri:

Serabut A-delta (Aδ): Serabut bermielin tebal yang menghantarkan sinyal dengan cepat dan biasanya bertanggung jawab atas sensasi nyeri tajam, terlokalisasi, dan berdurasi pendek (nyeri pertama atau nyeri cepat).

Serabut C: Serabut tidak bermielin tipis yang menghantarkan sinyal lebih lambat dan bertanggung jawab atas sensasi nyeri tumpul, menyebar, dan berdurasi lebih lama (nyeri kedua atau nyeri lambat).

Sinaps di Kornu Dorsalis: Serabut A-delta dan C memasuki sumsum tulang belakang melalui akar dorsal dan bersinaps dengan neuron sekunder di kornu dorsalis (bagian belakang) sumsum tulang belakang. Neurotransmiter utama yang terlibat dalam transmisi sinaptik ini termasuk glutamat dan substansi P.

1. Modulasi:

Proses: Sebelum sinyal nyeri mencapai otak, mereka dapat dimodifikasi (ditingkatkan atau dihambat) di sumsum tulang belakang.

Mekanisme Inhibisi:

Teori Gerbang Nyeri (Gate Control Theory): Aktivitas serabut saraf non- nosiseptif berdiameter besar (serabut A-beta) dapat menghambat transmisi sinyal nyeri dari serabut A-delta dan C di kornu dorsalis melalui interneuron inhibitorik. Ini menjelaskan mengapa menggosok area yang nyeri terkadang dapat meredakan nyeri.

Sistem Analgesik Endogen: Tubuh memiliki sistem peredam nyeri sendiri yang melibatkan pelepasan opioid endogen (seperti endorfin, enkefalin, dan dinorfin) yang dapat berikatan dengan reseptor opioid di sumsum tulang

belakang dan otak, menghambat pelepasan neurotransmiter nyeri dan mengurangi persepsi nyeri. Sinyal dari otak (misalnya, dari area periaqueductal gray - PAG) dapat mengaktifkan sistem ini.

Mekanisme Fasilitasi (Sensitisasi):

Nyeri yang persisten atau intens dapat menyebabkan perubahan di SSP yang meningkatkan responsivitas neuron nyeri. Ini dikenal sebagai sensitisasi sentral. Neuron di kornu dorsalis menjadi lebih mudah tereksitasi oleh input aferen, bahkan input yang biasanya tidak nyeri (allodynia) atau respons yang berlebihan terhadap stimulus nyeri (hyperalgesia). Mediator seperti NMDA receptor dan neurotrophin berperan dalam sensitisasi sentral. Sensitisasi perifer juga dapat terjadi di tingkat nosiseptor, di mana ambang aktivasi mereka menurun dan respons terhadap stimulus meningkat akibat inflamasi dan pelepasan mediator kimiawi.

1. Persepsi:

Proses: Neuron sekunder dari sumsum tulang belakang mengirimkan sinyal nyeri ke struktur yang lebih tinggi di otak melalui traktus asenden (misalnya, traktus spinotalamikus, traktus spinoretikularis, traktus spinomesensefalikus). Pusat Otak: Sinyal nyeri diproses di berbagai area otak, termasuk:

Korteks Somatosensori: Bertanggung jawab untuk lokalisasi dan intensitas nyeri. Korteks Insular: Terlibat dalam aspek emosional dan otonom nyeri.

Korteks Cingulate Anterior: Berperan dalam respons afektif dan perhatian terhadap nyeri.

Talamus: Stasiun pemancar penting untuk informasi sensorik, termasuk nyeri. Sistem Limbik: Terlibat dalam aspek emosional dan motivasi nyeri.

Pengalaman Subjektif: Persepsi nyeri adalah pengalaman subjektif dan multidimensional yang dipengaruhi oleh faktor fisiologis, psikologis, sosial, dan budaya. Intensitas nyeri yang sama dapat dirasakan berbeda oleh individu yang berbeda atau bahkan oleh individu yang sama pada waktu yang berbeda.

## Manajemen Nyeri

Tindakan menangani nyeri adalah sebuah strategi komprehensif yang melibatkan berbagai bidang keilmuan dengan tujuan mengurangi atau meniadakan rasa sakit serta meningkatkan kesejahteraan hidup individu yang mengalaminya. Strategi ini memadukan terapi menggunakan obat-obatan dan terapi tanpa obat yang dirancang khusus berdasarkan tipe, asal-usul, kekuatan, dan pengaruh nyeri pada kehidupan pasien. (Turk dan Gatchel 2019)

1. Intervensi Farmakologis Analgesik:
   1. Analgesik non-opioid (NSAID, asetaminofen)
   2. Analgesik opioid (kodein, tramadol, morfin)
   3. Ko-analgesik (antidepresan, antikonvulsan, kortikosteroid)
   4. Obat topikal: Krim, gel, atau plester yang dioleskan langsung ke area nyeri.
2. Intervensi Non-Farmakologis
   1. Terapi fisik dan rehabilitasi**:** Latihan, terapi fisik, terapi manual, modalitas (panas, dingin, TENS.)
   2. Terapi Relaksasi: Terapi tarik napas dalam adalah teknik relaksasi sederhana yang bertujuan untuk mengurangi ketegangan otot, menurunkan kecemasan, dan mengalihkan perhatian dari rasa nyeri.
   3. Terapi okupasi: Membantu pasien beradaptasi dengan keterbatasan fisik dan mengembangkan strategi untuk aktivitas sehari-hari
   4. Terapi psikologis: Terapi kognitif-perilaku (CBT), terapi penerimaan dan komitmen (ACT), relaksasi dan meditasi, biofeedback, hipnoterapi.
   5. Terapi intervensi: Prosedur seperti stimulasi sumsum tulang belakang, blok saraf, dan suntikan.
   6. Terapi komplementer dan alternatif: Akupunktur, pijat, yoga, tai chi, pengobatan herbal.

Prinsip Manajemen Nyeri yang Efektif

1. Penilaian komprehensif: Evaluasi karakteristik nyeri, dampak pada fungsi, dan faktor psikologis dan sosial.
2. Pendekatan multidisiplin: Melibatkan tim profesional kesehatan.
3. Perawatan individual: Menyesuaikan intervensi dengan kebutuhan spesifik pasien.
4. Pendekatan bertahap**:** Dimulai dengan intervensi yang kurang invasif dan ditingkatkan sesuai kebutuhan.
5. Keterlibatan pasien secara aktif: Mendorong partisipasi pasien dalam rencana perawatan.
6. Evaluasi dan pemantauan: Menilai efektivitas intervensi dan menyesuaikan rencana sesuai kebutuhan.
7. Fokus pada fungsi dan kualitas hidup: Bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan secara keseluruhan, bukan hanya menghilangkan rasa sakit.

## Konsep Asuhan Keperawatan Pasien Dengan AMI

Asuhan Keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis AMI

menggunakan suatu sistem yang terdiri atas lima tahapan. Tahapan tersebut meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. semua tahapan tersebut merupakan kerangka kerja yang sistematis dan dinamis bagi perawat dalam menyajikan perawatan dengan kualitas terbaik, berfokus pada pasien, dan berbasis bukti.

## Pengkajian

Pengkajian merupakan salah satu dari komponen proses keperawatan yang di lakukan oleh perawat untuk menggali permasalahan klien. Sebagaimana diketahui bahwa pengkajian adalah prosedur sistematis berupa pengumpulan, verifikasi, dan komunikasi data tentang pasien.

Pengkajian merupakan langkah pertama dari proses keperawatan yang melibatkan pengumpulan data terhaadap individu, keluarga dan kelompok secara komperhensif terkait aspek biologis, psikologis, sosial, maupun spiritual sehingga akan diketahui berbagai macam masalah pada (Serinadi et al., 2024).

1. Biodata, yang perlu ditanyakan: nama, umur, jenis kelamin, alamat, suku, agama, nomor registrasi, pendidikan, tanggal MRS, serta pekerjaan yang berhubungan dengan stres atau penyebab dari lingkungan yang tidak menyenangkan. Jenis kelamin lebih umum terjadi pada laki-laki yang berusia 35 tahun dan pada wanita yang berusia di atas 50 tahun (Sofiah & Roswah, 2022)
2. Keluhan utama, Pasien dengan Infark Miokard Akut mengeluhkan rasa nyeri di dada substernal yang tajam dan terasa sangat menekan, bersifat terus

menerus dan dangkal. Nyeri tersebut dapat menjalar ke belakang sternum hingga dada kiri, lengan kiri, leher, rahang, atau bahu kiri. Nyeri miokard terkadang sulit untuk dilokalisasi dan dapat dirasakan hingga 30 menit tanpa ada yang mereda dengan istirahat atau pemberian nitrogliserin (Serinadi et al., 2024)

1. Riwayat penyakit sekarang, Pada pasien infark miokard akut mengeluhkan nyeri di bagian dada yang dirasakan lebih dari 30 menit, nyeri dapat menyebar hingga lengan kiri, rahang, dan bahu yang disertai rasa mual, muntah, tubuh lemah, dan pusing(Serinadi et al., 2024).
2. Riwayat penyakit dahulu, Pada pasieninfark miokard akut perlu diteliti kemungkinan pernah memiliki riwayat hipertensi dan diabetes mellitus, karena diabetes mellitus mengakibatkan hilangnya sel endotel vaskuler dan berakibat berkurangnya produksi nitro oksida sehingga terjadi spasme otot polos dinding pembuluh darah (Serinadi et al., 2024)
3. Riwayat penyakit keluarga, Riwayat penyakit jantung dalam keluarga, diabetes mellitus, peningkatan kadar kolesterol darah, kegemukan, hipertensi, yang berisiko diturunkan secara genetik berdasarkan kebiasaan keluarganya (Serinadi et al., 2024)
4. Riwayat psikososial, Rasa takut, gelisah, dan cemas merupakan kondisi psikologis yang sering muncul pada pasiendan keluarga. Hal ini terjadi karena rasa sakit yang dirasakan oleh klien. Perubahan psikologis tersebut juga muncul akibat kurangnya pengetahuan mengenai penyebab, proses, dan penanganan penyakit infark miokard akut. Hal ini muncul disebabkan pasienkurang kooperatif dengan perawat (Serinadi et al., 2024)
5. Pemeriksaan fisik
   1. B1 (Pernafasan), Pemeriksaan fisik pada sistem pernafasan sangat berguna untuk mendeteksi masalah pada pasien yang mengalami gangguan sistem kardiovaskuler. Pemeriksaan ini meliputi:
      1. Inspeksi bentuk dada: Untuk mengamati seberapa berat gangguan sistem kardiovaskuler. Bentuk dada yang biasanya ditemukan adalah:
         1. Bentuk dada thoraks phfisis (panjang dan datar).
         2. Bentuk dada thoraks en bateau (dada berbentuk seperti burung).
         3. Bentuk dada thoraks emsisematous (dada berbentuk seperti tong).
         4. Bentuk dada thoraks pektus ekskavatus (dada cekung ke dalam).
         5. Gerakan pernapasan: evaluasi kesimetrisan gerakan pernapasan pasien.
      2. Palpasi rongga dada: mengevaluasi adanya kelainan pada thoraks, yang dapat menunjukkan tanda penyakit paru dengan pemeriksaan sebagai berikut:
         1. Gerakan dinding thoraks saat inspirasi dan ekspirasi.
         2. Getaran suara: getaran yang dirasakan oleh tangan pemeriksa yang diletakkan pada dada pasien saat pasien mengucapkan kata-kata.
      3. Perkusi: teknik yang dilakukan adalah pemeriksaan dengan menempatkan falang terakhir dan sebagian falang kedua jari tengah pada area yang akan diperkusi. Ketukkan ujung jari tengah kanan

pada jari kiri tersebut dan lakukan gerakan bersumbu di pergelangan tangan. Posisi pasien duduk atau berdiri.

