

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. B DENGAN DIAGNOSA MEDIS  
INFARK MIOKARD AKUT ANTEROSEPTAL DI RUANG JANTUNG  
DAN HCU JANTUNG  
RSPAL dr. RAMELAN  
SURABAYA**



**OLEH:**

**EGA KARTIKASARI**  
**NIM. 1920011**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH  
SURABAYA  
2022**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. B DENGAN DIAGNOSA MEDIS  
INFARK MIOKARD AKUT ANTEROSEPTAL DI RUANG JANTUNG  
DAN HCU JANTUNG  
RSPAL dr. RAMELAN  
SURABAYA**

**Karya Ilmiah Akhir ini diajukan sebagai salah satu syarat  
untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan (AMd.,Kep)**



**OLEH:**

**EGA KARTIKASARI**  
**NIM. 1920011**

**PRODI D3 KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH  
SURABAYA  
2022**

## **SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN**

Saya bertanda tangan di bawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya ilmiah akhir ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di STIKES Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan penulis, semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk, saya nyatakan dengan benar. Bila ditemukan adanya plagiasi, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh STIKES Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 22 Februari  
2022

Ega Kartikasari  
NIM. 1920011

## HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

Nama : Ega Kartikasari  
NIM. : 1920011  
Program Studi : D-III Keperawatan  
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Ny. B dengan Diagnosa Medis Infark Miokard Anteroseptal Akut di Ruang Jantung dan HCU Jantung RSPAL dr. Ramelan Surabaya

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui laporan karya ilmiah akhir ini guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar :

**Ahli Madya Keperawatan (AMd.,Kep)**

Surabaya, 14 Februari 2022

Pembimbing



**(Dwi Priyantini, S Kep., Ns., M.Sc)**  
**NIP. 03006**

Ditetapkan di : Surabaya

Tanggal : 14 Februari 2022

## LEMBAR PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari :

Nama : Ega Kartikasari

NIM. : 1920011

Program Studi: D3 Keperawatan

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Ny. B dengan Diagnosa Medis Infark Miokard Akut Anteroseptal di Ruang Jantung dan HCU Jantung RSPAL dr. Ramelan Surabaya

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji Karya Ilmiah Akhir di Stikes Hang Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar “Ahli Madya Keperawatan (AMd.,Kep)” pada Prodi D3 Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya.

Penguji I :

Dini Mei Widayanti, S.Kep., Ns.,  
M.Kep  
NIP.03011



Penguji II :

Wijayanti, S Kep.Ns  
NIP.197612102006042002



Penguji III :

Dwi Priyantini, S.Kep., Ns., M.Sc  
NIP. 03006



**Mengetahui,  
STIKES HANG TUAH SURABAYA  
KAPRODI D3 KEPERAWATAN**

**(Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes)**  
**NIP. 03007**

Ditetapkan di : Surabaya

Tanggal : 22 Februari 2022

## KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT Yang Maha Esa, atas limpahan karunia dan hidayahnya sehingga penulis dapat menyusun karya ilmiah akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. B dengan Diagnosa Infark Miokard Akut Anteroseptal di Ruang Jantung dan HCU Jantung RSPAL dr. Ramelan Surabaya” dapat selesai sesuai waktu yang telah ditentukan.

Karya ilmiah akhir ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan di Progam D3 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya Karya ilmiah akhir ini disusun dengan memanfaatkan berbagai literatur serta mendapatkan banyak pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak, penulis menyadari tentang segala keterbatasan kemampuan dan pemanfaatan literatur, sehingga karya ilmiah akhir ini di buat dengan sangat sederhana baik dari segi sistematika maupun isinya jauh dari sempurna.

Dalam kesempatan kali ini, perkenankanlah peneliti menyampaikan rasa terimakasih, rasa hormat dan penghargaan kepada :

1. Kolonel Laut dr. Gigih Imanta J., Sp.PD., Finasim., M.M selaku Direktur Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya.
2. Dr. A. V. Sri Suhardiningsih., S.Kp., M.Kes selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada penulis untuk menjadi mahasiswa D3 Keperawatan.
3. Ibu Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes selaku Kepala Program Studi D3 Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Studi D3 Keperawatan

4. Ibu Dini Mei Widayanti, S.Kep., Ns., M.Kep selaku penguji 1, terima kasih atas arahan, kritikan dan saran yang telah diberikan dalam penyusunan dan penyelesaian karya ilmiah akhir ini.
5. Ibu Wijayanti, S Kep.Ns selaku penguji 2, terima kasih atas arahan, kritikan dan saran yang telah diberikan dalam penyusunan dan penyelesaian karya ilmiah akhir ini.
6. Ibu Dwi Priyantini, S.Kep., Ns., M.Sc\_selaku pembimbing yang penuh kesabaran dan perhatian memberikan pengarahan dan dorongan moril dalam penyusunan karya ilmiah ini.
7. Bapak ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memeberikan 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.
8. Perawat dan staf Ruang Jantung dan HCU Jantung yang telah membimbing dan memberikan arahan dalam praktik di Ruangan.
9. Untuk kedua orang tua saya yang senantiasa memberi dukungan dan doa yang tiada hentinya kepada saya. terimakasih telah membimbing saya dan sudah menjadi bagian dari hidup saya.
10. Teman-teman sealmamater kumara-25 Angkatan Tahun 2019 yang selalu berbagi cerita suka maupun duka, pengalaman-pengalaman selama praktik klinik di Rumah sakit di wilayah Surabaya, memberi dukungan dan semangat dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah, bekerja sama dalam tim, canda tawa selama 3 tahun ini.

11. Ibu Bevi Setia Dewi S.Kep.,Ns yang telah memberikan bekal materi serta bimbingan bagi penulis yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulis Karya Tulis Ilmiah ini.
12. Teruntuk Muhammad Fadel yang telah menemani saya dan memberi dukungan secara moril, semangat dan doa selama penyusunan Karya Tulis Ilmiah serta menerima dan mendengarkan keluh kesah saya  
Semoga budi baik yang telah diberikan penulis mendapatkan balasan dari Allah Yang Maha Pemurah. Akhirnya penulis berharap bahwa karya ilmiah akhir ini bermanfaat bagi kita semua. Aamiin Ya Robbal Alamin.

Surabaya, 22 Februari

2022

Ega kartikasari

1920011



## DAFTAR ISI

<b>KARYA TULIS ILMIAH .....</b>	<b>i</b>
<b>SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN .....</b>	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN .....</b>	<b>iii</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN .....</b>	<b>iv</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>v</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>viii</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>x</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>xi</b>
<b>BAB 1 .....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	2
1.3 Tujuan Penulisan .....	2
1.3.1 Tujuan Umum.....	2
1.3.2 Tujuan Khusus.....	3
1.4 Manfaat Penulisan .....	3
1.5 Metode Penulisan .....	4
1.6 Sistematika Penulisan .....	5
<b>BAB 2 .....</b>	<b>7</b>
2.1 Konsep Dasar Penyakit Infark Miokard Akut.....	7
2.1.1 Anatomi dan Fisiologi .....	7
2.1.2 Definisi .....	9
2.1.3 Etiologi.....	10
2.1.4 Manifestasi Klinis .....	11
2.1.5 Tanda Dan Gejala.....	11
2.1.6 Patofisiologis .....	12
2.1.7 Komplikasi .....	13
2.1.8 Pemeriksaan Penunjang .....	14
2.1.9 Penatalaksanaan .....	15
2.2.1 Pengkajian.....	16
2.2.2 Diagnosis Keperawatan.....	21
2.2.3 Intervensi Keperawatan.....	22
2.2.4 Implementasi Keperawatan.....	26
2.2.5 Evaluasi Keperawatan .....	26
<b>BAB 3 .....</b>	<b>28</b>
3.1 Pengkajian .....	28
3.1.1 Identifikasi.....	28
3.1.2 Keluhan Utama.....	28
3.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang.....	28
3.1.4 Riwayat penyakit dahulu.....	29
3.1.5 Riwayat penyakit keluarga .....	29
3.1.6 Genogram .....	29
3.1.7 Riwayat alergi.....	30
3.1.8 pemeriksaan Fisik .....	30
3.2 Pemeriksaan Penunjang .....	34
3.3 Diagnosa Keperawatan.....	<b>38</b>
3.3.1 Analisa Data .....	38

3.3.2	Perioritas Masalah .....	40
3.3.3	Rencana Keperawatan.....	41
3.3.4	Tindakan Keperawatan dan Evaluasi.....	44
	<b>EVALUASI SUMATIF.....</b>	<b>50</b>
	<b>BAB 4 .....</b>	<b>52</b>
4.1	Pengkajian .....	52
4.2	Diagnosis Keperawatan .....	54
4.3	Perencanaan.....	55
4.4	Pelaksanaan .....	56
4.5	Evaluasi Keperawatan .....	58
	<b>BAB 5 .....</b>	<b>60</b>
5.1	Kesimpulan .....	60
5.2	Saran.....	61
	<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>63</b>
	<b>Lampiran 1.....</b>	<b>76</b>

## DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Laboratorium Darah Lengkap .....	34
Tabel 3.2 Terapi Obat .....	36
Tabel 3.3 Analisa Data .....	38
Tabel 3.4 Perioritas Masalah .....	40
Tabel 3.5 Rencana Keperawatan .....	41
Tabel 3.6 Tindakan Keperawatan dan Evaluasi .....	44

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Jantung .....	9
Gambar 2.2 Kerangka Masalah .....	27
Gambar 3.1 genogram .....	29
Gambar 3.2 foto thorax .....	35
Gambar 3.3 EKG .....	37

## DAFTAR SINGKATAN

BB	: Berat badan
BAB	: Buang air besar
BAK	: Buang air kecil
DO	: Data objektif
DS	: Data subjektif
MRS	: Masuk rumah sakit
SMRS	: Sebelum masuk rumah sakit
N	: Nadi
S	: Suhu
RR	: Respiratory Rate
TD	: Tekanan darah
TTV	: Tanda-tanda vital
WOC	: <i>web of caution</i>
WHO	: <i>World Health Organizatiun</i>
PQRST	: <i>Provokatif, Kualitas, Region, Scale seviritas, Timing</i>
ROM	: <i>Range Of Motion</i>
EKG	: <i>Elektrokardiogram</i>
CRT	: <i>Capillary Refill Time</i>
KRS	: Keluar rumah sakit
MmHg	: <i>Milimeter Merkuri Hidragyrum</i>

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Infark miokard merupakan penyakit yang tidak menular dan juga merupakan penyebab penyakit kematian utama di dunia saat ini. Penyakit infark miokard merupakan salah satu proses kematian sel yang dipengaruhi berbagai faktor patologis, yang sangat berkembang dengan cepat karena ketidaksenambungan antara suplai dan kebutuhan oksigen ke otot-otot jantung. Hal ini disebabkan oleh ruptur plak yang mungkin diikuti oleh pembentukan trombus oleh trombosit. (Satyarsa et al., n.d.). sindrom koroner akut termasuk penyakit jantung yang bermacam macam mulai dari angina pectoris tidak stabil dan infark miokard tanpa ST-elevasi hingga ke infark miokard dengan ST elevasi (Torry et al., n.d.)