* + 1. Auskultasi
       1. Suara napas normal.
       2. Suara trakeobronkhial, suara normal yang terdengar di trakhea seperti meniup pipa besi, suara napas lebih keras dan pendek saat inspirasi.
       3. Bronkovesikuler, suara yang normal di area bronkhi, yaitu sternum bagian atas (torakal 3-4).
       4. Vesikuler, suara normal pada jaringan paru, suara napas saat inspirasi dan ekspirasi sama)
  1. B2 (Blood)
     1. Inspeksi: pemeriksaan ada tidaknya jaringan parut pada dada pasien. Keluhan lokasi nyeri umumnya di area substernal atau nyeri di atas perikardium. Penyebaran nyeri dapat meluas ke seluruh dada. Nyeri dan kesulitan untuk menggerakkan bahu dan tangan mungkin terjadi.
     2. Palpasi: denyut nadi perifer melemah. Thrill pada infark miokard akut tanpa komplikasi biasanya akan terdeteksi.
     3. Perkusi: batas jantung tidak mengalami pergeseran.
     4. Auskultasi: tekanan darah umumnya menurun akibat penurunan volume sekuncup yang diakibatkan oleh infark miokard akut. Suara jantung tambahan yang diakibatkan oleh kelainan katup biasanya tidak ditemukan pada infark miokard akut tanpa komplikasi.
  2. B3 (Brain), Fokus pada keluhan pusing, berdenyut saat tidur, bangun, duduk, atau beristirahat serta nyeri dada yang muncul secara tiba-tiba. Pengkajian mencakup wajah meringis, perubahan postur tubuh, menangis, merintih, meregang, menggeliat, menarik diri, dan kehilangan kontak mata.
  3. B4 (Bladder), Output urin adalah indikator yang krusial dari fungsi jantung. Penurunan haluaran urine merupakan temuan penting yang perlu diselidiki lebih lanjut untuk memastikan apakah penurunan itu disebabkan oleh penurunan produksi urine (yang terjadi jika perfusi ginjal berkurang) atau karena ketidakmampuan pasien untuk berkemih. Area suprapubik harus diperiksa untuk adanya massa oval dan diperkusi untuk mengidentifikasi pekak yang menunjukkan kandung kemih yang terisi penuh (distensi kandung kemih).
  4. B5 (Bowel), Pengkajian harus mencakup perubahan nutrisi sebelum atau saat pasien masuk rumah sakit dan yang paling penting adalah perubahan pola makan setelah sakit. Evaluasi penurunan turgor kulit, kulit kering atau berkeringat, muntah, dan penurunan berat badan. Refluks hepatojuguler. Pembesaran hati terjadi akibat penurunan aliran balik vena yang disebabkan oleh gagal ventrikel kanan. Hati menjadi besar, keras, tidak nyeri saat ditekan dan halus. Ini dapat diperiksa dengan menekan hati secara kuat selama 30 – 60 detik dan akan muncul peninggian vena jugularis sebesar 1 cm.
  5. B6 (Bone), Pengkajian yang mungkin dilaksanakan adalah sebagai berikut:
     1. Keluhan lemah, cepat lelah, pusing, dada berdenyut, dan berdebar.
     2. Keluhan kesulitan tidur (karena terdapat orthopnea, dispnea nokturnal paroksAMIl, nokturia, dan berkeringat pada malam hari).
     3. Istirahat tidur: kaji kebiasaan tidur siang dan malam, berapa jam pasien tidur dalam 24 jam dan apakah pasien mengalami kesulitan tidur serta bagaimana perubahannya setelah menghadapi gangguan pada sistem kardiovaskular. Perlu dicatat, pasien dengan AMI sering terbangun dan sulit tidur karena nyeri dada dan sesak napas.
     4. Aktivitas: kaji aktivitas pasien di rumah atau di rumah sakit. Apakah terdapat perbedaan yang signifikan seperti pembatasan aktivitas. Aktivitas pasien umumnya berubah karena pasien merasakan sesak napas saat melakukan aktivitas.

## Diagnosis Keperawatan

Pernyataan yang tegas mengenai masalah pasien dan faktor penyebabnya. Selain itu, harus tepat mengutamakan kebutuhan pasien dengan memberi prioritas, dan diagnosa yang timbul harus dapat diatasi melalui tindakan keperawatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Diagnosa yang mungkin timbul adalah :

1. Nyeri akut berhubungan dengan dengan hipoksia miokard (oklusi arteri koroner).
2. Penurunan curah jantung berhubungan dengan dengan perubahan laju, irama, dan konduksi elektrik.
3. Ansietas berhubungan dengan perubahan kesehatan dan status sosial ekonomi.
4. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan penumpukan cairan dalam alveoli akibat kegagalan fungsi jantung.
5. [Perfusi perifer tidak efektif](https://www.bing.com/ck/a?!&&p=a9afbc7e767ce381484d0f9dab3a91758f7b5b9bbfcc54cf35b98a3a13514164JmltdHM9MTc0ODkwODgwMA&ptn=3&ver=2&hsh=4&fclid=154efce1-8aee-6b45-2418-e98a8bfb6ac3&psq=5.%09Ketidakefektifan%2Bperfusi%2Bjaringan%2Bperifer%2B&u=a1aHR0cHM6Ly9wZXJhd2F0Lm9yZy9wZXJmdXNpLXBlcmlmZXItdGlkYWstZWZla3RpZi8&ntb=1) berhubungan dengan dengan penurunan curah jantung.
6. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan dengan ketidakseimbangan antara suplai oksigen miokard dan kebutuhan, serta adanya iskemia/nekrosis jaringan miokard.

## Intervensi

Tim pokja SLKI DPP PPNI, (2019), Tim Pokja SIKI DPP PPNI, (2018)

menjelaskan tujuan, kriteria hasil dan rencana keperawatan pasien dengan Akut miokard infark (AMI), sebagai berikut :

1. Nyeri yang parah terkait dengan kekurangan oksigen pada otot jantung (penyumbatan arteri koroner)

Tujuan : setelah dilaksanakannya intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka intensitas nyeri berkurang

Kriteria hasil :

* 1. Keluhan nyeri berkurang
  2. Meringis menurun
  3. Gelisah berkurang
  4. Frekuensi nadi mengalami perbaikan Intervensi :

1. Identifikasi tingkat nyeri

Rasional/untuk memahami tingkat nyeri yang dirasakan oleh pasien

1. Awasi efek samping dari penggunaan analgetik

Rasional/untuk mengetahui apakah pasien mengalami reaksi alergi

1. Dorong pasien untuk beristirahat dan tidur

Rasional/agar pasien mendapatkan waktu istirahat yang memadai

1. Uraikan penyebab, durasi, dan pemicu nyeri Rasional/agar memahami penyebab nyeri
2. Sarankan penggunaan analgetik yang benar

Rasional/agar mengetahui cara penggunaan obat dengan cepat

1. Sarankan untuk memantau penggunaan analgetik dengan tepat Rasional/untuk mengetahui cara penggunaan analgetik yang benar
2. Penurunan curah jantung berhubungan dengan dengan perubahan frekuensi, irama, dan konduksi listrik

Tujuan: setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka penurunan curah jantung meningkat

Kriteria hasil:

* 1. Kekuatan nadi perifer meningkat
  2. Takikardia berkurang
  3. Kelelahan berkurang
  4. Tekanan darah membaik Intervensi:

1. Identifikasi tanda dan gejala utama penurunan curah jantung Rasional/Untuk mendeteksi adanya penurunan curah jantung
2. Pantau tekanan darah

Rasional/Untuk mengetahui tekanan darah pasien

1. Pantau asupan dan keluaran cairan

Rasional/Untuk mengetahui kebutuhan cairan pasien

1. Pantau keluhan nyeri

Rasional/Agar mengetahui perkembangan nyeri pada pasien

1. Pantau EKG setiap pagi

Rasional/Agar mengetahui irama jantung

1. Posisikan semi-fowler atau fowler

Rasional/Agar pasien mengetahui posisi yang nyaman

1. Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stres Rasional/Agar pasien merasa rileks dan tidak stres
2. Anjurkan untuk beraktivitas fisik sesuai toleransi

Rasional/Untuk melatih kegiatan fisik yang sesuai dengan toleransi

1. Ansietas berhungan dengan dengan perubahan kesehatan dan status sosio- ekonomi.

Tujuan : setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka tingkat ansietas menurun

Kriteria hasil :

* 1. Perilaku gelisah menurun.
  2. Perilaku tegang menurun.
  3. Konsentrasi membaik.
  4. Pola tidur mulai membaik Intervensi :

1. Identifikasi kemampuan dalam mengambil keputusan

Rasional/untuk mengetahui kemampuan pasien dalam mengambil keputusan

1. ciptakan lingkungan terapeutik untuk membangun kepercayaan Rasional/agar pasien dapat percaya kepada perawat
2. latih teknik relaksasi

Rasional/untuk menenangkan dan merelaksasi pasien

1. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan dengan penumpukan cairan dalam alveoli akibat gagal fungsi jantung.

Tujuan: setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka gangguan pertukaran gas menurun

Kriteria hasil:

* 1. penurunan dispnea
  2. pengurangan bunyi napas tambahan
  3. perbaikan takikardi.

Intervensi:

1. mengawasi frekuensi, irama, kedalaman, dan usaha napas.

Rasional/untuk mengetahui usaha napas pasien.

1. mengawasi saturasi oksigen.

Rasional/untuk mengetahui perkembangan saturasi oksigen pasien.

1. jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan.

Rasional/agar pasien memahami tujuan dan prosedur yang sedang dilakukan.

1. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan curah jantung Tujuan : setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka perfusi jaringan perifer meningkat

Kriteria hasil :

* 1. Denyut nadi perifer mengalami peningkatan
  2. Warna kulit pucat berkurang
  3. Pengisian kapiler menunjukkan perbaikan Intervensi:

1. monitor adanya panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas Rasional/untuk mengetahui kondisi pasien
2. hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area yang mengalami keterbatasan perfusi

Rasional/untuk mengetahui lokasi-lokasi yang aman untuk pemasangan infus

1. anjurkan agar melakukan olahraga secara rutin Rasional/agar pasien dapat menjaga kesehatan tubuh.
2. Intoleransi aktivitas berkaitan dengan ketidakseimbangan antara suplai oksigen miokard dan kebutuhan, adanya iskemia/nekrosis jaringan miokard. Tujuan : setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka tingkat intoleransi aktivitas meningkat

Kriteria hasil :

* 1. Frekuensi nadi meningkat.
  2. Keluhan kelelahan menurun.
  3. Dispnea saat beraktivitas menurun.
  4. Dispnea setelah beraktivitas menurun.

Intervensi:

1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang menyebabkan kelelahan.

Rasional/ Untuk mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang menyebabkan kelelahan.

1. Monitor pola dan waktu tidur.

Rasional/ Untuk mengetahui pola dan waktu tidur pasien.

1. Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulasi.

Rasional/ Untuk menciptakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulasi.

1. Anjurkan tirah baring.

Rasional/Agar pasien dapat beristirahat.

1. Anjurkan untuk melakukan aktivitas secara bertahap.

Rasional/Ajarkan pasien untuk beraktivitas sesuai dengan kebutuhan secara bertahap.

## Implementasi

Pelaksanaan rencana perawatan adalah aktivitas atau tindakan yang diberikan kepada pasien sesuai dengan rencana perawatan yang telah ditetapkan, tetapi tetap memungkinkan untuk tidak mengikuti rencana yang telah disusun tergantung pada situasi dan kondisi pasien (Hadinata & Abdillah, 2021).

## Evaluasi

Dilakukan sebuah evaluasi terhadap pelayanan keperawatan yang telah disediakan atau dilakukan berdasarkan pada tujuan yang ingin diraih, pada bagian ini ditentukan apakah perencanaan telah tercapai atau belum, bisa jadi juga tercapai sebagian atau muncul masalah baru (Hadinata & Abdillah, 2021).

## Kerangka masalah

****

Gambar 2.1 Kerangka Masalah (Idris & Prawati, 2022)

# BAB 3 TINJAUAN KASUS

Untuk memperoleh gambaran konkret mengenai pelaksanaan perawatan keperawatan gawat darurat pada pasien yang memiliki diagnosis medis Infark Miokard Akut, penulis menyajikan sebuah kasus yang penulis amati dari tanggal 12 hingga 16 Februari 2025 dengan data pengkajian pada tanggal 12 Februari 2025 pada pukul 14. 00 WIB. Data tersebut diperoleh melalui wawancara dengan pasien, keluarga, dan rekam medis No Registrasi 07xxxx sebagai berikut.

## Pengkajian

## Identitas

Pasien adalah seorang Pria bernama Tn. D, Tanggal lahir 1 Desember 1932 (93 Th), beragama Islam, dan bahasa yang sering dipakai adalah Bahasa Jawa dan Indonesia. Pendidikan terakhir yang ditempuh adalah Diploma 1. Pasien tinggal di wilayah Jombang, dan pasien adalah seorang pensiunan guru.

## Keluhan utama

Pasien mengatakan nyeri pada dada sebelah kiri, semakin bertambah bila beraktifitas dan menjalar ke punggung disertai keringat dingin dengan skala nyeri 5 (1-10) hilang timbul.

## Riwayat penyakit sekarang

Pasien saat di rumah mengeluhkan nyeri di dada dan terasa sesak yang sudah berlangsung selama 3 minggu dan semakin memberat dalam 3 hari terakhir. sehingga keluarga pasien membawa Pasien ke IGD Rumkitalmar Ewa Pangalila Surabaya pada tanggal 12 Februari 2025 pukul 12.35 WIB.

35

Di IGD, dilakukan pemeriksaan tanda tanda vital TD : 165/100 mmHg, N : 110x/menit, S : 36, C, RR : 22x/menit, SPO2 : 97%, GCS 456, pasien mendapatkan tindakan nasal O2 3lpm, infus Ns 500cc/24jam dipasang di tangan sebelah kiri, dan dilakukan pemeriksaan laboratorium berupa foto thorax, pengambilan sampel darah, EKG, serta pemeriksaan GDA (Hasil terlampir). Selanjutnya, pasien disarankan untuk MRS dan dipindahkan ke Ruang Mawar. Di ruang Mawar Pasien mengatakan nyeri pada dada sebelah kiri, semakin bertambah bila beraktifitas dan menjalar ke punggung disertai keringat dingin dengan skala nyeri 5 (1-10) hilang timbul. Pasien telah menjalani pemeriksaan EKG hasil ST Elevasi, hasil. tidak terpasang syringe pump, pasien terpasang hampers.

## Riwayat penyakit dahulu

Pasien menyatakan memiliki memiliki riwayat penyakit hipertensi sejak 3 tahun yang lalu. Pasien tidak melakukan pemeriksaan rutin dan tidak mengonsumsi obat secara teratur.

## Riwayat penyakit keluarga

Pasien mengatakan jika ayahnya memiliki penyakit hipertensi dan meninggal karena sudah tua.

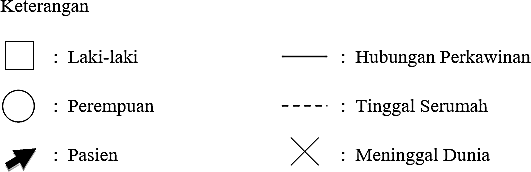
## Keadaan umum

Keadaan umum pasien baik dengan keadaan Composmentis, hasil pemeriksaan tanda tanda vital hasil tanda tanda vital TD : 155/100 mmHg, N : 120x/menit, S : 36, C, RR : 22x/menit, SPO2 : 97%, GCS 456

* + 1. Genogram



**93**

Gambar 3.1Genogram keluarga Tn. D

## Riwayat alergi

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi terhadap makanan, minuman maupun obat.

## Pemeriksaan fisik

1. B1 (Breathing/Pernafasan)

Pasien mengatakan merasa sesak nafas, pasien tampak bernafas tanpa menggunakan otot bantu pernafasan, bentuk dada normochest, pergerakan dada simetris, septum hidung tepat di tengah, ada pergerakan nafas cuping hidung., SPO2 : 94%, S : 36,C, RR : 22x/menit dengan irama reguler, suara nafas vesikuler tidak ada suara nafas tambahan. Dari foto thorax di dapatkan Cor : tampak membesar Pulmo : tidak terlihat infiltret Sinus phrenicoccostalis kiri kanan jelas Kesimpulan : tidak terlihat pneumonia, tampak kardomegali disertai kongesti, CTR : 63,8%. Palpasi: vocal femitus teraba seimbang kanan dan kiri, tidak ada nyeri tekan, pergerakan dada teraba simetris, tidak ada krepitasi. Perkusi : perkusi dada sonor. Auskultasi: suara nafas normal (vesikuler), tidak ada suara nafas tambahan

1. B2 (Blood/kardiovaskuler)

Pasien mengatakan nyeri di sisi kiri dada: P: Saat beraktifitas, Q: sensasi nyeri seperti tertekan benda berat, R: nyeri dirasakan pada bagian dada sebelah kiri menjalar ke punggung, S: dengan skala 5 (1-10), T: Hilang timbul berlangsung selama 5-10 menit, TD : 155/100 mmHg, N : 120x/menit.

Inspeksi: pasien terlihat meringis saat mengalami nyeri, konjungtiva tidak menunjukkan anemia, wajah tidak tampak pucat, tidak terlihat ada pembesaran vena jugularis, pergerakan ictus cordis dapat terlihat, akral pada tangan dan kaki berwarna merah, tidak terpasang CVP. Palpasi: pasien merasakan nyeri di area kiri dada dengan skala 5, CRT<2 detik.

1. B3 (Brain/Persarafan)

Anamnesis: pemeriksaan saraf kranial mencakup: N1 Olfaktorius: Pasien dapat mengenali aroma makanan dengan baik. N2 Optikus: Pasien mampu membedakan warna dengan baik dan memiliki ketajaman penglihatan yang baik. N3 Occulomotorius: Tidak ada edema palpebral, konjungtiva tidak anemia, dan refleks terhadap cahaya baik, pupil kanan kiri sama, besar 2-3 mm, dilatasi pupil normal. N4 Trochlearis: Gerakan bola mata pasien memiliki jangkauan pandang yang baik. N5 Trigeminus: Pasien dapat merasakan perubahan tekstur benda saat bersentuhan dengan kulit, dan fungsi otot wajah berjalan dengan baik. N6 Abducen: Bola mata pasien mampu memfokuskan pandangan dan mengikuti perubahan arah dengan baik. N7 Fasialis: Pasien dapat membedakan rasa dengan baik. N8 Vestibulotrochlearis: Pasien dapat membedakan dan mendengarkan sumber suara dengan baik. N9 Glosofaringeus: Refleks menelan pasien dalam kondisi baik. N10 Vagus: Getaran pita suara pasien baik saat berbicara. N11 Assesorius: Kekuatan otot serta kesimetrisan bahu berada dalam kondisi baik dan memiliki daya dorong yang baik. N12 Hipoglosus: Pasien memiliki kemampuan pergerakan dan kekuatan lidah yang baik.

Inspeksi: Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, refleks mata 4 (membuka secara spontan), refleks verbal 5 (orientasi baik), refleks motorik 6 (melakukan dengan benar), pupil isokor diameter kanan/kiri 2mm/2mm, refleks cahaya +/+. Palpasi dan perkusi : Refleks fisiologis (patella +/+, trisep +/+, bisep +/+), refleks patologis (babinsky -/-).

1. B4 (Bladder/Perkemihan)

Anamnesa: pasien menyatakan frekuensi berkemih di RS sekitar 5-6 kali sehari, pasien tidak mengalami gangguan dalam berkemih, SMRS BAK 2- 3 kali dalam sehari, MRS BAK 400-500cc dalam 24 jam. Inpeksi: pasien menggunakan pampers dewasa, BAK kurang lebih 7 kali dalam 24 jam, (berat diapers tiap BAK 332,86 gram.) jadi, jumlah urine yang dikeluarkan kurang lebih 1280cc dalam 24 jam, berwarna kuning, urine tidak memiliki bau yang menyengat. Palpasi: tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih. Perkusi: suara kandung kemih timpani.

1. B5 (Bowel/Pencernaan)

Anamnesa: pasien menyatakan tidak mengalami mual dan muntah, pasien menyukai makanan berkuah seperti sayuran, serta menyukai ikan laut, nafsu makan menunjukkan perbaikan, kebiasaan defekasi berlangsung 1x/hari dengan konsistensi lunak berwarna kuning coklat, SMRS BAB 1 kali dalam

2 hari, MRS BAB belum pernah melakukan BAB. Inpeksi: pasien menghabiskan 1 porsi makan, terdiri dari : Nasi tim: 1 mangkuk sedang (sekitar 100-150 gram), Ikan kukus 1 potong sedang (sekitar 75-100 gram) tanpa kulit, Sayur bening: 1 mangkuk kecil tanpa tambahan garam yang berlebihan, Tahu kukus: 1 potong sedang, Buah potong: 1 porsi kecil (apel tanpa kulit), Air putih: 1 gelas (kurleb 150ml) , pasien tidak menggunakan NGT, mukosa bibir dalam keadaan lembab, tidak ditemukan hematemesis dan melena pada feses pasien. Palpasi dan perkusi: tidak teraba adanya pembesaran hati dan limpa. Auskultasi: terdengar aktivitas peristaltik usus sebanyak 1x/menit. Balance cairan : Siang hari (pukul 07.00 - 14.00 WIB)

Input Cairan:Infus cairan NaCl 0.9%: 500 ml (mulai pukul 07.00 WIB, selesai pukul 12.00 WIB) Minum air putih saat sarapan: 150 ml (pukul 08.00 WIB)Minum obat (dengan sedikit air): kurleb 50 ml (total perkiraan untuk beberapa kali pemberian obat) Air dari makanan (perkiraan dari bubur dan buah): 100 ml (perkiraan) Minum air putih saat makan siang: 150 ml (pukul 12.30 WIB)Total Input Cairan: 500 ml + 150 ml + 50 ml + 100 ml + 150 ml

= 1000 ml, Output Cairan:Urine: 750 ml (terukur dalam Diapers) IWL (Insensible Water Loss - perkiraan kehilangan cairan melalui pernapasan dan kulit): Diperkirakan sekitar 0.5 ml/kgBB/jam. BB Tn.D adalah 70 kg, maka IWL selama 7 jam (07.00 - 14.00) adalah: 0.5×70×7=245 ml, Muntah: Tidak ada, Drainase luka tidak ada,Total Output Cairan: 750 ml + 245 ml = 995 ml, Balance Cairan:Balance Cairan = Total Input Cairan - Total Output Cairan, Balance Cairan = 1000 ml - 995 ml = +05 ml.

1. B6 (Bone/ Muskuloskeletal)

Anamnesa: pasien menyatakan tidak dapat menjalankan aktivitas ketika nyeri muncul. Inpeksi: tidak ada edema, kemampuan pergerakan sendi lancar, kekuatan otot

|  |  |
| --- | --- |
| 5555 | 5555 |
| 5555 | 5555 |

Tidak ada atrofi dan hiperatrofi yang ditemukan, tidak ada paralisis, tidak ada fraktur. Palpasi: turgor kulit baik dan elastis serta tidak adakrepitasi, tidak ada kelemahan otot.

1. Sistem integumen

Inpeksi : warna kulit normal, tanpa adanya kelainan pigmen, tidak

terdeteksi kepucatan dan sianosis. Palpasi: turgor kulit elastis, suhu kulit hangat, tidak ada bau busuk.