World Health Organization (WHO) pada tahun 2015 menunjukkan bahwa (70%) kematian di dunia disebabkan oleh penyakit yang tidak menular (39,5 juta dari 56,4 kematian).(Satyarsa et al., n.d.). berdasarkan data riset kesehatan dasar penyakit jantung di indonesia mencapai (4,5%). Pada tahun 2018 jumlah penyakit jantung mencapai angka (11 %) pada tahun 20 (riskesdas, 2018). Di Rumkital Dr. Ramelan Surabaya jumlah pasien yang ada di ruang Jantung dan HCU Jantung pada tahun 2021 kasus infark miokard akut selama 1 tahun penut terdapat 50 pasien.

Nyeri dada adalah gejala umum yang sering ditemukan dan disebabkan dasar diagnostik dan landasan awal (Keumalahayati et al., 2015). Infark miokard akut keluhan utama yakni nyeri dada. Nyeri dada ini biasanya berlangsung lebih

dari 20 menit, biasanya terletak pada bagian tengah atau bagian dada sebelah kiri dan menjalar ke rahang, punggung atau bagian lengan. Rasa nyeri ini biasanya dirasakan oleh pasien seperti tertekan benda berat, diremas-remas, rasa terbakar atau pun ditusuk-tusuk. Keluhan nyeri dada biasanya dibarengi dengan keringat dingin, rasa ingin mual dan muntah, rasa lemas, pusing, rasa melayang, bahkan bisa pingsan karena rangsangan parasimpatis (Santoso & Setiawan, 2018).

Peran perawat profesional sebagai bagian integral pelayanan kesehatan dituntut melakukan asuhan keperawatan yang berisi data hasil pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi dan pembahasan yang berisi perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan. Berdasarkan pemaparan di atas maka penulis tertarik untuk melakukan karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Ny. B dengan diagnosa medis infark miokard akut anteroseptal di ruang Jantung dan HCU Jantung Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan penyakit ini maka penulis akan melakukan kajian lebih lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan infark miokard akut anteroseptal dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimanakah asuhan keperawatan pada anak dengan diagnosa infark miokard akut Anteroseptal di Ruang Jantung dan HCU Jantung RSPAL dr. Ramelan Surabaya

## **1.3 Tujuan Penulisan**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa infark miokard akut anteroseptal di Ruang Jantung dan HCU Jantung RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Mengkaji klien dengan diagnosa infark miokard akut Anteroseptal di Ruang Jantung dan HCU Jantung RSPAL dr. Ramelan Surabaya.
2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada klien dengan diagnosa infark miokard akut anteroseptal di Ruang Jantung HCU Jantung RSPAL dr. Ramelan Surabaya.
3. Merencanakan asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa infark miokard akut anteroseptal di Ruang Jantung dan HCU Jantung RSPAL dr. Ramelan Surabaya.
4. Melaksanakan asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa infark miokard akut anteroseptal di Ruang Jantung dan HCU Jantung RSPAL dr. Ramelan Surabaya.
5. Mengevaluasi klien dengan diagnosa infark miokard akut anteroseptal di Ruang Jantung dan HCU Jantung RSPAL dr. Ramelan Surabaya.
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan klien dengan diagnosa infark miokard akut anteroseptal di Ruang Jantung dan HCU Jantung RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

### **1.4 Manfaat Penulisan**

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

1. Akademisi



Hasil studi kasus ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada Ny. B dengan diagnosa medis Infark Miokard Akut Anteroseptal di Ruang Jantung dan HCU Jantung RSPAL dr. Ramelan Surabaya

## 2. Praktisi

### a. Bagi Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit

Hasil studi ini dapat menjadi masukan bagi pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan infark miokard akut Anteroseptal

### b. Bagi Penulis

Hasil penulisan ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi penulisan berikutnya, yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan pada pasien infark miokard akut Anteroseptal dengan baik.

### c. Bagi Profesi Kesehatan

Hasil karya tulis ilmiah ini dapat sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada pasien infark miokard akut Anteroseptal

## 1.5 Metode Penulisan

### 1. Metode

Studi kasus yaitu metode yang memusatkan perhatian pada satu objek tertentu yang diangkat sebagai sebuah kasus untuk dikaji secara mendalam sehingga mampu membongkar realitas di balik fenomena.

### 2. Teknik Pengumpulan Data

#### a. Wawancara

Data diambil/diperoleh melalui percakapan baik dengan pasien, keluarga maupun dengan tim kesehatan lain.

b. Observasi

Data yang diambil melalui penelitian secara baik dengan pasien, reaksi, respon pasien dan keluarga pasien sangat menerima kehadiran saya dengan baik

c. Pemeriksaan

Dengan pemeriksaan yang meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium dapat menunjang menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

3. Sumber Data

a. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari pasien.

b. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat dengan pasien, catatan medis perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan catatan dari tim kesehatan yang lain.

c. Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber dan jurnal yang berhubungan dengan judul karya tulis dan masalah yang di bahas.

## 1.6 Sistematika Penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam memahami dan mempelajari studi kasus 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:

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

BAB 2: Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis, dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa Infark Miokard Akut.

BAB 3: Tinjauan kasus berisi tentang diskripsi data hasil pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

BAB 4: Pembahasan kasus yang ditemukan yang berisi data, teori dan opini serta analisis.

BAB 5: Penutup: Simpulan dan saran.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Dalam bab 2 ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan infark miokard akut anteroseptal. Konsep penyakit akan diuraikan definisi, etiologi, dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul pada penyakit infark miokard akut anteroseptal dengan melakukan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, evaluasi.

#### **2.1 Konsep Dasar Penyakit Infark Miokard Akut**

##### **2.1.1 Anatomi dan Fisiologi**

Jantung berbentuk seperti pir/kerucut seperti piramida terbalik dengan apeks (superior-posterior:C-II) berada di bawah dan basis ( anterior-inferior ICS – V) berada di atas. Pada basis jantung terdapat aorta, batang nadi paru, pembuluh balik atas dan bawah dan pembuluh balik. Jantung sebagai pusat sistem kardiovaskuler terletak di sebelah rongga dada (cavum thoraks) sebelah kiri yang terlindung oleh costae tepatnya pada mediastinum. Untuk mengetahui denyutan jantung, kita dapat memeriksa dibawah papilla mammae 2 jari setelahnya. Berat 3 pada orang dewasa sekitar 250-350 gram.

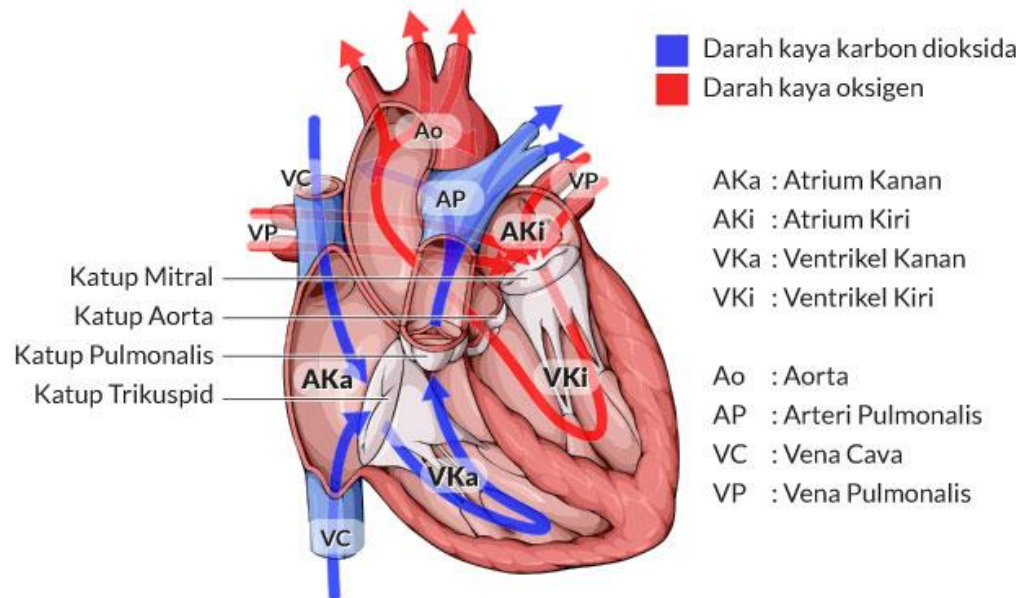
Otot jantung terdiri atas 3 lapisan yaitu: a) Luar/pericardium Berfungsi sebagai pelindung jantung atau merupakan kantong pembungkus jantung yang terletak di mediastinum minus dan di belakang korpus sterni dan rawan iga II- IV

yang terdiri dari 2 lapisan fibrosa dan serosa yaitu lapisan parietal dan viseral. Diantara dua lapisan jantung ini terdapat lender sebagai pelican untuk menjaga agar gesekan pericardium tidak mengganggu jantung. b) Tengah/ miokardium Lapisan otot jantung yang menerima darah dari arteri koronaria. c) Dalam / Endokardium Dinding dalam atrium yang diliputi oleh membrane yang mengilat 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. (Shinta, 2021)

### 2.1.2 Definisi

Gambar 2.1 Anatomi jantung



Infark Miokard Akut ( IMA ) didefinisikan sebagai nekrosis miokardium yang disebabkan oleh tidak adekuatnya pasokan darah akibat sumbatan akut pada arteri koroner. Sumbatan ini sebagian besar disebabkan oleh ruptur plak aterosklerotik pada arteri koroner yang kemudian diikuti oleh terjadinya trombosis, vasokonstriksi, reaksi inflamasi, dan mikroembolisasi distal. Kadang-kadang sumbatan akut ini dapat pula disebabkan oleh spasme arteri koroner, emboli, atau vaskulitis. (Intan, 2019)

Infark miokard disebabkan oleh nekrosis miokardium akibat perfusi darah yang tidak adekuat pada jaringan otot jantung. Keadaan ini menyebabkan perubahan mikroskopis pada jantung dan pelepasan enzim jantung ke dalam aliran darah. Faktor risiko meliputi peningkatan usia, keadaan hiperkoagulabel, vaskulitis dan faktor yang menjadi predisposisi aterosklerosis (Amaliah et al., 2019)