1. Pola istirahat dan tidur

Istirahat tidur: Jumlah tidur siang. SMRS :± 2 jam (14. 00-15. 00 WIB), MRS :± 4 jam (12.00-16.00 WIB), Jumlah tidur malam SMRS :± 7 jam (22. 00-04. 00 WIB). MRS :± 9 jam (21. 00-04. 00 WIB) Pola tidur sering

terbangun karena nyeri.

1. Endokrin

Keadaan tiroid : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada

nyeri tekan pada tiroid

Terkait Diabetes Melitus : tidak ada hipoglikemia/hiperglikemia, tidak ada

luka ganggren, nafas tidak ada bau aseton.

1. Sistem reproduksi / genitalia

Genitalia : pada daerah genitalia nampak bersih, tidak adanya hematoma di daerah inguinal

Anamnesa : pasien adalah seorang laki laki, pasien mempunyai 2 orang anak kandung, pasien tidak mengalami kelainan reproduksi.

## Personal hygiene

Tabel 3.1 Personal hygiene

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Aktifitas** | **SMRS** | **MRS** |
| Mandi | 2 x sehari | 2 x sehari |
| Keramas | 1x sehari | Tidak keramas |
| Gosok gigi | 3 x sehari | 2 x sehari |
| Toileting/ Eleminasi | 4 x sehari | 7 x sehari |
| Menyisir rambut | 2 x sehari | 2 x sehari |
| Memotong kuku | 1 x seminggu | 1 x seminggu |

## Psikososiokultural

Pada saat pengkajian, pasien menyatakan Saya merasa sesak dan jantung saya berdebar-debar, dan saya agak takut.

Konsep diri :

* 1. Harga diri : pasien mampu merasa takut
  2. Ideal diri : pasien mengungkapkan keinginan untuk segera sembuh dari sakitnya agar bisa beraktivitas seperti sebelumnya
  3. Gambaran diri : pasien menyatakan menerima keadaan fisiknya dan kondisinya yang sekarang
  4. Fungsi peran : pasien berperan sebagai suami, ayah, dan kakek di keluarganya
  5. Identitas diri : pasien menyadari akan fungsinya sebagai pemimpin keluarga

## Pemeriksaan penunjang

1. Hasil Laboratorium pasien Tn. D dengan diagnosa AMI di Ruang mawar tanggal 12-02-2025

Tabel 3.2 Hasil Laboratorium Darah Lengkap

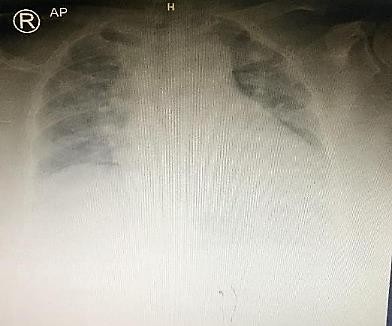
|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| PEMERIKSAAN | HASIL | SATUAN | NILAI NORMAL |
| **HEMATOLOGI** |  |  |  |
| Darah Lengkap |  |  |  |
| Leukosit | 8.55 | 10^3/µL | 4.00 - 10.00 |
| Hemoglobin | 13.90 | g/dL | 12 - 15 |
| Hematokrit | 38.60 | % | 37.0 - 47.0 |
| Eritrosit | 4.19 | 10^6/µL | 3.50 - 5.00 |
| Trombosit | 343.00 | 10^3/µL | 150 - 450 |
| **HEMOSTASIS** |  |  |  |
| **FAAL HEMOSTASIS** |  |  |  |
| Pasien PT | 17,4 | Detik | 11 - 15 |
| Pasien APTT | 39,5 | Detik | 26.0 - 40.0 |
| INR | 1,24 | Detik | 1.00 - 2.00 |
| KIMIA KLINIK |  |  |  |

**DIABETES**

Glukosa Darah Sewaktu 122 mg/dL < 200

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **FUNGSI GINJAL** |  | |  | |  | |  |
|  | Kreatinin | 0,63 | | mg/dL | | 0.6 - 1.5 | |  |
|  | BUN | 10 | | mg/dL | | 10 - 24 | |  |
| **ELEKTROLIT** | |  | | | | |
| Natrium (Na) | | 141.10 | | mEq/L | | - 147 |
| Kalium (K) | | 3.85 | | mmol/L | | 3.5 - 5.2 |

1. Foto thorak



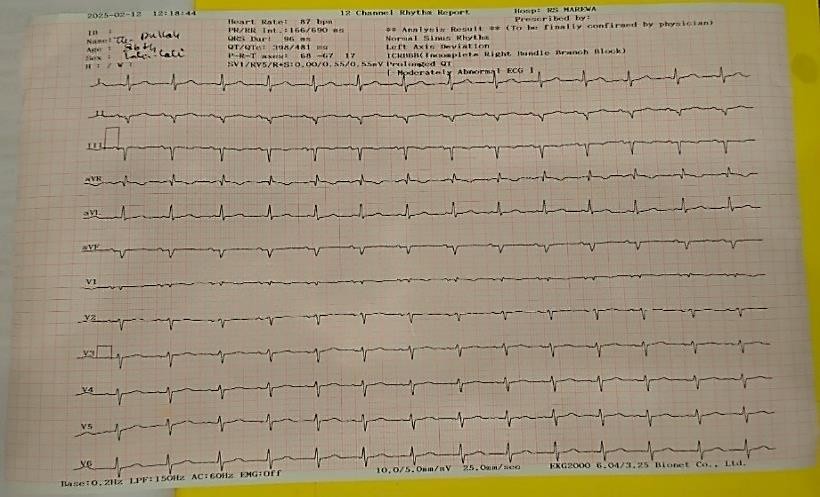
Gambar 3.2 Hasil Foto Thorax T n . D

Keterangan Foto thorax :

Pulmo : tak tampak infitrat / konsolidasi Sinus phrenicoccostalis kiri kanan tajam Hemidiafragma kiri kanan baik

## Kesimpulan : Cardiomegali Congestive

1. Pemeriksaan EKG



Gambar 3.3 Hasil Pemeriksaan EKG Tn. D Hasil : Sinus 70x/m ST Elevasi dengan Q Patologis di V1-V5

## Terapi obat

Tabel 3.3Terapi obat Tn. D

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Nama Obat** | **Dosis** | **Rute** | **Indikasi** |
| 1 | Clopidrogrel | 3x75 mg | Oral | Untuk mencegah aterotrombosis |
| 2 | Miniaspi | 3x80 mg | Oral | untuk mengurangi gejala penggumpalan darah |
| 3 | Atorvastatin | 3x40 mg | Oral | untuk menurunkan kadar kolesterol total. |
| 4 | Concor | 3x1,25 mg | Oral | untuk menurunkan tekanan darah |
| 5 | Furosemid | 3x20mg | Oral | Untuk mengeluarkan kelebihan cairan dari dalam tubuh melalui urine |
| 6 | Spironolakton | 3x25 mg | Oral | Untuk menurunkan tekanan darah pada penderita hipertensi |
| 7 | Lovenox | 2 x 60 mg | IV | Untuk mencegah komplikasi angina tidak stabil dan infark miokard akut |
| 8 | Lanzoprazole | 1 tab x 15 mg | IV | Untuk Gastroprotektif |
| 9 | Lactulac suspensi | 3x10 ml | Oral | Untuk membantu mengatasi sembelit |
| 10 | Sucralfat suspensi | 3x15 ml | Oral | Untuk mengatasi tukak lambung |
| 12 | Isdn | 3x5 mg | Oral | Untuk mengatasi nyeri dada (angina) pada orang dengan kondisi jantung tertentu |

## Diagnosis keperawatan

## Analisis data

Tabel 3.4 Analisa data tn. D dengan AMI, di ruang Mawar tangal 12 Februari 2025

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Data (Symtom)** | **Penyebab (Etiologi)** | **Masalah (Problem)** |
| 1. | **DS:**   * Pasien mengatakan nyeri dada   **DO:**  - TD : 155/100 mmHg   * N : 120x/menit. * Hasil EKG : ST Elevasi dg Q Patologis di V1-V5 * Hasil foto thorax cardiomegali, tanpa infiltrat | Perubahan irama jantung | Penurunan curah jantung  SDKI (D.0008) |
| 2. | **DS**   * Pasien mengatakan dada terasa sesak seperti tertusuk **P:** sakit jantung, **Q**: rasa nyeri seperti tertimpa benda berat, **R**: nyeri dirasakan di dada sebelah kiri, **S**: skala 5, **T**: nyeri muncul dan hilang, berlangsung 5-10 menit   **DO :**   * Pasien tampak meringis * Pasien tampak gelisah saat timbul nyeri dan sulit tidur   - TD : 155/100 mmHg   * Nadi : 120x/menit * RR : 22x/menit   - SpO2 : 97% | Agen pencedera fisiologis (Iskemia) | Nyeri akut SDKI (D.0077) |
| 3. | **DS :**   * Pasien mengatakan, "Saya merasa sesak dan jantung saya berdebar- debar, dan saya agak takut”. * Pasien mengatakan tidur   sering terbangun karena nyeri | Kurang terpapar informasi | Ansietas SDKI (D.0080) |

# DO:

* + - * Pasien terlihat gelisah, gerakan tubuh yang tidak tenang.

- TD : 155/100 mmHg

* + - * Nadi : 120x/menit
      * RR : 22x/menit

## Prioritas masalah

Tabel 3.5 Prioritas Masalah KeperawatanTn. D

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Masalah keperawatan** | **Ditemukan** | **Teratasi** | **Paraf** |
| 1 | Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung | 12-02-2025 | 14-02-2025 |  |
| 2 | Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis | 12-02-2025 | 14-02-2025 |  |
| 3 | Ansietas berhubungan  dengan kurangnya terpapar informasi | 12-02-2025 | 14-02-2025 |  |

## Rencana keperawatan

Tabel 3.6 Rencana Keperawatan Tn. D

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Masalah keperawatan** | **Tujuan dan kriteria hasil** | **Intervensi** |
| **1** | Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung  **(SDKI,D.0008)** | Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka curah jantung meningkat dengan kriteria hasil :   * Gambaran EKG Aritmia membaik * Frekuensi nadi menurun (60-100 x/menit) * Tekanan darah membaik (90/60 - 120/80 mmHg)   **(SLKI, L.02008)** | **Perawatan jantung (SIKI, I.02075) Observasi :**   1. Identifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung 2. Identifikasi balance cairan 24 jam 3. Monitor tekanan darah 4. Monitor intake dan output 5. Monitor keluhan nyeri dada 6. Monitor EKG setiap pagi   **Teraupetik :**   1. Posisikan pasien semi-fowler atau fowler 2. Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress (nafas dalam) 3. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen   **Edukasi :**   1. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi   **Kolaborasi**   1. Pemberian Miniaspi 3x80 mg (oral), Concor 3x1,25 mg (oral), Furosemid 3x1 tab sesuai advice dokter |
| **2** | Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (Iskemia)  **(SDKI,D.0077)** | Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x24 jam, maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :  - Keluhan nyeri menurun | **Manajemen nyeri (SIKI I.08238)**  **Observasi :**  1. Identifikasi lokasi,karakteristik,durasi,frekuensi,kualitas,intensitas |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | * Meringis menurun * Kesulitan tidur menurun * Gelisah menurun * Frekuensi nadi membaik (60-100 x/menit) * Tekanan darah membaik (90/60 - 120/80 mmHg)   **(SLKI, L.08066)** | nyeri   1. Identifikasi skala nyeri 2. Monitor efek samping penggunaan analgetik   **Terapeutik :**   1. Fasilitasi istirahat dan tidur 2. Berikan teknik terapi nonfarmakaologis untuk meredakan nyeri (Relaksasi nafas dalam) 3. Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri.   **Edukasi :**   1. Ajarkan pasien teknik relalksasi nafas dalam   **Kolaborasi :**   1. Pemberian Isdn 1x5mg, Lovenox 2x0,6 mg (oral), Clopidogrel 3x75mg (oral) sesuai advice |
| **3** | Ansietas berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang penyakit  **(SDKI,D0080)** | Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil :   * Perilaku gelisah menurun * Pola tidur membaik * Tekanan darah membaik (90/60 - 120/80 mmHg) * Frekuensi pernafasan membaik 12-20 kali per menit * Frekuensi nadi membaik (60-100 x/menit)   **(SLKI,L09093)** | **Reduksi ansietas (SIKI I.09314) Observasi :**   1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah 2. Monitor tanda tanda ansietas   **Terapeutik**   1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 2. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan   **Edukasi**   1. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis. 2. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 3. Latih teknik relaksasi   **Kolaborasi**  8. Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu. |

## Implementasi dan evaluasi keperawatan

Tabel 3.7 Implementasi Keperawatan Tn. D

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No Dx** | **Hari/ Tanggal/Ja m** | **TT** | **Hari**  **/Tanggal**  **/Jam** | **TT** |
| **Implementasi** | **SOAP** |
| 1,2,3  1,2,3  1 | Dinas siang 12-02-2025  14.00  14.15  15.00 | Membina hubungan saling percaya dengan mengucapkan salam dan mendengarkan keluhan dari pasien.  Melakukan observasi TTV dengan Hasil :  TD : 165/100 mmHg  N : 100x/menit S : 36.◦C  RR : 22x/menit SPO2 : 99%  Memposisikan pasien dengan posisi semifowler Memonitoring keluhan nyeri Hasil :  P : nyeri dada bagian kiri  Q : nyeri seperti diremas  R : bagian dada sebelah kiri  S : 5  T : Hilang timbul | 12-02-2025  21.00 | DX 1: Penurunan curah jantung  S: - pasien mengetakan nyeri dada sebelah kiri  O: - gambaran EKG  Sinus 80x/m ST elevasi dg Q patologis di V1-V3 ST elevasi V4-V5  - TD : 140/81 mmHg  N : 94x/menit S : 36.1◦C  RR : 18x/menit SPO2 : 100%  - Balance cairan  Input: Mi/ma: 1650+1000 (Infus)  = 2650 cc  Output: Urin: 2100+550 (IWL)  = 2650 cc  Balance cairan Tn.D dalam 24/jam adalah 2650 -2650 = 0 cc  A: masalah belum teratasi  P: intervensi di lanjutkan (1-10) |

1,2



1,2,3

16.00

16.30

17.00

17.05

19.45

Dinas pagi 13/02/2025

07.15

Membantu ADL pasien

Memberikan therappy injeksi lovenox 60 mg

Membagikan diit makan 1 porsi nasi tim

Memberikan obat oral

Nac, Atorvastatin 20 mg, Isdn 5 mg

Hasil input cairan

Mi/Ma: 2.450+500 (AM)=2.950 cc

Output cairan Urin:.2.500+450 (iwl)=2.950

Balance cairan Tn.D dalam 24jam adalah 2.950-2.950 = 0 cc



Bina hubungan saling percaya dengan mengucapkan salam dan mendengarkan

13/02/2025

14.00

DX 2 : Nyeri akut

S: - Pasien mengatakan nyeri dada bagian kiri

P : nyeri dada bagian kiri

Q : nyeri seperti diremas

R : bagian dada sebelah kiri

S : 3

T : hilang timbul

O: - pasien nampak meringis

- Pasien mampak gelisah pada saat timbul nyeri

A: masalah belum teratasi

P: intervensi dilanjutkan (1-7) DX 3 Ansietas

S: pasien mengatakan cemas dan takut

O: Frekuensi jantung meningkat

- Pasien terlihat gelisah A: masalah belum teratasi

P: intervensi dilanjutkan (2,3,5,6,7)

DX 1: penurunan curah jantung

S: - pasien mengetakan nyeri dada sebelah kiri sedikit berkurang

O:

- Balance cairan

Input: Mi/ma: 1650+1000 (Infus)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1,2,3  3 | 07.45  08.00  09.00 | keluhan pasien  Memonitoring keluhan nyeri Hasil  :  P : nyeri dada bagian kiri  Q : nyeri seperti di timpa benda berat  R : bagian dada sebelah kiri  S : 2  T : hilang timbu  Mengobservasi TTV Hasil:  TD: 130/80 mmHg N:82x/menit RR:20x/menit  S: 36.◦C SPO2: 98%   * Menciptakan suasana terapeutik  untuk menumbuhkan kepercayaan pasien. * Memberikan motivasi agar pasien mampu meminAMIlisir kecemasan. * Memberikan edukasi dan informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis kepada pasien. * Mengajak pasien mengungkapkan perasaan dan persepsi. * Mengajarkan pasien untuk manajemen nyeri dengan cara rileksasi nafas dalam | = 2650 cc  Output: Urin: 2100+550 (IWL)  = 2650 cc  Balance cairan Tn.D dalam 24/jam adalah 2650 -2650 = 0 cc  - TD: 130/80 mmHg  N:79x/menit RR:21x/menit S:36.4◦C SPO2: 99%   * Cek EKG   A: masalah teratasi sebagian  P: intervensi di lanjutkan (1-10)  DX 2 : Nyeri akut  S: - Pasien mengatakan nyeri dada bagian kiri sedikit berkurang  P : nyeri dada bagian kiri  Q : nyeri seperti di timpa benda berat  R : bagian dada sebelah kiri  S : 2  T : hilang timbul  O: - pasien nampak menarik nafas saat nyeri datang   * Pasien nampak sedikit tenang saat timbul nyeri * Frekuensi nadi menurun A: masalah teratasi sebagian   P: intervensi dilanjutkan (2,3,4,6)  DX 3 Ansietas  S: pasien mengatakan cemas berkurang O: - Pasien terlihat lebih tenang |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1,2  1,2,3  1  1,2,3  1,2,3 | 11.00  12.00  12.00  12.15  13.00 | - Mengajarkan pasien untuk manajemen cemas dengan cara mengingat dan pasrah kepada Tuhan sesuai agama pasien.  Memberikan Terapi oral Lanzoprazol  1x15 mg  Mengobservasi TTV, Hasil: TD: 130/88 mmHg N:88x/menit  RR:21x/menit S: 36.◦C SPO2: 99%  Memberikan terapi oral Isdn 1x5 mg  Memposisikan pasein dengan posisi semifowler  Menganjurkan pasien untuk istirahat Membuang produksi urin pasien Hasil: Balance cairan total /24jam  Input cairan:  Mi/ma: 2.450+500 (AM) = 2.950 cc  Output cairan:  Urin:2500+450 (iwl) = 2.950cc Balance 2.950-2.950 = 0 cc | * Gelisah menurun  * Frekwensi Nadi menurun A: masalah teratasi sebagian   P: intervensi dilanjutkan (2,3,5,6,7) |

1,2,3

1,2,3

1,2,3

Dinas pagi 14/02/2025

07.15

08.00

09.00

10.00

10.15

Bina hubungan saling percaya dengan  mengucapkan salam dan mendengarkan keluhan pasien

Memonitoring keluhan nyeri Hasil

:

P : nyeri dada bagian kiri berkurang jauh

Q : nyeri seperti di timpa benda berat

R : bagian dada sebelah kiri

S : 1

T : hilang timbul

Mengobservasi TTV dengan Hasil:

TD: 120/80 mmHg N: 80x/menit RR:20x/menit

S: 36.◦C SPO2: 99%

Menganjurkan pasien untuk istirahat 

Memberikan Terapi oral Lanzoprazol  1x15 mg

14/02/2025

14.00

DX 1: penurunan curah jantung

S: - pasien mengatakan nyeri dada sebelah kiri sudah tidak nyeri

O:

- Balance cairan

Input: Mi/ma: 1650+1000 (Infus)

= 2650 cc

Output: Urin: 2100+550 (IWL)

= 2650 cc

Balance cairan Tn.D dalam 24/jam adalah 2650 -2650 = 0 cc

- TD: 104/63 mmHg

N: 68x/menit S: 36.2◦C

RR: 20x/menit SPO2: 98%

A: masalah teratasi sebagian P: intervensi dilanjutkan (3,7)

DX 2 : Nyeri akut

S: - Pasien mengatakan nyeri dada bagian kiri nyerinua berkurang

P : nyeri dada bagian kiri

Q : nyeri seperti di timpa benda berat

R : bagian dada sebelah kiri

S : 1

T : hilang timbul

O: - pasien nampak rilex

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1,2,3  1,2,3  1,2,3 | 12.00  13.00  13.25  13.45 | Mengobservasi TTV Hasil:  TD: 120/80 mmHg  N: 80x/menit RR:20x/menit  S: 36.◦C SPO2: 99%  Memberikan terapi oral Isdn 1x5  mg  Memposisikan pasein dengan  posisi semifowler  Membuang produksi urin Hasil: Balance cairan /24jam Input cairan:  Mi/ma: 1500+500 (AM) = 2000cc  Output cairan:  Urin:750+1245 (iwl) = 1995 cc Jadi balance cairan Tn. D dalam 24/jam adalah  2.000-1995= 05cc | Frekuensi nadi membaik   * Pasien sudah tidak nampak gelisah A: masalah teratasi sebagian   P: intervensi dilanjutkan (4)  DX 3 Ansietas  S: pasien mengatakan sudah tenang O: Frekuensi jantung meningkat   * Pasien nampak sangat tenang  * Tidak nampak gelisah.   A: masalah teratasi  P: intervensi dihentikan pasien persiapan KRS Edukasi pasien KRS   1. Menganjurkan pasien untuk menjaga pola hidup sehat 2. Menyampaikan kepada pasien untuk jadwal kontrol berikutnya 3. Menganjurkan ke pasien untuk mengkonsumsi obat yang di berikan sesuai petunjuk pada etiket obat 4. bila ada keluhan darurat agar segera berobat ke fasilitas kesehatan terdekat. |

58

* 1. Evaluasi Sumatif Tabel 3.8 Evaluasi Sumatif

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No** | **Diagnosa** | **Evaluasi sumatif** |
| 1 | Penurunan curah jantung b.d perubahan irama jantung | S: pasien mengatakan dada sebelah kiri sudah tidak nyeri  O:  - Balance cairan  Input: Mi/ma: 1650+1000 (Infus)  = 2650 cc  Output: Urin: 2100+550 (IWL)  = 2650 cc  Balance cairan Tn.D 24/jam adalah 2650 -2650 = 0 cc  A: masalah teratasi  P: intervensi di hentikan |
| 2 | Nyeri Akut b.d Agen pencedera fisiologis | S: Pasien mengatakan dada bagian kiri sudah tidak nyeri  P : nyeri dada bagian kiri  Q : nyeri seperti diremas  R : bagian dada sebelah kiri  S : 1  T : hilang timbul O: pasien nampak rilex  pasien sudah tidak gelisah Frekuensi nadi membaik  A: masalah teratasi  P: intervensi dilanjutkan |
| 3 | Ansietas b.d kurangnya paparan informasi mengenai penyakit | S: pasien mengatakan sudah tenang dan tidak terlalu mencemaskan penyakitnya  O: Frekuensi jantung membaik Pasien nampak sangat tenang Tidak nampak gelisah.  A: masalah teratasi  P: intervensi dihentikan  pasien persiapan KRS |

# BAB 4 PEMBAHASAN

Pada bab ini, penulis akan menjelaskan tentang perawatan keperawatan terhadap pasien Tn. D dengan diagnosa AMI (Infark Miokard Akut) di Ruang Mawar Rumkitalmar Ewa Pangalila Surabaya menggunakan pendekatan kasus untuk membahas teori, fakta serta pendapat penulis selama praktik di lapangan. Pembahasan ini akan mencakup tahap pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan perawatan keperawatan, pelaksanaan, dan evaluasi.