### 2.1.3 Etiologi

Menurut Nurarif (2013) dalam(Zulhafni, 2020) penyebab IMA yaitu :

- a. Faktor penyebab :
  - 1) Suplai oksigen ke miocard berkurang yang disebabkan oleh 3 faktor :
    - a) Faktor pembuluh darah : Aterosklerosis, spasme, arteritis.
    - b) Faktor sirkulasi : Hipotensi, stenosis Aorta, insufisiensi.
    - c) Faktor darah : Anemia, hipoksemia, polisitemia.
  - 2) Curah jantung yang meningkat :
    - a) Aktifitas yang berlebihan.
    - b) Emosi.
    - c) Makan terlalu banyak.
    - d) Hipertiroidisme.
  - 3) Kebutuhan oksigen miocard meningkat pada :
    - a) Kerusakan miocard.
    - b) Hypertropimiocard.
    - c) Hypertensi diastolic.
- b. Faktor predisposisi :
  - 1) Faktor resiko biologis yang tidak dapat diubah :
    - a) Usia lebih dari 40 tahun.
    - b) Jenis kelamin: insiden pada pria tinggi, sedangkan pada wanita meningkat setelah menopause.
    - c) Hereditas.
    - d) Ras : lebih tinggi insiden pada kulit hitam.
  - 2) Faktor resiko yang dapat diubah :

a) Mayor : hiperlipidemia, hipertensi, merokok, diabetes, obesitas, diet tinggi lemak jenuh, aklori.

b) Minor : inaktifitas fisik, pola kepribadian tipe A (emosional, agresif, ambisius, kompetitif), stress psikologis berlebihan

#### **2.1.4 Manifestasi Klinis**

Manisfestasi Kinik IMA menurut Nurarif (2013) dalam (Agustin, 2019) yaitu

1. Lokasi substernal
2. Sifat nyeri : rasa sakit seperti ditekan, terbakar, tertindih benda berat, ditusuk, diperas dan diplintir
3. Nyeri hebat pada dada kiri menyebar ke bahu kiri, leher kiri dan lengan atas kiri
4. Faktor pencetus : latihan fisik, stress emosi, udara dingin, dan sesudah makan
5. Gejala yang menyertai : keringat dingi, mual, muntah, sulit bernafas, cemas dan lemas
6. Dispnea

#### **2.1.5 Tanda Dan Gejala**

Menurut (neva andriyani, 2016) pada beberapa penderita IMA, dapat ditemukan tanda dan gejala sebagai berikut :

1. Nyeri dada Nyeri dada pada pendrita infark miokard terasa lebih intensif dan berlangsung lama serta tidak sepenuhnya hilang dengan istirahat ataupun pemberian nitrogliserin. Selain itu neri terjadi pada substernum



yang terasa berat, menekan, seperti dremas-remas dan kadang menjalar ke leher, rahang epigastrium, bahu, atau lengan kiri.

2. Peningkatan tekanan JVP Pada fase awal ainfark miokard, tekanan vena jugularis akan mengalami sedikit peningkatan
3. Pulsasi arteri akrotis melemah karena penurunan stroke volume yang dipompa ke jantung
4. Keringat dingin, gelisah
5. Sesak nafas
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 nyeri
8. Terjadi bradikardi dan aritmia
9. Kadar CK (kreatinin forfokinase) bisa normal pada stadium awal, tapi bisa meningkat 6 jam pasca infark
10. IMA yang tanpa gejala atau yang luput terdiagnosis dapat menimbulkan atau mengikuti keadaan klinis lainnya. Keadaan ini meliputi sebagai berikut:
  - a) Pingsan akibat disritmia jantung atau perfusi serebral yang menurun
  - b) Trauma yang timbul akibat hilangnya kesadaran
  - c) Hilangnya kesadaran dan stroke, IMA tidak jarang merupakan penyebab, sebagai akibat dari hipoperfusi dari endokardium yang rusak diatas area infark dari jantung Pada penderita

### **2.1.6 Patofisiologis**

Pada Infark miokard akut dengan elevasi segmen ST (STEMI) umumnya

terjadi jika aliran darah koroner menurun secara mendadak setelah oklusi trombus pada plak aterosklerotik yang sudah ada sebelumnya. Pada sebagian besar kasus, infark terjadi jika plak aterosklerosis mengalami fisur, ruptur atau ulserasi, dan jika kondisi lokal atau sistemik memicu trombogenesis, sehingga terjadi trombus mural pada lokasi ruptur yang mengakibatkan oklusi arteri koroner. Penelitian histologis menunjukkan plak koroner cenderung mengalami ruptur jika mempunyai fibrousca yang tipis dan inti kaya lipid (Alwi, 2009) dalam (AJA MICHELLE PUTRI HABERHAM, 2018)

Infark merepresentasikan kulminasi dari kaskade kejadian yang berbahaya, yang diinisiasikan oleh iskemia, yang berkembang dari fase yang potensial reversibel ke fase kematian sel yang ireversibel. Miokard yang disuplai secara langsung oleh pembuluh darah yang tersumbat akan segera mati. Jaringan di sekitar daerah yang nekrosis mungkin tidak akan segera nekrosis karena jaringan tersebut mungkin cukup diperfusikan oleh pembuluh darah sekitar yang masih 9 Universitas Sumatera Utara baik. Akan tetapi, sel-sel sekitar lainnya dapat menjadi iskemik seiring waktu, akibat kebutuhan akan oksigen tetap berlangsung meski suplai oksigen menurun, dan regio infark dapat meluas ke arah luar (Sabatine, 2011) dalam (AJA MICHELLE PUTRI HABERHAM, 2018)

### **2.1.7 Komplikasi**

1. Disritmia
2. Gagal Jantung Kongestif dan Syok Kardiogenik
3. Tromboemboli
4. Perikarditis
5. Ruptura Miokardium

## 6. Aneurisma Ventrikel

### 2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan EKG 12 sandapan umumnya pada IMA terdapat gambaran iskemia, injuri dan nekrosis yang timbul menurut urutan tertentu sesuai dengan perubahan-perubahan pada miokard yang disebut evolusi EKG. Evolusi terdiri dari fase-fase sebagai berikut: (TEGUSTI, n.d.)

1. Fase awal atau fase hiperaktif. 25 Terdiri dari:
  - a. Elevasi ST yang non spesifik
  - b. T yang tinggi dan melebar.
2. Fase evolusi lengkap. Terdiri dari:
  - a. Elevasi ST yang spesifik, konveks ke atas
  - b. T yang negatif dan simetris
  - c. Q patologis
3. Fase infark lama Terdiri dari:
  - a. Q patologis, bisa QS atau Qr
  - b. ST yang kembali iso-elektrik
  - c. T bisa normal atau negatif.

Timbulnya kelainan-kelainan EKG pada IMA bisa terlambat, sehingga untuk menyingkirkan diagnosis IMA membutuhkan EKG serial. Fase evolusi yang terjadi bisa sangat bervariasi, bisa beberapa jam hingga 2 minggu. Selama evolusi atau sesudahnya, gelombang Q bisa hilang sehingga disebut infark miokard non-Q. Gambaran infark miokard subendokardial pada EKG tidak begitu jelas dan memerlukan konfirmasi klinis dan laboratoris, pada umumnya terdapat depresi segmen ST yang disertai inversi segmen T yang bertahan beberapa hari. Pada infark

miokard pada umumnya dianggap bahwa Q menunjukkan nekrosis miokard, sedangkan R menunjukkan miokard yang masih hidup, sehingga bentuk QR menunjukkan infark non-transmural sedangkan bentuk QS menunjukkan 26 infark transmural. Pada infark miokard non-Q, berkurangnya tinggi R menunjukkan nekrosis miokard. Pada infark miokard dinding posterior murni, gambaran EKG menunjukkan bayangan cermin dari infark miokard anteroseptal terhadap garis horisontal, jadi terdapat R yang tinggi di V1, V2, V3 dan disertai T yang simetris

### **2.1.9 Penatalaksanaan**

Tujuan awal tata laksana infark miokard akut yaitu mengembalikan perfusi miokard sesegera mungkin, meredakan nyeri, serta mencegah dan tata laksana komplikasi ( Asikin, Nuralamsyah, Susaldi, 2016 ) dalam (Intan, 2019) Tata laksana awal meliputi :

1. Pemberian oksigen tambahan melalui sungkup/kanula hidung dan pemantauan saturasi oksigen
2. Mengurangi nyeri dada
3. Terapi fibrinolitik dengan pemberian tissue-type plasminogen activator serta aspirin dan heparin dalam waktu 90 menit sejak onset gejala
4. modifikasi pola hidup
5. Obat penghambat enzim pengonversi angiotensin ( ACE inhibitor ) untuk mengurangi preload dan afterload.
6. Beta blocker untuk menurunkan kecepatan denyut jantung, sehingga kerja jantung menjadi berkurang.
7. Statin untuk menurunkan kolesterol yang merupakan penyebab aterosklerosis

8. pembedahan

## **2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Diabetes Mellitus**

### **2.2.1 Pengkajian**

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Pengkajian merupakan tahap yang paling menentukan bagi tahap berikutnya. Kemampuan mengidentifikasi masalah keperawatan yang terjadi pada tahap ini akan menentukan diagnosis keperawatan. Oleh karena itu, pengkajian harus dilakukan secara teliti dan cermat sehingga seluruh kebutuhan perawatan pada pasien dapat diidentifikasi. Kegiatan dalam pengkajian adalah penumpulan data baik subyektif maupun obyektif dengan tujuan menggali informasi tentang status kesehatan pasien ( Nikmatur, 2012 ) dalam (Intan, 2019)

#### **1. Biodata**

Perlu ditanyakan : nama, umur, jenis kelamin, alamat, suku, agama, nomor register, pendidikan, tanggal MRS, serta pekerjaan yang berhubungan dengan stress atau sebab dari lingkungan yang tidak menyenangkan. Jenis kelamin lebih sering terjadi pada laki – laki umur 35 tahun dan wanita lebih dari 50 tahun ( Shoemaker, 2011 ) dalam (Intan, 2019)

#### **2. Keluhan utama**

Pasien Infark Miokard Akut mengeluh nyeri pada dada substernal, yang rasanya tajam dan menekan sangat nyeri, terus menerus dan dangkal. Nyeri dapat menyebar ke belakang sternum sampai dada kiri, lengan kiri, leher, rahang, atau bahu kiri. Nyeri miokard kadang-kadang sulit dilokalisasi dan nyeri mungkin dirasakan sampai 30 menit tidak hilang dengan istirahat atau pemberian nitrogliserin ( Yuniarta, 2011 ) dalam (Intan, 2019)