## Pengkajian

Pada pengkajian identitas pasien, dapat dijelaskan bahwa pasien berjenis kelamin laki-laki dan berusia 93 tahun. Hasil penelitian dan teori yang ada, menunjukkan bahwa jenis kelamin laki-laki memiliki resiko penyakit kardiovaskular yang lebih tinggi hingga 2-3 kali lipat dibanding perempuan. Pada perempuan diketahui memiliki proteksi vaskular, seperti hormon estrogen yang mampu membantu mereduksi kadar LDL yang berperan dalam pembentukan aterosklerosis, namun ketika wanita memasuki fase menopause, angka kejadian AMI akan meningkat secara pesat, tapi tidak sebesar angka kejadian AMI pada laki- laki. Umur >40 tahun, tubuh akan memasuki tahap terjadinya penurunan dari fungsi organ-organ di dalam tubuh, termasuk jantung. Aliran darah ke jantung akan terganggu, akibat arteri koroner yang vasokontriksi hingga berdampak iskemik pada miokard (Purba et al, 2021). Penulis berasumsi bahwa jenis kelamin dan usia mempengaruhi kondisi kesehatan jantung.

Pada tahap pengkajian didapatkan Tn.D mengatakan keluhan nyeri dada sebelah kiri sudah 3 minggu dan memberat 3 hari terakhir, nyeri menjalar dari

59

punggung hingga ke dada, pasien tampak meringis, pasien tampak gelisah saat timbul nyeri

* + 1. Bila beraktifitas
    2. Nyeri seperti tertekan benda berat
    3. Nyeri dada sebelah kiri senjalar ke punggung
    4. Skala nyeri 5 dari 1-10
    5. Nyeri hilang timbul (5-10) menit

Infark Miokard Akut (AMI) juga dikenal sebagai serangan jantung (Heart Attack) merupakan salah satu bentuk dari Sindrom Koroner Akut (SKA) yang merupakan ketidakseimbangan antara suplai oksigen dengan kebutuhan oksigen otot jantung (miokard), akibat tersumbatnya aliran darah pada arteri koroner sehinga miokardium dalam waktu lama tidak mendapat suplai oksigen yang dibawa oleh darah akan menyebabkan iskemia yang akan menyebabkan nekrosis miokard (Ketut et al., 2022).

Penulis berpendapat nyeri dengan menggunakan manajemen nyeri relaksasi nafas dalam pada pasien Infark Miokardium Akut (AMI) dapat menurunkan nyeri yang timbul pada pasien Infark Miokardium Akut (AMI) dengan masalah keperawatan nyeri akut Pada tahap pengkajian didapatkan pasien mempunyai riwayat Hipertensi, hasil EKG terdapat: Cor besar, bentuk membesar, Pulmo: tak tampak infitrat / konsolidasi Sinus phrenicoccostalis kiri kanan tajam, Hemidiafragma kiri kanan baik, Kesimpulan : Cardiomegali Congestiv t ST Elevasi di lead I dan AVL T Inversi di lead AVF, tekanan darah : 165/100 mmHg, Menurut wilkinson (2020) Penurunan curah jantung merupakan ketidakmampuan jantung dalam memompa darah keseluruh tubuh untuk bisa memenuhi

metabolisme dalam tubuh.

Penulis berpendapat pada pasien Tn.D didapatkan bahwa tekanan darah pasien tinggi sehingga akan berakibatkan pada cara bekerja jantung yang secara otomatis akan bekerja 2 kali lipat dari biasanya

## Diagnosis

Pada diagnosis keperawatan, di tinjauan teori terdapat 6 diagnosis yang muncul pada diagnosis infark miokard akut, Pada tinjauan kasus ini penulis hanya menegakkan tiga diagnosis utama, sedangkan tiga diagnosis yang lain tidak penulis temukan pada pasien. Tiga dagnosis utama yang penulis tegakkan yaitu : Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (iskemia).

Pengkajian data yang didapatkan dari diagnosis ditandai dengan pasien merasa kesakitan akibat nyeri nyeri yang timbul Nyeri akut merupakan pengalaman sensori atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (Tim Pokja& PPNI, 2016) Penulis berpendapat masalah nyeri akut disebabkan karena oksigen di dalam jantung tidak terpenuhi sehingga mengakibatkan suplai oksigen berkurang dan menimbulkan nyeri pada pasien Infark Miokardium Akut (AMI)

Penurunan curah jantung, pengkajian data yang didapatkan dari diagnosis ditandai dengan pasien mengatakan nyeri dada TD : 165/100 mmHg, Nadi : 110x/menit, Suhu : 36, C, RR : 22x/menit, SpO2 : 96%, Hasil EKG : sinus 90x/menit ST depresi di lead I dan AVL T Inversi di lead AVF, Hasil foto thorax cardiomegali disertai kongestif, CTR : 63,8%. Penurunan curah jantung adalah keadaan dAMIna jantung mengalami ketidakadekuatan untuk memompa darah

keseluruh tubuh, guna memenuhi kebutuhan metaboisme tubuh (SDKI DPP PPNI, 2017) Penulis berpendapat bahwa mengalami Penurunan curah jantung dikarenakan tekanan darah yang terlalu tinggi sehingga bisa menekan jantung.

Ansietas berhubungan dengan kurangnya pengetahuan mengenai penyakit, pengobatan dan tingkat keembuhan, pada pengkajian data di dapati Pasien merasa gelisah, pola tidur memburuk, takikardi serta perasaan sesak di dada. Penulis berpendapat masalah Ansietas disebabkan kurangnya pengetahuan mengenai diagnosis penyakit, pengobatan, tingkat keberhasilan pengobatan dan ketakutan akan berulangnya kekambuhan.

## Intervensi

Pada diagnosis Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung (SDKI,D.0008), Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka di harapkan curah jantung meningkat dengan kriteria hasil : Gambaran EKG Aritmia membaik, Takikardia menurun, Tekanan darah membaik dengan Manajemen Perawatan jantung (I.02075) meliputi : Observasi : Identifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung, Identifikasi balance cairan 24 jam, Monitor tekanan darah, Monitor intake dan output, Monitor keluhan nyeri dada, Monitor EKG setiap pagi. Teraupetik, Posisikan pasien semi-fowler atau fowler, Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress (nafas dalam), Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen. Edukasi : Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi. Kolaborasi pemberian obat obatan sesuai advice dokter dAMIna pada pasien yang mengalami AMI tujuan utama pengobatan adalah membatasi kerusakan otot jantung, meredakan gejala, mencegah komplikasi, dan

meningkatkan kelangsungan hidup. Pemberian furosemid, ISDN, dan obat-obatan lain adalah bagian dari strategi komprehensif ini.

Pada Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (SDKI,D.0077), Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x24 jam, maka di harapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : Keluhan nyeri menurun, Meringis menurun, Kesulitan tidur menurun, Gelisah menurun, Frekuensi nadi membaik, Tekanan darah membaik (L.08066) Dengan Manajemen nyeri (I.08238)

: Observasi : Identifikasi lokasi,karakteristik,durasi,frekuensi,kualitas,intensitas nyeri, Identifikasi skala nyeri, Monitor efek samping penggunaan analgesic. Terapeutik : Fasilitasi istirahat dan tidur, Beri dan ajarkan teknik terapi nonfarmakaologis untuk meredakan nyeri dengan teknik relaksasi nafas dalam, teknik napas dalam dapat membantu mengalihkan perhatian pasien dari nyeri dada dan mengurangi persepsi subjektif terhadap intensitas nyeri. Ini berkontribusi pada peningkatan kenyamanan pasien dan pasien bisa melakukan kembali teknik ini secara mandiri. Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri, Kolaborasi pemberian obat-obatan krusial seperti Clopidogrel, ISDN (Isosorbide Dinitrate), dan Lovenox (Enoxaparin). Obat-obatan ini bekerja sinergis untuk menyelamatkan otot jantung dan mencegah komplikasi.

Pada diagnosis Ansietas berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi tentang penyakit (SDKI,D0080), Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka di harapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil: Perilaku gelisah menurun, Pola tidur membaik, Tekanan darah membaik, Frekuensi pernafasan menurun, Frekuensi nadi menurun (SLKI,L09093). Dengan Manajemen Reduksi ansietas (I.09314), Observasi : Identifikasi saat tingkat ansietas berubah,

Monitor tanda tanda ansietas. Terapeutik: Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan. Edukasi: Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis, Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi, Latih teknik relaksasi. Kolaborasi: pemberian obat antiansietas, jika diperlukan.

## Implementasi

Merupakan Tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana keperawatan. Tindakan yang mencakup Tindakan mandiri dan Tindakan kolaborasi, Penulis berpendapat berdasarkan implementasi sesuai yang diberikan kepada pasien Infark Miokardium Akut (AMI) dengan melakukan managemen nyeri, monitor tanda tanda vital dan pemberian analgesic mampu menurunkan rasa nyeri yang dialami pasienResiko penurunan curah jantung, rencana tindakan keperawatan dengan, Identifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung, Identifikasi balance cairan 24 jam, Monitor tekanan darah, Monitor intake dan output, Monitor keluhan nyeri dada, Monitor EKG setiap pagi, Posisikan pasien semi-fowler ataufowler, Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress (nafas dalam), Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen, Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi.

## Evaluasi

Pada waktu pelaksanaan evaluasi nyeri akut tindakan 3 x 24 jam, nyeri pada pasien sudah berkurang hasil masalah teratasi sebagian pada tanggal 16 Februari 2025. Pada diagnosa Penurunan curah jantung waktu pelaksanaan evaluasi 3 x 24 jam, nyeri pada dada sudah berkurang hasil masalah teratasi sebagian pada tanggal 16

Februari 2025. Pada diagnosa Ansietas pelaksanaan evaluasi 2 x 24 jam, Cemas menurun di tandai dengan gelisah menurun, pola tidur membaik, Tekanan darah menurun, hasil masalah teratasi pada tanggal 15 Februari 205, Peneliti berpendapat setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari, 3 diagnosa keperawatan masih teratasi sebagian dikarenakan nyeri masih di rasakan dan beberapa tanda penurunan curah jantung masih di dapati dan membutuhkan obat secara rutin sesuai advis dokter.

# BAB 5 PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada pasiendengan kasus AMI (Infark Miokard Akut) di Ruang Mawar Rumkitalmar Ewa Pangalila Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pasiendengan AMI (Akut Miokard Infark)

## Kesimpulan

Hasil uraian yang telah menguraikan tentang asuhan keeperawatan pada

pasien AMI (Infark Miokard Akut), maka penulis mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian

Pada saat pengkajian terhadap pasien dengan AMI (Infark Miokardium Akut) didapatkan data pasien mengalami nyeri dada sebelah kiri sudah 3 minggu dan memberat 3 hari terakhir, nyeri menjalar dari punggung hingga ke dada, nyeri timbul di punggung kiri dan kanan disertai keringat dingin.

1. Diagnosis keperawatan utama yang muncul pada pasien ini yaitu dengan diagnosis medis AMI (Infark Miokardium Akut) adalah nyeri akut, penurunan curah jantung, ansietas.
2. Intervensi Keperawatan pada pasien denga AMI (Infark Miokardium Akut), pada masalah masalah resiko penurunan curah jantung adalah memonoitor tanda dan gejala primer penurunan curah jantung, monitor intake dan output, monitor keluhan nyeri dada, memonitor saturasi oksigen, memonitor tekanan

66

darah, memonitor EKG setiap pagi, memberikan terapi relaksasi nafas dalam, memberikan posisi semi fowler, sedangkan pada masalah nyeri akut adalah memonitor lokasi, durasi, frekuensi dan skala nyeri, mengatur istirahat dan tidur, kolaborasi menggunakan obat lovenox, pada masalah ansietas adalah dengan pemberian informasi pengetahuan mengenai diagnosis penyakit, pengobatan yang tepat dan berkesinambungan serta faktor penentu kekambuhan.

1. Pelaksanaan keperawatan pasien dengan diagnosis AMI (Infark Miokardium Akut) dilaksanakan dengan: pada diagnosis penurunan curah jantung yaitu dilaksanakan memonitor tekanan darah, memonitor intake dan output, memonitor keluhan nyeri dada, melakukan EKG, memposisikan semi fowler, memberikan relaksasi nafas dalam, memonitor saturasi oksigen. pada masalah keperawatan nyeri akut memonitor lokasi,durasi,karakteristik,frekuensi nyeri, memonitor skala nyeri, memonitor efek samping penggunan obat, memfasilitasi istirahat teratur. pada ansietas yaitu dilaksanakan edukasi kondisi dan perawatan.
2. Evaluasi keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis AMI (Infark Miokardium Akut) pada diagnosis penurunan curah jantung masalah teratasi sebagian dalam waktu 3 hari , diagnosis nyeri akut masalah teratasi sebagian dalam waktu 3 hari, diagnosis ansietas masalah teratasi dalam waktu 2 hari.

## Saran

Saran berdasarkan dari simpulan di atas penulis memberikan beberapa saran

sebagai berikut:

1. Bagi Pasien dan Keluarga

Keluarga pasien diharapkan mampu belajar dari kondisi yang dialami oleh Tn.D. Pasien dan keluarga diharapkan melakukan pemeriksaan secara rutin ke pelayanan kesehatan terdekat untuk menjaga kondisi kesehatan pasien. Pola hidup sehat seperti olahraga, konsumsi makanan dengan gizi seimbang juga dapat membantu keluarga untuk menjaga kondisi kesehatan agar di masa depan tidak terjadi hal hal yang tidak diharapkan.

1. Bagi Perawat

Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, keterampilan yang cukup serta dapat bekerjasama dengan tim kesehatan lainnya dengan memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan AMI (Infark Miokardium Akut). Perawat melaksanakan tindakan keperawatan diharapkan untuk tetap memperhatikan standar prosedur operasional.Bagi Rumkitalmar Ewa Pangalila Surabaya hendaknya mengadakan pelatihan atau seminar kesehatan untuk menambah wawasan dan ilmu bagi pasien, keluarga maupun perawat dan prajurit lingkugan marinir dan masyarakat umum.

1. Bagi penulis selanjutnya

Melakukan studi kasus atau mengevaluasi program keperawatan yang sudah diterapkan di rumah sakit bisa memberikan wawasan tentang efektivitas berbagai strategi perawatan pasien dengan AMI.

# DAFTAR PUSTAKA

Bambari, H. A., Panda, A. L., & Joseph, V. F. F. (2021). *Terapi Reperfusi pada Infark Miokard dengan ST-Elevasi*. *9*(28), 287–298.

Erizon, & Karani, Y. (2020). *Hdl dan aterosklerosis*. *5*(4), 1123–1131.

Hadinata, D., & Abdillah, A. J. (2021). Metodologi Keperawatan. *Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents*, *3*(April), 49–58.

Hariyono\_2020. (n.d.). *BUKU AJAR ASUHAN KEPERAWATAN SISTEM CARDIOVASKULER UNTUK PROFESI NERS\_th 2020*.

Herawati, R. I. D. T. (2022). Pemeriksaan Tanda Kussmaul sebagai Prediktor Infark Miokardium Akut pada Ventrikel Kanan. *Jurnal Keperawatan*, *14*(Vol 14 No 2 (2022): Jurnal Keperawatan: Juni 2022), 359–366.

Hidayah, N., Kurniawati, D. A., Umaryani, D. S. N., & Ariyani, N. (2023). Jurnal Keperawatan Muhammadiyah Bengkulu. *Sereal Untuk*, *8*(1), 51.

Ibanez, B., James, S., Agewall, S., Antunes, M. J., & Bueno, H. (2018). *2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST -segment elevation The Task Force for the management of acute myocardial infarction*. 119–177. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx393

Idris, D., & Prawati, D. (2022). Kenyamanan Meningkatkan Kualitas Hidup Pasien Infrak Miokard Akut. *Jurnal Keperawatan*, *14*, 589–596.

Ketut, S. I., Putu Kiki, W., & Gede Wira Pratama, Y. A. A. (2022). Infark Miokard Akut Dengan Elevasi Segmen St (Ima-Est) Anterior Ekstensif. *Ganesha Medicina Journal*, *2*(1), 22–32.

Lehmacher, J., Neumann, J. T., Sörensen, N. A., Goßling, A., Haller, P. M., Hartikainen, T. S., Clemmensen, P., Zeller, T., Blankenberg, S., & Westermann, D. (2020). Predictive value of serial ECGs in patients with suspected myocardial infarction. *Journal of Clinical Medicine*, *9*(7), 1–12. https://doi.org/10.3390/jcm9072303

Oedijani, S. (2019). INFEKSI PERIODONTAL SEBAGAI FAKTORRISIKO

KONDISI SISTEMIK Oedijani Santoso. *Infeksi Periodontal Sebagai Faktorrisiko Kondisi Sistemik*, *6*(2), 141–152.

Purba, K. J., Tjiptaningrum, A., & Mustofa, S. (2023). Gambaran Profil Lipid Pasien Infark Miokardium Akut di RSUD DR. H. Abdul Moeloek Lampung tahun 2021. *Medical Profession Journal of Lampung*, *13*(1), 151–157. https://doi.org/10.53089/medula.v13i1.573

rahayu, notesya, P. (2023). *Bunga Rampai Manejemen Nyeri*.

Sanger, M. F. T., Bidjuni, H. J., & Buanasari, A. (2022). Hubungan Efikasi Diri Dengan Tingkat Ansietas Mahasiswa Praktik Profesi Ners Program Studi Ilmu Keperawatan Fk Unsrat Manado Pada Masa Pandemi Covid-19. *Jurnal Keperawatan*, *10*(1), 99. https://doi.org/10.35790/jkp.v10i1.36320

Saskia, G., & Rasyid, T. A. (2022). Analisis Asuhan Keperawatan Pada Pasien Infark Miokard Akut Dengan Mobilisasi Dini Terhadap Frekuensi Nadi Dan Tekanan Darah. *Jurnal Ners*, *6*(2), 200–208.

Satyarsa, A. B. S., Suryantari, S. A. A., Gumilang, P. G. A., & Dewi, N. N. A. (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), 174–180. https://doi.org/10.15562/ism.v10i1.300 Serinadi, D. M., Judijanto, L., Aini, F., Nurhayati, S., & Wijayanti, F. (2024). *Pengkajian dalam keperawatan* (P. I. Daryaswanti (ed.)). PT. Sonpedia

Publishing Indonesia.

Sofiah, W., & Roswah, L. F. (2022). *Asuhan Keperawatan Pasien Yang Mengalami Infark Miokard Akut Dengan Nyeri Melalui Teknik Relaksasi Nafas Dalam*. *10*(April), 73–83.

Suhardi, F. L., & Shujuan, S. (2021). *Sindroma Koroner Akut Akibat Hipoksia*.

*02*(02), 642–646.

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*

(D. P. P. PPNI (ed.)).

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia* (1st ed.). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

Tim pokja SLKI DPP PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. DPP PPNI.

Tsuroyya, F. A., Ramadhani, K. N., & Ramadhani, E. O. (2025). *Tinjauan Organ Jantung sebagai Pusat Kehidupan dalam Sistem Kardiovaskular*. *3*.

Ulantari, & Sumarya. (2023). Peran Kadar Creatin Kinase-Myocardial Band Dan Hubungannya Dengan Kadar Troponin I Sebagai Diagnostik Ami Pada Pasien Infark Miokard Akut Di Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah. *Jurnal Widya Biologi*, *14*(01), 13–19. https://doi.org/10.32795/widyabiologi.v14i01.4132

World Health Organization (WHO). (2025). *World health statistics 2025 Monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals*.

Lampiran 1 Lembar observasi Tn. D Tanggal 12 Februari 2025 di ruang mawar Rumkitalmar Ewa Pangalila

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Jam | Tensi | RR | HR | SUHU | SPO2 | Resp Mode | fiO2 | EWS | Input (cc) | Output (cc) |
| 08.00 | 155/100 | 20 | 120 | 36’8 | 100% |  |  | 2 | Makan 250cc |  |
| 09.00 | 152/108 | 19 | 118 | 36,8 | 99 % |  |  | 2 |  | UP 300 ml |
| 10.00 | 154/98 | 20 | 117 | 36’7 | 98% |  |  | 2 | Minum 300cc |  |
| 11.00 | 152/103 | 20 | 106 | 36,7 | 99 % |  |  | 2 |  |  |
| 12.00 | 155/100 | 19 | 112 | 36’7 | 99% |  |  | 2 | Makan 250cc |  |
| 13.00 | 152/108 | 20 | 106 | 37,6 | 99 % |  |  | 2 | Injeksi 50cc | UP 400 ml |
| 14.00 | 154/98 | 20 | 103 | 36’5 | 98% |  |  | 2 |  |  |
| 15.00 | 152/103 | 20 | 107 | 36’7 | 99 % |  |  | 2 | Minum 300cc |  |
| 16.00 | 148/97 | 19 | 108 | 36,7 | 98% |  |  | 2 |  |  |
| 17.00 | 153/95 | 20 | 102 | 36’7 | 99 % |  |  | 2 | Makan 250cc | UP 350 ml |
| 18.00 | 155/100 | 20 | 100 | 37,6 | 98% |  |  | 2 |  |  |
| 19.00 | 152/108 | 19 | 104 | 36’5 | 99 % |  |  | 2 | Injeksi 50cc |  |
| 20.00 | 154/98 | 20 | 103 | 36,6 | 99% |  |  | 2 | Minum 200cc |  |
| 21.00 | 152/103 | 20 | 102 | 36’7 | 99 % |  |  | 2 |  | UP 400 ml |
| 22.00 | 148/97 | 21 | 103 | 36,7 | 98% |  |  | 2 |  |  |
| 23.00 | 153/95 | 20 | 102 | 36’7 | 99 % |  |  | 2 |  |  |
| 24.00 | 155/100 | 19 | 96 | 36’8 | 98% |  |  | 2 |  |  |
| 01.00 | 152/108 | 20 | 93 | 36,8 | 99 % |  |  | 2 |  | UP 350 ml |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 02.00 | 154/98 | 20 | 90 | 36’7 | 98% |  |  | 2 |  |  |
| 03.00 | 152/103 | 19 | 88 | 36,7 | 99 % |  |  | 1 |  |  |
| 04.00 | 148/97 | 20 | 89 | 36’7 | 99% |  |  | 1 |  |  |
| 05.00 | 153/95 | 20 | 86 | 37,6 | 99 % |  |  | 1 |  | UP 400 ml |
| 06.00 | 155/100 | 21 | 87 | 36’5 | 98% |  |  | 1 |  |  |
| 07.00 | 152/108 | 20 | 82 | 36,6 | 99 % |  |  | 1 |  |  |

Lembar observasi Tn. D Tanggal 13 Februari 2025 di ruang mawar Rumkitalmar Ewa Pangalila