### 3. Riwayat penyakit sekarang

Pada pasien infark miokard akut mengeluh nyeri pada bagian dada yang dirasakan lebih dari 30 menit, nyeri dapat menyebar samapi lengan kiri, rahang dan bahu yang disertai rasa mual, muntah, badan lemah dan pusing. ( Yuniarta, 2011 ) dalam (Intan, 2019)

### 4. Riwayat penyakit dahulu

Pada klien infark miokard akut perlu dikaji mungkin pernah mempunyai riwayat hipertensi dan diabetes mellitus, karena diabetes mellitus terjadi hilangnya sel endotel vaskuler dan berakibat berkurangnya produksi nitri oksida sehingga terjadi spasme otot polos dinding pembuluh darah ( Underwood, 2012) dalam (Intan, 2019)

### 5. Riwayata penyakit keluarga

Riwayat penyakit jantung keluarga, diabetes mellitus, peningkatan kolesterol darah, kegemukan, hipertensi, yang beresiko diturunkan secara genetik berdasarkan kebiasaan keluarganya ( Yuniarta, 2011 ) dalam (Intan, 2019)

### 6. Riwayat psikososial

Rasa takut, gelisah dan cemas merupakan psikologis yang sering muncul pada klien dan keluarga. Hal ini terjadi karena rasa sakit, yang dirasakan oleh klien. Perubahan psikologis tersebut juga muncul akibat kurangnya pengetahuan terhadap penyebab, proses dan penanganan penyakit infark miokard akut. Hal ini terjadi dikarenakan klien kurang kooperatif dengan perawat ( Yuniarta, 2011 ) dalam (Intan, 2019)

### 7. Pemeriksaan Fisik

### 1) B1 (*Breathing*)

Pemeriksaan fisik pada sistem pernapasan sangat mendukung untuk mengetahui masalah pada pasien dengan gangguan sistem kardiovaskuler.

Pemeriksaan ini meliputi :

#### a. Inspeksi bentuk dada

Untuk melihat seberapa berat gangguan sistem kardiovaskuler. Bentuk dada yang biasa ditemukan adalah :

- a) Bentuk dada thoraks phfisis (panjang dan gepeng).
- b) Bentuk dada thoraks en bateau (thoraks dada burung).
- c) Bentuk dada thoraks emsisematous (dada berbentuk seperti tong).
- d) Bentuk dada thoraks pektus ekskavatus (dada cekung ke dalam).
- e) Gerakan pernapasan : kaji kesimetrisan gerakan pernapasan pasien.

#### b. Palpasi rongga dada

Tujuannya : melihat adanya kelainan pada thoraks, menyebabkan adanya tanda penyakit paru dengan pemeriksaan sebagai berikut:

- a) Gerakan dinding thoraks saat inspirasi dan ekspirasi.
- b) Getaran suara : getaran yang terasa oleh tangan pemeriksa yang diletakkan pada dada pasien saat pasien mengucapkan kata – kata.

#### c. Perkusi

Teknik yang dilakukan adalah pemeriksaan meletakkan falang terakhir dan sebagian falang kedua jari tengah pada tempat yang hendak diperkusi. Ketukan ujung jaritengah kanan pada jari kiri tersebut dan lakukan gerakan bersumbu pada pergelangan tangan. Posisi pasien duduk atau berdiri.

- d. Auskultasi
  - a) Suara napas normal.
  - b) Trakeobronkhial, suara normal yang terdengar pada trakhea seperti meniup pipa besi, suara napas lebih keras dan pendek saat inspirasi.
  - c) Bronkovesikuler, suara normal di daerah bronkhi, yaitu sternum atas ( torakal 3-4 ).
  - d) Vesikuler, suara normal di jaringan paru, suara napas saat inspirasi dan ekspirasi sama.
- 2) B2 ( *Blood* )
  - a. Inspeksi : inspeksi adanya jaringan parut pada dada pasien. Keluhan lokasi nyeri biasanya didaerah substernal atau nyeri diatas perikardium. Penyebaran nyeri dapat meluas di dada. Dapat terjadi nyeri dan ketidakmampuan menggerakkan bahu dan tangan.
  - b. palpasi : denyut nadi perifer melemah. Thrill pada infark miokard akut tanpa komplikasi biasanya ditemukan.
  - c. Perkusi : batas jantung tidak mengalami pergeseran
  - d. Auskultasi : Tekanan darah biasanya menurun akibat penurunan volume sekuncup yang disebabkan infark miokard akut. Bunyi jantung tambahan akibat kelainan katup biasanya tidak ditemukan pada infark miokard akut tanpa komplikasi.
- 3) B3 ( *Brain* )
  - a. Pemeriksaan neurosensori

Ditujukan terhadap adanya keluhan pusing, berdenyut selama tidur, bangun, duduk atau istirahat dan nyeri dada yang timbulnya mendadak. Pengkajian



meliputi wajah meringis, perubahan postur tubuh, menangis, merintih, meregang, menggeliat, menarik diri dan kehilangan kontak mata.

#### 4) B4 ( *Bladder* )

Output urin merupakan indikator fungsi jantung yang penting. Penurunan haluaran urine merupakan temuan signifikan yang harus dikaji lebih lanjut untuk menentukan apakah penurunan tersebut merupakan penurunan produksi urine ( yang terjadi bila perfusi ginjal menurun ) atau karena ketidakmampuan pasien untuk buang air kecil. Daerah suprapubik harus diperiksa terhadap adanya massa oval dan diperkusi terhadap adanya pekak yang menunjukkan kandung kemih yang penuh ( distensi kandung kemih ).

#### 5) B5 ( *Bowel* )

Pengkajian harus meliputi perubahan nutrisi sebelum atau pada masuk rumah sakit dan yang terpenting adalah perubahan pola makan setelah sakit. Kaji penurunan turgor kulit, kulit kering atau berkeringat, muntah dan penurunan berat badan. Refluks hepatojuguler. Pembengkakan hepar terjadi akibat penurunan aliran balik vena yang disebabkan karena gagal ventrikel kanan. Hepar menjadi besar, keras, tidak nyeri tekan dan halus. Ini dapat diperiksa dengan menekan hepar secara kuat selama 30 – 60 detik dan akan terlihat peninggian vena jugularis sebesar 1 cm.

#### 6) B6 ( *Bone* )

Pengkajian yang mungkin dilakukan adalah sebagai berikut :

- a. Keluhan lemah, cepat lelah, pusing, dada rasa berdenyut, dan berdebar.
- b. Keluhan sulit tidur ( karena adanya orthopnea, dispnea nokturnal paroksimal, nokturia, dan keringat pada malam hari ).

- c. Istirahat tidur : kaji kebiasaan tidur siang dan malam, berapa jam pasien tidur dalam 24 jam dan apakah pasien mengalami sulit tidur dan bagaimana perubahannya setelah pasien mengalami gangguan pada sistem kardiovaskuler. Perlu diketahui, pasien dengan IMA sering terbangun dan susah tidur karena nyeri dada dan sesak napas.
- d. Aktivitas : kaji aktivitas pasien dirumah atau dirumah sakit. Apakah ada kesenjangan yang berarti misalnya pembatasan aktivitas. Aktivitas pasien biasanya berubah karena pasien merasa sesak napas saat beraktivitas.

### **2.2.2 Diagnosis Keperawatan**

Pernyataan yang jelas tentang masalah klien dan penyebab. Selain itu harus spesifik berfokus pada kebutuhan klien dengan mengutamakan prioritas dan diagnosa yang muncul harus dapat diatasi dengan tindakan keperawatan.

Diagnosa yang mungkin muncul adalah :

1. Gangguan pertukaran gas b.d akumulasi cairan dalam alveoli sekunder kegagalan fungsi jantung.
2. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer b.d penurunan curah jantung.
3. Nyeri akut b.d hipoksia miokard ( oklusi arteri koroner ).
4. Penurunan curah jantung b.d perubahan laju, irama, dan konduksi elektrik.
5. Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplay oksigen miokard dan kebutuhan, adanya iskemia/nekrosis jaringan miokard.

Ansietas b.d perubahan kesehatan dan status sosio-ekonomi

### 2.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah menyusun rencana tindakan keperawatan yang dilaksanakan untuk menanggulangi masalah dengan diagnosa keperawatan yang telah ditentukan dengan tujuan terpenuhinya kebutuhan pasien.

#### 1. gangguan pertukaran gas

kriteria hasil:

- a. dispnea menurun
- b. bunyi napas tambahan menurun
- c. takikardia membaik

Intervensi

- a. monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas

Rasional/untuk mengetahui upaya napas pada pasien

- b. monitor saturasi oksigen

Rasional/untuk mengetahui perkembangan saturasi oksigen pada pasien

- c. jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan

Rasional/agar pasien dapat mengetahui tujuan dan prosedur yang sedang dilakukan

#### 2. ketidakefektifan perfusi jaringan perifer

kriteria hasil:

- a. Denyut nadi perifer meningkat
- b. warna kulit pucat menurun
- c. pengisian kapiler membaik

intervensi

- a. monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas

Rasional/untuk mengetahui kondisi pada pasien

- b. hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi

Rasional/untuk mengetahui dimana saja yang boleh pemasangan infus

- c. anjurkan untuk berolahraga rutin

Rasional/agar pasien dapat menjaga kesehatan pada tubuh

### 3. nyeri akut

kriteria hasil:

- a. Keluhan nyeri menurun
- b. Meringis menurun
- c. Gelisah menurun
- d. Frekuensi nadi membaik

Intervensi

- a. Identifikasi skala nyeri

Rasional/ untuk mengetahui skala nyeri yang dirasakan pasien

- b. Monitor efek samping penggunaan analgetik

Rasional/untuk mengetahui apakah pasien ada alergi

- c. Fasilitasi istirahat dan tidur

Rasional/agar pasien dapat istirahat dengan cukup

- d. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri

Rasional/agar mengetahui penyebab pada nyeri

- e. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat

Rasional/agar mengetahui tata cara penggunaan obat dengan cepat

- f. Anjurkan memonitor analgetik secara tepat

Rasional/untuk mengetahui cara penggunaan analgetik secara tepat

#### 4. penurunan curah jantung

kriteria hasil:

- a. Kekuatan nadi perifer meningkat
- b. Takikardia menurun
- c. Lelah menurun
- d. Tekanan darah membaik

Intervensi:

- a. Identifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung

Rasional/Untuk mengetahui adanya penurunan curah jantung

- b. Monitor tekanan darah

Rasional/Untuk mengetahui tekanan darah pasien

- c. Monitor intake output cairan

Rasional/Untuk mengetahui kebutuhan cairan pasien

- d. Monitor keluhan nyeri

Rasional/Agar mengetahui perkembangan nyeri pada pasien

- e. Monitor EKG setiap Pagi

Rasional/Agar mengetahui irama jantung

- f. Posisikan semi-fowler atau fowler

Rasional/Agar pasien tau posisi yang nyaman untuk pasien

- g. Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress

Rasional/Agar pasien rilek dan tidak stress

- h. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi

Rasional/Untuk melatih beraktivitas fisik yang sesuai dengan toleransi

#### 5. intoleransi aktivitas

kriteria hasil:

- a. Frekuensi nadi meningkat
- b. Keluhan lelah menurun
- c. Dispnea saat aktivitas menurun
- d. Dispnea setelah aktivitas menurun

intervensi:

- a. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan  
Rasional/ Untuk mengetahui gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan
- b. Monitor pola dan jam tidur  
Rasional/ Untuk mengetahui pola dan jam tidur pasien
- c. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus  
Rasional/ Untuk menciptakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus
- d. Anjurkan tirah baring  
Rasional/Agar pasien dapat istirahat
- e. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap  
Rasional/Ajarkan pasien untuk beraktivitas sesuai dengan kebutuhan secara bertahap

#### 6. ansietas

kriteria hasil:

- a. perilaku gelisah menurun
- b. perilaku tegang menurun
- c. konsentrasi membaik
- d. pola tidur membaik

intervensi:

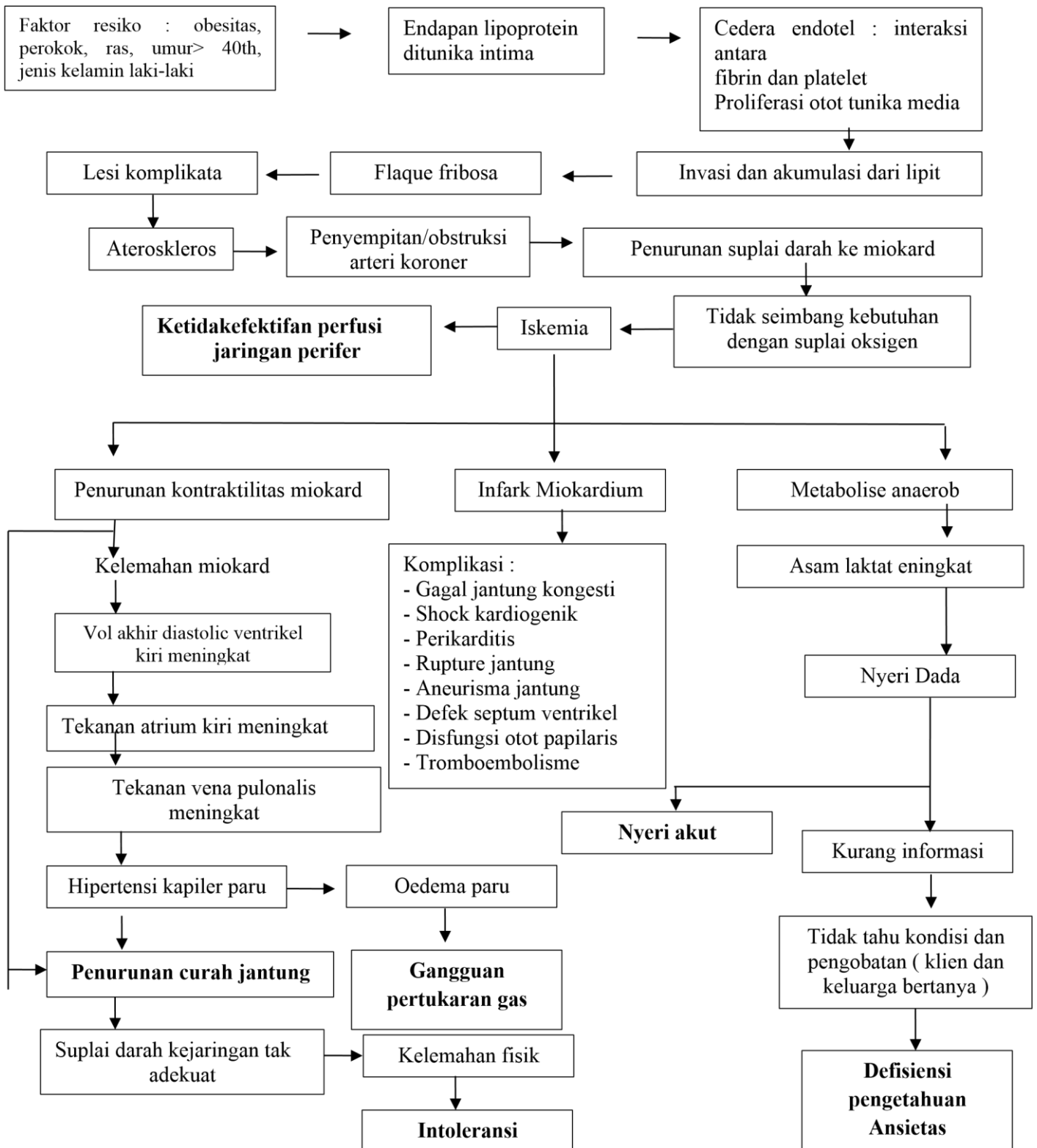
- a. identifikasi kemampuan mreneambil keputusn  
Rasional/untuk mengetahui kemampuan pasien dalam mengambil keputusan
- b. ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan  
Rasional/agar pasien dapat percaya kepada perawat
- c. latih teknik relaksasi  
Rasional/untuk menenangkan dan rileksasi pasien

#### **2.2.4 Implementasi Keperawatan**

Pelaksanaan rencana keperawatan kegiatan atau tindakan yang diberikan kepada pasien sesuai dengan rencana keperawatan yang telah ditetapkan, tetapi menutup kemungkinan akan menyimpang dari rencana yang ditetapkan tergantung pada situasi dan kondisi pasien

#### **2.2.5 Evaluasi Keperawatan**

Dilaksanakan suatu penilaian terhadap asuhan keperawatan yang telah diberikan atau dilaksanakan dengan berpegang pada tujuan yang ingin dicapai, pada bagian ini ditentukan apakah perencanaan sudah tercapai atau belum, dapat juga tercapai sebagian atau timbul masalah baru.



Gambar 2.3 Kerangka Masalah (sumber Huda Nurafif, Kusuma, 2013)



## **BAB 3**

### **TINJAUAN KASUS**

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan medikal bedah pada pasien dengan Infark Miokard Akut Anteroseptal, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai 21 sampai 23 Januari 2022 dengan data pengkajian pada tanggal 21 Januari 2022 pukul 13.30 WIB. Wawancara diperoleh dari pasien dan file No. Registrasi 6859xx sebagai berikut:

#### **3.1 Pengkajian**

##### **3.1.1 Identifikasi**

Pasien adalah seorang perempuan bernama Ny. B, Usia 64th, Beragama Islam, Bahasa yang sering digunakan adalah bahasa Jawa. Pasien tinggal di daerah Surabaya dan pekerjaan pasien mengurus rumah tangga. Pasien masuk Rumah sakit tanggal 20 Januari 2022 pukul 13.30 WIB

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

Klien mengatakan nyeri pada dada sebelah kiri

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

Pada tanggal 20 Januari pasien di rujuk ke RSPAL dr. Ramelan Surabaya lalu pasien di pindahkan ke ruang ICCU. Pasien terpasang O2 Nasal 4 lpm, terpasang venflon, terpasang foley chateter. Pada pukul 13.30 klien dipindahkan ke Ruang Jantung dan HCU Jantung untuk rawat inap. Di ruang Jantung pasien mengeluh nyeri dada sebelah kiri (P : klien mengatakan nyeri timbul saat beraktivitas dan

istirahat, Q : nyeri di dada seperti diremas, R : nyeri dada sebelah kiri, S : dengan skala 3 (1-10), T : nyeri hilang timbul, durasi waktu 5-10 menit.) klien mendapatkan pemeriksaan *EKG* dengan hasil sinus 70x/m ST elevasi dg Q patologis di V1-V5. Hasil tanda tanda vital tekanan TD:140/81 mmHg N:94x/menit S: 36.1°C RR:18x/menit SPO 100% GCS 456

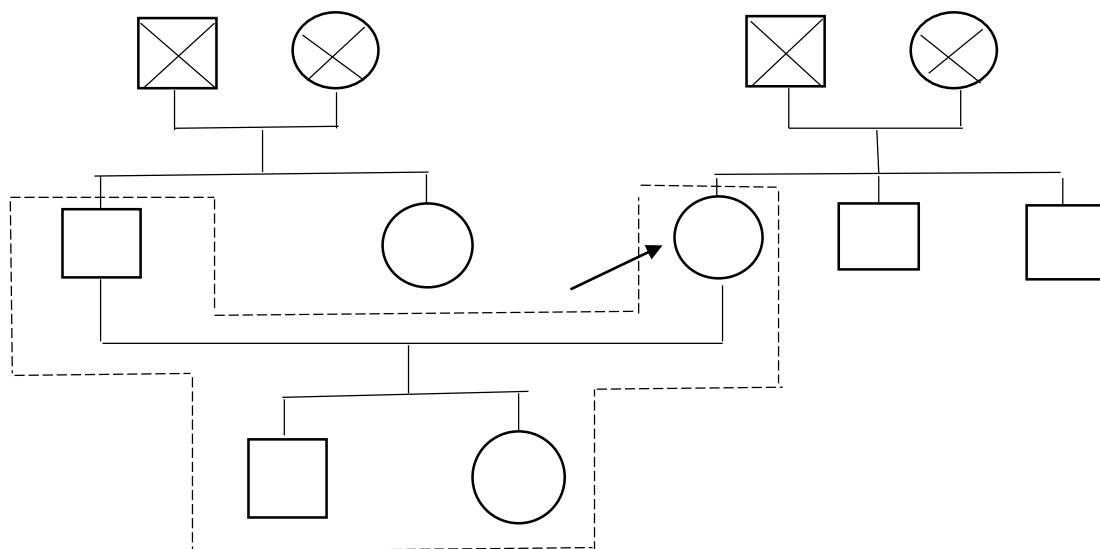
### 3.1.4 Riwayat penyakit dahulu

Pasien mengatakan mempunyai riwayat penyakit hipertensi sejak tahun 2010. Pasien jarang kontrol, dan tidak minum obat dengan teratur. Pasien mendapatkan terapi obat concor 1.25 mg. Pasien tidak memiliki riwayat penyakit diabetes mellitus.