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Jam | Tensi | RR | HR | SUHU | SPO2 | Resp Mode | fiO2 | EWS | Input (cc) | Output (cc) |
| 08.00 | 155/100 | 20 | 120 | 36’8 | 100% |  |  | 2 | Makan 250cc |  |
| 09.00 | 152/108 | 19 | 118 | 36,8 | 99 % |  |  | 2 |  | UP 300 ml |
| 10.00 | 154/98 | 20 | 117 | 36’7 | 98% |  |  | 2 | Minum 300cc |  |
| 11.00 | 152/103 | 20 | 106 | 36,7 | 99 % |  |  | 2 |  |  |
| 12.00 | 155/100 | 19 | 112 | 36’7 | 99% |  |  | 2 | Makan 250cc |  |
| 13.00 | 152/108 | 20 | 106 | 37,6 | 99 % |  |  | 2 | Injeksi 50cc | UP 400 ml |
| 14.00 | 154/98 | 20 | 103 | 36’5 | 98% |  |  | 2 |  |  |
| 15.00 | 152/103 | 20 | 107 | 36’7 | 99 % |  |  | 2 | Minum 300cc |  |
| 16.00 | 148/97 | 19 | 108 | 36,7 | 98% |  |  | 2 |  |  |
| 17.00 | 153/95 | 20 | 102 | 36’7 | 99 % |  |  | 2 | Makan 250cc | UP 350 ml |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 18.00 | 155/100 | 20 | 100 | 37,6 | 98% |  |  | 2 |  |  |
| 19.00 | 152/108 | 19 | 104 | 36’5 | 99 % |  |  | 2 | Injeksi 50cc |  |
| 20.00 | 154/98 | 20 | 103 | 36,6 | 99% |  |  | 2 | Minum 200cc |  |
| 21.00 | 152/103 | 20 | 102 | 36’7 | 99 % |  |  | 2 |  | UP 400 ml |
| 22.00 | 148/97 | 21 | 103 | 36,7 | 98% |  |  | 2 |  |  |
| 23.00 | 153/95 | 20 | 102 | 36’7 | 99 % |  |  | 2 |  |  |
| 24.00 | 155/100 | 19 | 96 | 36’8 | 98% |  |  | 2 |  |  |
| 01.00 | 152/108 | 20 | 93 | 36,8 | 99 % |  |  | 2 |  | UP 350 ml |
| 02.00 | 154/98 | 20 | 90 | 36’7 | 98% |  |  | 2 |  |  |
| 03.00 | 152/103 | 19 | 88 | 36,7 | 99 % |  |  | 1 |  |  |
| 04.00 | 148/97 | 20 | 89 | 36’7 | 99% |  |  | 1 |  |  |
| 05.00 | 153/95 | 20 | 86 | 37,6 | 99 % |  |  | 1 |  | UP 400 ml |
| 06.00 | 155/100 | 21 | 87 | 36’5 | 98% |  |  | 1 |  |  |
| 07.00 | 152/108 | 20 | 82 | 36,6 | 99 % |  |  | 1 |  |  |

Lembar observasi Tn. D Tanggal 13 Februari 2025 di ruang mawar Rumkitalmar Ewa Pangalila

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Jam** | **Tensi** | **RR** | **HR** | **SUHU** | **SPO2** | **Resp Mode** | **fiO2** | **EWS** | **Input (cc)** | **Output**  **(cc)** |
| 08.00 | 155/100 | 20 | 120 | 36’8 | 100% |  |  | 2 | Makan 250cc |  |
| 09.00 | 152/108 | 19 | 118 | 36,8 | 99 % |  |  | 2 |  | UP 300 ml |
| 10.00 | 154/98 | 20 | 117 | 36’7 | 98% |  |  | 2 | Minum 300cc |  |
| 11.00 | 152/103 | 20 | 106 | 36,7 | 99 % |  |  | 2 |  |  |
| 12.00 | 155/100 | 19 | 112 | 36’7 | 99% |  |  | 2 | Makan 250cc |  |
| 13.00 | 152/108 | 20 | 106 | 37,6 | 99 % |  |  | 2 | Injeksi 50cc | UP 400 ml |
| 14.00 | 154/98 | 20 | 103 | 36’5 | 98% |  |  | 2 |  |  |
| 15.00 | 152/103 | 20 | 107 | 36’7 | 99 % |  |  | 2 | Minum 300cc |  |
| 16.00 | 148/97 | 19 | 108 | 36,7 | 98% |  |  | 2 |  |  |
| 17.00 | 153/95 | 20 | 102 | 36’7 | 99 % |  |  | 2 | Makan 250cc | UP 350 ml |
| 18.00 | 155/100 | 20 | 100 | 37,6 | 98% |  |  | 2 |  |  |
| 19.00 | 152/108 | 19 | 104 | 36’5 | 99 % |  |  | 2 | Injeksi 50cc |  |
| 20.00 | 154/98 | 20 | 103 | 36,6 | 99% |  |  | 2 | Minum 200cc |  |
| 21.00 | 152/103 | 20 | 102 | 36’7 | 99 % |  |  | 2 |  | UP 400 ml |
| 22.00 | 148/97 | 21 | 103 | 36,7 | 98% |  |  | 2 |  |  |
| 23.00 | 153/95 | 20 | 102 | 36’7 | 99 % |  |  | 2 |  |  |
| 24.00 | 155/100 | 19 | 96 | 36’8 | 98% |  |  | 2 |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 01.00 | 152/108 | 20 | 93 | 36,8 | 99 % |  |  | 2 |  | UP 350 ml |
| 02.00 | 154/98 | 20 | 90 | 36’7 | 98% |  |  | 2 |  |  |
| 03.00 | 152/103 | 19 | 88 | 36,7 | 99 % |  |  | 1 |  |  |
| 04.00 | 148/97 | 20 | 89 | 36’7 | 99% |  |  | 1 |  |  |
| 05.00 | 153/95 | 20 | 86 | 37,6 | 99 % |  |  | 1 |  | UP 400 ml |
| 06.00 | 155/100 | 21 | 87 | 36’5 | 98% |  |  | 1 |  |  |
| 07.00 | 152/108 | 20 | 82 | 36,6 | 99 % |  |  | 1 |  |  |

Lampiran 2, Standar Prosedur Operasional (SPO) Pemasangan EKG

|  |  |
| --- | --- |
|  | **STANDART OPERASIONAL PROSEDUR PEMASANGAN ELEKTROKARDIOGRAFI (EKG)** |
| **DEFINISI** | Pemasangan EKG adalah suatu tindakan merekam aktifitas listrik jantung berawal dari Nodus Sinoatrial yang dikonduksikan melewati jaringan serat sistem konduksi dalam jantung yang mengakibatkan jantung berkontraksi yang dapat direkam melalui elektroda yang diletakkan / dilekatkan pada kulit. |
| **TUJUAN** | 1. Untuk mengetahui adanya kelainan- kelainan irama jantung/disritmia 2. Kelainan-kelainan otot jantung 3. Pengaruh/efek obat-obat jantung 4. Ganguan -gangguan elektrolit 5. Memperkirakan adanya pembesaran jantung/hipertropi atrium dan ventrikel 6. Menilai fungsi pacu jantung. |
| **PERSIAPAN ALAT** | 1. Peralatan:    1. Alat monitor EKG lengkap siap pakai dan dalam keadaan baik    2. Kapas alkohol    3. Jelly khusus EKG    4. Kapas atau kassa lembab 2. Pasien dan lingkungan sekitar: 3. Keluarga diberi tahu tentang tujuan serta tindakan yang akan dilakukan 4. Posisi pasien berbaring diatur terlentang dan datar 5. Meminta izin untuk membuka Baju atas pasien |

|  |  |
| --- | --- |
| **PELAKSANAAN** | 1. Tahap pra interaksi    1. Cek identitas pasien.    2. Lakukan cuci tangan.    3. Siapkan alat dan bahan. 2. Tahap orientasi    1. Beri salam, panggil pasien dengan namanya.    2. Jelaskan tujuan, prosedur dan lama tindakan.    3. Berikan kesempatan pada pasien untuk bertanya.    4. Jaga privasi pasien. 3. Tahap kerja    1. Dekatkan alat dan bahan pada pasien.    2. Atur posisi pasien tidur terlentang.    3. Memakai handscoon.    4. Buka dan longgarkan pakaian pasien bagian atas, bila pasien memakai jam tangan, gelang, dan logam lain dilepas.    5. Bersihkan kotoran dan lemak dengan menggunakan kapas alkohol pada daerah dada, kedua pergelangan tangan dan kedua tungkai dilokasi pemasangan manset elektroda.    6. Oleskan jelly pada permukaan elektroda.    7. Pasang manset elektroda pada kedua pergelangan tangan dan kedua tungkai.    8. Sambung kabel EKG pada kedua pergelangan tangan dan kedua tungkai pasien, untuk sadapan ekstremitas LEAD (LEAD I, II, III, AVR, AVL, AVF) dengan cara sebagai berikut:       1. Warna merah pada tangan kanan.       2. Warna kuning pada tangan kiri.       3. Warna hijau pada kaki kiri.       4. Warna hitam pada kaki kiri.    9. Pasangkan elektroda ke dada untuk meredam precardical:   V1 : pada interosta ke 4 pada garis sternum sebelah kanan.  V2 : pada intercosta ke 4 pada garis sternum kiri.  V3 : pertengahan antara V2 dan V4.  V4 : pada intercosta ke 5 pada axilla |

bagian belakang kiri. V5 : pada axillasebelah depan kiri.

V6 : pada intercosta ke 5 pada mid axilla.

1. Lakukan perekaman secara berurutan sesuai dengan pemilihan LEAD yang terdapat pada mesin EKG.
2. beri identitas pasien pada hasil rekaman.
3. Merapikan pasien.
4. Bereskan alat dan bahan.
5. Lepas handscoon.
6. Tahap terminasi
   1. Beri salam dan terAMI kasih.
   2. Cuci tangan.

Mendokumentasi pada lembar tindakan

Lampiran 3, Standar Prosedur Operasional (SPO) Balance Cairan

|  |  |
| --- | --- |
| **PRODI PENDIDIKAN D3 KEPERAWATAN SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA** | |
| **STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR** | **Pemantauan Intake dan Output Cairan (Balance Cairan)** |
| **Pengertian** | Mengumpulkan dan menganalisis data jumlah cairan yang masuk dan keluar dari tubuh. |
| **Tujuan** | 1. Curah jantung meningkat 2. Perfusi miokard meningkat 3. Perfusi perifer meningkat 4. Sirkulasi spontan meningkat 5. Keseimbangan cairan meningkat 6. Keseimbangan elektrolit meningkat 7. Eliminasi fekal; membaik 8. Tingkat mual menurun 9. Tingkat syock menurun 10. Perfusi renal meningkat 11. Perfusi gastro intestinal meningkat |
| **Prosedur** | 1. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas ( nama lengkap, tanggal lahir dan No. RM ) 2. Jelaskan tujuan dan langkah – langkah dan prosedur |
| **Peralatan dan Pelaksanaan** | 1. Sarung tangan bersih 2. Gelas ukur 3. Format pemantauan intake dan output cairan 4. Lakukan kebersihan tangan enam langkah 5. Pasang sarung tangan bersih 6. Ukur volume output cairan (meliputi urine, defekasi, muntah NGT dan drain) 7. Ukur volume input cairan ( meliputi minum dan cairan intravena 8. Hitung balance cairan 9. Lepaskan sarung tangan 10. Lakukan kebersihan tangan enam langkah 11. Hitung insisible water loss (IWL) jika perlu : (15 X BB X periode waktu : 24 jam ) dalam keadaan suhu normal. Jika terjadi peningkatan suhu maka : ( IWL normal + 200 x (suhu badan – 36,8 ) 12. Hitung balance cairan sesuai periode waktu yang dibutuhkan ( misalkan per jam, per 8 jam, per 12 jam, per 24 jam ) jika |

|  |  |
| --- | --- |
|  | perlu : balance cairan = intake – output ( IWL + urine, defekasi, NGT, muntah, dan drain)   1. Informasikan hasil pemantauan jika perlu 2. Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan Catatan :Interpretasi hasil   perhitungan balance cairan:   * 1. Jika hasil negatif berarti jumlah cairan yang masuk kurang dan jumlah pengeluaran cairan berlebih (IWL dan ESWL)   2. Jika hasil positif berarti jumlah cairan yang masuk berlebih dan jumlah pengeluaran kurang   17. Jika hasil nol berarti cairan dalam tubuh seimbang |
| **Referensi** | PPNI (2021). Pedoman Standar Operasional Prosedur Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: PPNI. |