### 3.1.5 Riwayat penyakit keluarga

pasien mengatakan jika orang tua perempuannya mempunyai riwayat penyakit hipertensi dan meninggal karena umur tua.

### 3.1.6 Genogram



Keterangan :

○ : perempuan

□ : Laki-laki



 : Meninggal
  : Satu rumah

Gambar 3.1 Genogram

### 3.1.7 Riwayat alergi

pasien mengatakan tidak mempunyai riwayat alergi terhadap makanan, minuman ataupun obat

### 3.1.8 pemeriksaan Fisik

Keadaan umum pasien composmentis, klien nampak lemah dan gelisah. tekanan darah: 140/81 mmHg, suhu 36.1°C, Nadi 94x/menit, Frekuensi nafas 18x/menit, tinggi badan 165 cm, Berat badan 100 kg. Pengkajian nyeri pada P: pasien mengatakan nyeri timbul saat beraktivitas dan istirahat, Q : nyeri seperti dada seperti diremas, R : nyeri dada sebelah kiri, S : dengan skala nyeri 3 (1-10), T : nyeri hilang timbul, durasi 5-10 menit.

#### 1. B1 (pernafasan)

Klien tidak batuk, tidak adanya sputum, didapatkan bentuk dada yang normal, pergerakan dada simetris, pola nafas teratur, irama nafas reguler, RR 18x/menit, tidak terlihat adanya otot bantu nafas, klien terlihat sesak, SpO2 98%, tidak adanya nyeri tekan. Tidak terdapat suara nafas tambahan, suara nafas klien vesikuler. Klien terlihat terpasang oksigenasi nasal kanul 3 liter per menit.

#### 2. B2 (kardiovaskuler)

Klien nyeri dada bagian kiri dengan skala 3, tidak terdapat adanya pembesaran vena jugularis, tidak adanya sianosis, akral hangat kering pucat, Nadi 94x/menit irama reguler, teraba lemah, CRT <2 detik. Ictus cordis di ICS 5 midclavicular line sinistra. Pembatasan jantung tidak mengalami pergeseran, kanan

atas : *ICS II Linea para sternalis Dextra*, kanan bawah : *ICS IV Linea Para Sternalis Dextra*, kiri atas : *ICS II Linea Para Sternalis Sinistra*, kiri bawah : *ICS IV Linea Medio Clavicularis Sinistra*. Tekanan darah : 140/81 mmHg, suara jantung S1 S2 tunggal, tidak terdapat bunyi jantung tambahan.

3. B3 (Neurologi)

Saat dilakukan pengkajian pasien sadar penuh dengan GCS 456, (*compos mentis*), pada kepala tidak ada benjolan. Rambut pasien berwarna coklat tua, pasien tidak merasakan adanya nyeri kepala, pada daerah kepala tampak bersih dan tidak kotor. Bentuk hidung pada klien simetris, tidak adanya secret ataupun lendir. Pada pemeriksaan fisik gerakan mata pasien simetris, konjungtiva pasien tidak ada anemis, sklera mata tidak ikterus, pupil mata isokor ukuran 2 mm, reflex cahaya pasien +/- berada di kedua mata. Kedua telinga pasien tampak simetris, tidak adanya serumen, pendengaran pada telinga pasien baik. Lidah tidak kotor, warna merah muda, uvula ditengah, tonsil tidak terjadi pembesaran.

4. B4 (Bladder)

Pada saat dilakukan pengkajian pada sistem perkemihan didapatkan kandung kemih tidak adanya retensi urine, tidak adanya nyeri, eliminasi urine SMRS pasien mengatakan frekuensinya 5-6x/ hari jumlah  $\pm 2000$  cc/hari warna kuning jernih, eliminasi urin MRS jumlah  $\pm 1280$  cc/hari berwarna kuning jernih, pasien menggunakan kateter.

5. B5 (Bowel)

Pada saat pengkajian mulut pasien bersih, mukosa bibir pasien lembab, pasien tidak memiliki gigi palsu, gigi pasien tidak karies, SMRS pasien makan 3X sehari dan apesin menghabiskan 1 porsi. Pada saat MRS pasien tidak merasakan

mual , muntah. Rectum dan anus tidak adanya penonjolan. SMRS BAB pasien normal 2X sehari dengan konsistensi lunak warna kuning coklat, pada saat dilakukan pengkajian di rumah sakit pasien mengatakan belum BAB. Pasien mendapat Diit NT (rendah lemak)

#### 6. B6 (Muskuloskeletal)

Pada pasien warna kulit tidak terlihat pucat, turgor kulit elastis, tidak adanya fraktur, kemampuan pergerakan sendi bebas, kekuatan otot tangan dan kaki kanan kiri maksimal

#### 7. Endokrin

Saat dilakukan pengkajian pasien tidak mengalami pembesaran kelenjar thypoid.

#### 8. Seksual dan reproduksi

Pasien adalah seorang perempuan, pasien menikah dengan seorang laki-laki dan mempunyai 2 orang anak kandung, pasien tidak mengalami kelainan reproduksi, pada daerah genitalia tampak bersih, tidak adanya hernia di daerah ingunal.

#### 9. Kemampuan perawatan diri

Pasien mengatakan SMRS dirinya mampu melakukan aktivitas secara mandiri, seperti : mandi, berpakaian, berjalan, toileting. Tetapi saat MRS pasien mengatakan jika melakukan kegiatan seperti : mandi, berpakaian, berjalan, toileting dibantu oleh anak dan perawat.

#### 10. Personal Hygine

Pasien mengatakan pada saat SMRS 2X sehari, keramas 2x/minggu, ganti pakain 2x sehari, menyikat gigi 2x sehari, memotong kuku 1x/minggu. Pada saat MRS pasien mengatakan hanya mandi 1x dalam sehari, menyikat gigi 1x sehari pada

saat pagi hari saja, pada saat masuk rumah sakit pasien mengatakan belum keramas sama sekali, kuku pasien nampak panjang dan belum dipotong pada saat pengkajian.

11. Istirahat tidur

Pasien mengatakan Tidur SMRS tidur siang 12.00-14.00 WIB dan tidur malam pukul 21.00-04.00 WIB dengan jumlah tidur 8 jam. Pada saat MRS tidur malam 22.00-04.30 WIB dan jam tidur pasien saat siang pukul 13.00-14.00 jumlah tidur pasien saat MRS : 6 jam.

12. Kognitif perspektual

Pada saat pengkajian pasien mengatakan menyadari akan penyakitnya dan pasien berharap agar dapat bisa sembuh segera pulang kerumah berkumpul dengan keluarga

Konsep diri :

- a. Harga diri: pasien dapat menerima kondisinya pada saat ini
- b. Idela diri: Pasien mengatakan ingin segera sembuh dari sakitnya agar dapat beraktivitas seperti sebelumnya
- c. Gambaran diri: pasien mengatakan menerima keadaan tubuhnya dan kondisinya yang sekarang.
- d. Fungsi peran: pasein berperan sebagai istri, ibu, dan nenek di keluarganya
- e. Identitas diri: pasein dapat menyebutkan nama, tanggal lahir, dan tempat tinggalnya.

Kemampuan bicara: pasien berbicara dengan sangat baik, bahasa sehari-hari pasein menggunakan bahasa jawa dan indonesia. Kmampuan adaptasi terhadap masalah: pasien mengatakakn merasa cemas dengan kondisi penyakitnya sekarang. Aktivitas sehari-harinya menajdi ibu rumah sakit, dan sesekali berbincang dengan

nakanya dan cucunya. Rekreasi: menonton TV dan berkumpul dengan keluarganya. Olahraga: pasien mengatakan setiap pagi berjalan di depan rumahnya. Sistem pendukung: keluarga, hubungan dengan keluarga: baik, kegiatan ibadah: pasien mengatakan sebelum MRS sholat 5 waktu tetapi pada saat MRS pasien sholat jika badan tidak lemas.

### 3.2 Pemeriksaan Penunjang

#### 1. Hasil Laboratorium pasien Ny. B dengan diagnosa IMA di Ruang Jantung

Tanggal 20 Januari 2022

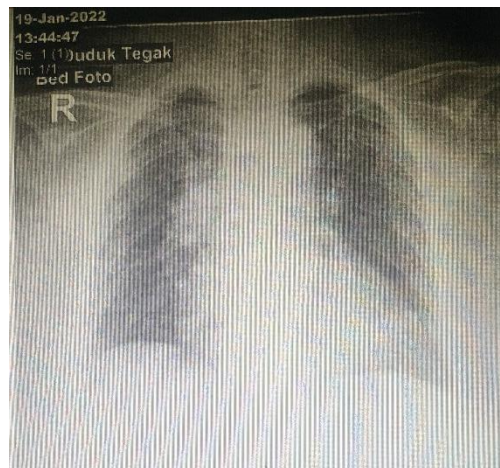
Tabel 3.1 hasil laboratorium darah lengkap

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan	Keterangan
Pasien PT	17.4	Detik	11 - 15	Perempuan
Kontrol PT	13.3			Perempuan
Pasien APTT	39.5	Detik	26.0 – 40.0	Perempuan
Kontrol APTT	35.3			Perempuan
INR	1.24	Detik	1.00 – 2.00	Perempuan
Pasien Fibrinogen	264	mg/dl	200 – 400	Perempuan
Kontrol Fibrinogen	259			Perempuan
D-dimer	>20000	ng/dl	<500	Perempuan
SGOT	103	U/L	0-35	Perempuan
SGPT	36	U/L	0-37	Perempuan
Glukosa Darah Sewaktu	124	mg/dl	74 - 106	Perempuan
Kreatinin	0.63	mg/dl	0.6 – 1.5	Perempuan

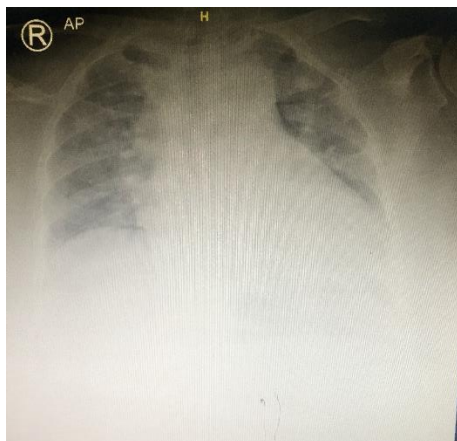
BUN	11	mg/dl	10 – 24	Perempuan
-----	----	-------	---------	-----------

## 2. Rontgen

Gambar 3.3 foto thorax



Tanggal 19 januari 2022



Tanggal 20 januari 2022



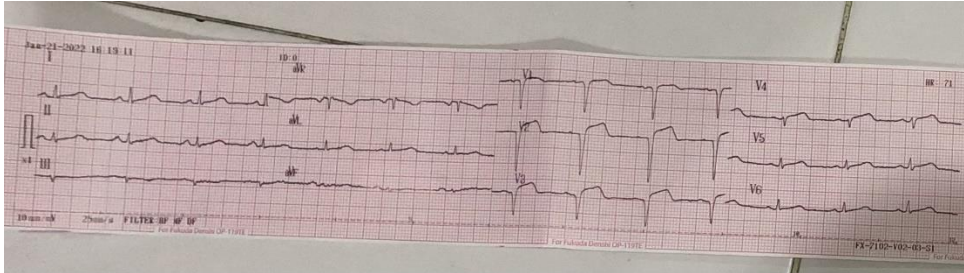
### 3. Terapi

Tabel 3.2 Terapi obat Ny. B tanggal 21 Januari 2022 dengan diagnosa medis infark miokard akut Anteroseptal

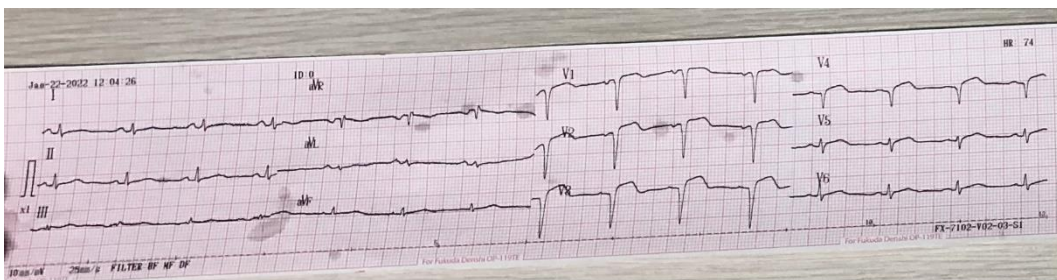
Terapi Obat	Dosis	Rute	Indikasi
Miniaspi	80 mg	Oral	Untuk menangani gejala penyakit pengumpulan darah
Clopidogrel	75 mg	Oral	Untuk mencegah kejadian aterotrombosis pada penyakit jantung koroner
Atorvastatin	40 mg	Oral	Obat untuk menurunkan kolesterol jahat serta meningkatkan kadar kolesterol baik di dalam darah
Concor	1.25 mg	Oral	Untuk menurunkan tekanan darah tinggi atau hipertensi
Isdn	3x5 mg	Oral	Untuk mengatasi nyeri dada (angina) pada orang dengan kondisi jantung tertentu
Furosemid	1 tab	Oral	Untuk mengeluarkan kelebihan cairan dari dalam tubuh melalui urine
Spironolakton	25 mg	Oral	Untuk menurunkan tekanan darah pada penderita hipertensi
Lovenox	2x0.6 cc	Oral	Untuk mencegah komplikasi angina tidak stabil dan infark miokard akut
Lansoprazole	1 tab	Oral	Untuk mengatasi gangguan pada lambung
Sucalfat	3x1c	Oral	Untuk mengatasi tukak lambung
Lactulac	3x1c	Oral	Untuk pencahar atau laksatif yang dapat membantu mengatasi sembelit atau konstipasi kronik
Nac	3x200 mg	Oral	Untuk memecahkan lendir yang ada di mulut, tenggorokan, dan paru paru

#### 4. EKG

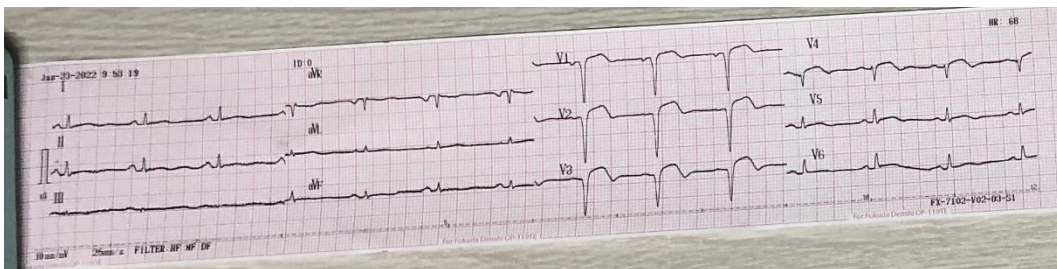
Gambar 3.3 EKG



Tanggal 21-01-2022



Tanggal 22-01-2022



Tanggal 23-01-2022

Hasil:

Sinus 70x/m ST elevasi dg Q patologis di V1-V5

### 3.3 Diagnosa Keperawatan

#### 3.3.1 Analisa Data

Tabel 3.3 Analisa Data Ny. B dengan infark miokard akut Anteroseptaldi

Ruang Jantung tanggal 21 Januari 2022

No	DATA (Symptom) / Faktor Risiko	Penyebab (Etiologi)	Masalah (Problem)
1.	<p>DS : Pasien mengatakan nyeri di dada</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. TTV</li> <li>2. Hasil EKG Sinus 80x/m ST elevasi dg Q patologis di V1-V3 ST elevasi V4-V5</li> <li>3. CRT &lt;2</li> </ol>	Perubahan irama jantung	Resiko Penurunan curah jantung D.0011 (SDKI. HAL 41)
2.	<p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan nyeri dada bagian kiri</p> <p>P : nyeri dada bagian kiri</p> <p>Q : nyeri seperti diremas</p> <p>R : bagian dada sebelah kiri</p> <p>S : 3</p> <p>T : hilang timbul</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tampak meringis</li> <li>2. Pasien tambak gelisah saat timbul nyeri</li> <li>3. Frekuensi nadi meningkat</li> </ol>	Agen pencedera fisiologis	Nyeri Akut D.0077 (SDKI. HAL172)

3.	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan lelah saat miring kanan dan kiri</li> <li>2. Pasien merasa lemah</li> </ol> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Frekuensi jantung meningkat &gt;20% dari kondisi istirahat</li> </ol> <p>Td : 140/81  N : 94%  S : 36.1  RR : 18  SPO : 100</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Pasien terlihat lemah</li> <li>3. Aktivitas pasien sepenuhnya dibantu oleh keluarga dan perawat</li> <li>4. Terpasang O2 nasal 3lpm</li> </ol>	Kelemahan	Intoleransi Aktivitas D.0056 (SDKI HAL.128)
4.	<p>DO :</p> <p>Pasien mengatakan merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi</p> <p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tampak gelisah pada saat terasa nyeri</li> <li>2. Pasien sulit tidur pada saat nyeri</li> <li>3. Tekanan darah meningkat</li> </ol>	Kurangnya terpapar informasi	Ansietas D.0080 (SDKI HAL 180)

### 3.3.2 Perioritas Masalah

Tabel 3.4 Perioritas Masalah Ny. B dengan infak miokard akut Anteroseptal di Ruang Jantung RSPAL Dr. Ramelan Surabaya tanggal 21 Januari 2022

NO	MASALAH KEPERAWATAN			Paraf (Nama perawat)
		Ditemukan	Teratasi	
1	Resiko Penurunan curah jantung b.d perubahan irama jantung	21 januari 2022	23 Januari 2022	Ega
2	Nyeri Akut b.d Agen pencedera fisiologis	21 Januari 2022	23 Januari 2022	Ega
3	Intoleransi aktivitas b.d kelemahan	21 Januari 2022	23 Januari 2022	Ega
4	Ansietas b.d kurangnya terpapar informasi	21 januari 2022	23 januari 2020	Ega

### 3.3.3 Rencana Keperawatan

Tabel 3.5 Rencana Keperawatan Ny. B dengan infak miokard akut Anteroseptaldi Ruang Jantung RSPAL Dr. Ramelan Surabaya tanggal 21 Janurai 2022

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
1	Resiko Penurunan curah jantung b.d perubahan irama jantung	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan curah jantung meningkat, dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kekuatan nadi perifer meningkat</li> <li>2. Takikardia menurun</li> <li>3. Lelah menurun</li> <li>4. Tekanan darah membaik</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung</li> <li>2. Identifikasi balance cairan /24jam</li> <li>3. Monitor tekanan darah</li> <li>4. Monitor intake output cairan</li> <li>5. Monitor keluhan nyeri</li> <li>6. Monitor EKG setiap Pagi</li> <li>7. Posisikan semi-fowler atau fowler</li> <li>8. Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress (napas dalam)</li> <li>9. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengetahui adanya penurunan curah jantung</li> <li>2. Untuk mengetahui keseimbangan cairan tubuh pada pasien</li> <li>3. Untuk mengetahui tekanan darah pasien</li> <li>4. Untuk mengetahui kebutuhan cairan pasien</li> <li>5. Agar mengetahui perkembangan nyeri pada pasien</li> <li>6. Agar mengetahui irama jantung</li> <li>7. Agar pasien tau posisi yang nyaman untuk pasien</li> <li>8. Agar pasien rilek dan tidak stress</li> </ol>

				9. Untuk melatih beraktivitas fisik yang sesuai dengan toleransi
2	Nyeri Akut b/d Agen Pencedera fisiologi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :  1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Frekuensi nadi membaik	1. Identifikasi skala nyeri (0-10) 2. Monitor efek samping penggunaan analgetik 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri 5. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat (ISDN, Lovenox, NAC) 6. Anjurkan memonitor analgetik secara tepat	1. Untuk mengetahui skala nyeri yang dirasakan pasien 2. Untuk mengetahui efek samping penggunaan analgetik 3. Anjurkan pasien untuk istirahat dan tidur 4. Agar pasien tau penyebab, periode, dan pemicu nyeri 5. Ajarkan pasien untuk menggunakan analgetik secara tepat 6. Untuk mengetahui cara memonitor analgetik secara teapat
3	Intoleransi aktivitas b.d kelemahan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam maka toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil :  1. Frekuensi nadi meningkat 2. Keluhan lelah menurun	1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelehan 2. Monitor pola dan jam tidur 3. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus	1. Untuk mengethui gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Untuk mengetahui pola dan jam tidur pasien

		<p>3. Dispnea saat aktivitas menurun</p> <p>Dispnea setelah aktivitas menurun</p>	<p>4. Anjurkan tirah baring</p> <p>5. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</p>	<p>3. Untuk menciptakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus</p> <p>4. Agar pasien dapat istirahat</p> <p>Ajarkan pasien untuk beraktivitas sesuai dengan kebutuhan secara bertahap</p>
--	--	---	--	--



### 3.3.4 Tindakan Keperawatan dan Evaluasi

Tabel 3.6 Implementasi Ny. B dengan infak miokard akut Anteroseptaldi ruang Jantung RSPAL Dr. Ramelan Surabaya tanggal 21 Januari 2022

No Dx	Waktu (tgl&jam)	Tindakan	TT perawat	Waktu (tgl&jam)	Catatan Perkembangan (SOAP)	TT perawat
1	Dinas siang 21/01/2022	Bina hubungan saling percaya dengan mengucapkan salam dan mendengarkan keluhan dari pasien		21/01/2022 21.00	DX 1: resiko 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 - CRT <2 - Td : 140/81 mmHg N : 94x/menit S : 36.1°C RR : 18x/menit SPO : 100% - Balance cairan Input cairan: Mi/ma: 1200+500 (AM) = 1700cc Output cairan: Urin:1280+1500 (iwl) = 2.780 Jadi balance cairan Ny.B dalam 24/jam adalah 1700-2.780= -1080 cc A: masalah belum teratasi P: intervensi di lanjutkan (3,5,7)	EGA
1,2,3	14.00	Melakukan Ekg	EGA			
	14.15	Melakukan observasi TTV Hasil : Td : 140/81 mmHg N : 94x/menit S : 36.1°C RR : 18x/menit SPO : 100%	EGA			
1	15.00	Memposisikan pasien dengan posisi semifowler Memonitoring keluhan nyeri Hasil : P : nyeri dada bagian kiri Q : nyeri seperti diremas R : bagian dada sebelah kiri	EGA			

1,2		S : 3 T : hilang timbul				EGA
	16.00	Membantu ADL pasien	EGA			
	16.30	Memberikan terapi injeksi lovenox 0,6cc	EGA			
	17.00	Membagikan diit makan 1 porsi NT	EGA			
	17.05	Memberikan obat oral NAC, Atorvastatin 20mg, isdn 5 mg	EGA			
	19.45	Hasil: Input cairan: Mi/ma: 1200+500 (AM) = 1700cc Output cairan: Urin:1280+1500 (iwl) = 2.780 Jadi balance cairan Ny.B dalam 24/jam adalah $1700-2.780 = -1080$ cc				
					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 nampak gelisah pada saat timbul nyeri A: masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkan (2,3,4)	
					DX 3 intoleransi aktivitas S: pasien mengatakan lemah O: - Frekuensi jantung meningkat - Pasien terlihat lemah pada saat miring kanan dan kiri - Aktivitas pasien sepenuhnya dibantu oleh keluarga dan perawat - Terpasang O2 nasal 3lpm A: masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkan (1,2,4,5)	EGA

	Dinas pagi 22/01/2022			22/01/2022	DX 1: resiko penurunan curah jantung S: - pasien mengetakan nyeri dada sebelah kiri sedikit berkurang O: - balance cairan Balance cairan /24jam Input cairan: Mi/ma: 1500+500 (AM) = 2000cc Output cairan: Urin:750+1500 (iwl) = 2.250cc 2000-2.250 - cc CRT <2 - TD: 120/68 mmHg N: 79x/menit RR:21x/menit S: 36.4°C SPO2: 99% - Cek EKG A: masalah teratasi sebagian P: intervensi di lanjutkan (3,5,7)	EGA
1,2,3	07.15	Bina hubungan saling percaya dengan mengucapkan salam dan mendengarkan keluhan pasien	EGA	14.00		
1,2	07.45	Memonitoring keluhan nyeri Hasil : P : nyeri dada bagian kiri Q : nyeri seperti diremas R : bagian dada sebelah kiri S : 2 T : hilang timbu	EGA			
1	08.00	Melakukan EKG	EGA			
1,2,3	08.00	Mengobservasi TTV Hasil: TD: 117/67 mmHg N: 82x/menit RR:20x/menit S: 36.9°C SPO2: 96%	EGA			
2	09.00	Mengajarkan pasien untuk manajemen nyeri dengan cara rileksasi nafas dalam	EGA		DX 2 : Nyeri akut S: - Pasien mengatakan nyeri dada bagian kiri sedikit berkurang P : nyeri dada bagian kiri Q : nyeri seperti diremas R : bagian dada sebelah kiri S : 2 T : hilang timbul	EGA
1,2,3	11.00	Memberikan injeksi OMZ/IV	EGA		O: - pasien nampak meringis - Pasien nampak gelisah pada saat timbul nyeri	

1,2,3	12.00	Mengobservasi TTV Hasil: TD: 120/68 mmHg N: 79x/menit RR:21x/menit S: 36.4°C SPO2: 99%	EGA		- Frekuensi nadi meningkat A: masalah teratasi sebagian P: intervensi dilanjutkan (2,3,4)	
1,2,3	12.00	Memberikan terapi oral Aspilet, bisoprolol, ISDN, NAC	EGA			
1	12.15	Memposisikan pasien dengan posisi semifowler	EGA			
1	12.30	Membuang produksi urin Hasil: UP: 400cc	EGA			
3	13.00	Menganjurkan pasien untuk istirahat  Membuang produksi urin pasien Hasil: Balance cairan /24jam Input cairan: Mi/ma: 1500+500 (AM) = 2000cc Output cairan: Urin:750+1500 (iwl) = 2.250cc 2000-2.250 -250 cc	EGA			
					DX 3 intoleransi aktivitas S: pasien mengatakan lemah berkurang O: - Frekuensi jantung meningkat - Pasien terlihat sedikit segar - Aktivitas pasien masih dibantu oleh keluarga dan perawat - Terpasang O2 nasal 2 lpm A: masalah teratasi sebagian P: intervensi dilanjutkan (1,2,4,5)	EGA

	Dinas pagi 23/01/2022			23/01/2022 14.00	DX 1: penurunan curah jantung S: - pasien mengetakan nyeri dada sebelah kiri sudah tidak nyeri O: - Balance cairan /24jam Input cairan: Mi/ma: 1500+500 (AM) = 2000cc Output cairan: Urin:750+1500 (iwl) = 2.250cc Jadi balance cairan Ny.B dalam 24/jam adalah 2.000-2.250= -250cc - CRT <2 - Cek EKG - 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)	EGA
1,2,3	07.15	Bina hubungan saling percaya dengan mengucapkan salam dan mendengarkan keluhan pasien	EGA			
2	08.00	Memonitoring keluhan nyeri Hasil : P : nyeri dada bagian kiri Q : nyeri seperti diremas R : bagian dada sebelah kiri S : 1 T : hilang timbu	EGA			
1	08.30	Melakukan EKG	EGA			
1,2,3	09.00	Mengobservasi TTV Hasil: TD: 117/67 mmHg N: 82x/menit RR:20x/menit S: 36.9°C SPO2: 96%	EGA			
2	10.00	Mengajarkan pasien untuk manajemen nyeri dengan cara rileksasi nafas dalam	EGA			
1,2,3	10.15	Memberikan injeksi OMZ/IV	EGA		DX 2 : Nyeri akut S: - Pasien mengatakan nyeri dada bagian kiri nyerinya berkurang P : nyeri dada bagian kiri Q : nyeri seperti diremas R : bagian dada sebelah kiri S : 1 T : hilang timbul O: - pasien nampak rilex - Frekuensi nadi membaik	EGA

1,2,3	12.00	Mengobservasi TTV Hasil: TD: 120/68 mmHg N: 79x/menit RR:21x/menit S: 36.4°C SPO2: 99%	EGA		- Pasien sudah tidak nampak gelisah A: masalah teratasi sebagian P: intervensi dilanjutkan (4)	
1,2,3	13.00	Memberikan terapi oral Aspilet, bisoprolol, ISDN, NAC	EGA		DX 3 intoleransi aktivitas S: pasien mengatakan sebagian aktivitasnya secara mandiri	EGA
2,3	13.25	Memposisikan pasien dengan posisi semifowler	EGA		O: - Frekuensi jantung meningkat - Pasien nampak segar - Aktivitas pasien sedikit dibantu oleh kelurag dan perawat ruangan	
1	13.45	Membuang produksi urin Hasil: Balance cairan /24jam Input cairan: Mi/ma: 1500+500 (AM) = 2000cc Output cairan: Urin:750+1500 (iwl) = 2.250cc Jadi balance cairan Ny.B dalam 24/jam adalah 2.000-2.250= -250cc	EGA		A: masalah teratasi sebagian P: intervensi dihentikan pasien persiapan KRS	

### EVALUASI SUMATIF

No	DIAGNOSA	EVALUASI SUMATIF
1	Resiko Penurunan curah jantung b.d perubahan irama jantung	<p>S: - pasien mengetakan nyeri dada sebelah kiri sudah tidak nyeri</p> <p>O: - balance cairan</p> <p>Balance cairan /24jam</p> <p>Input cairan:</p> <p>Mi/ma: 1500+500 (AM) = 2000cc</p> <p>Output cairan:</p> <p>Urin:750+1500 (iwl) = 2.250cc</p> <p>Jadi balance cairan Ny.B dalam 24/jam adalah</p> <p>2.000-2.250= -250cc</p> <p>A: masalah teratasi</p> <p>P: intervensi di hentikan</p>
2	Nyeri Akut b.d Agen pencedera fisiologis	<p>S: - Pasien mengatakan nyeri dada bagian kiri sudah tidak nyeri</p> <p>P : nyeri dada bagian kiri</p> <p>Q : nyeri seperti diremas</p> <p>R : bagian dada sebelah kiri</p> <p>S : 1</p> <p>T : hilang timbul</p> <p>O: - pasien nampak rilex</p> <p>- Pasin sudah tidak gelisah</p> <p>- Frekuensi nadi membaik</p> <p>A: masalah teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan (2,3,4)</p>
3	Intoleransi aktivitas b.d kelemahan	<p>S: pasien mengatakan lemah berkurang</p> <p>O:</p> <p>- Frekuensi jantung meningkat &gt;20% dari kondisi istirahat</p> <p>TD: 104/63 mmHg</p>

		<p>N: 68x/menit S: 36.2°C RR: 20x/menit SPO2: 98%</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Pasien terlihat segar</li><li>- Aktivitas pasien sudah bisa secara mandiri walaupun sedikit mendapatka bantuan</li></ul> <p>A: masalah teratasi P: intervensi dihentikan</p> <p>Pasien persiapan KRS</p>
--	--	--



## **BAB 4**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab 4 ini akan dilakukan pembahasan tentang Asuhan keperawatan pada pasien Ny. B dengan diagnosa Infark miokard akut Anteroseptal diruang Jantung dan HCU Jantung RSPAL dr. Ramelan Surabaya. Melalui pendekatan studi kasus untuk membahas teori, fakta serta opini penulis selama praktek dilapangan. Pembahasan terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan dengan proses keperawatan dari tahap pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan asuhan keperawatan, pelaksanaan dan evaluasi.

#### **4.1 Pengkajian**

Pada tahap pengumpulan data penulis telah melakukan perkenalan dan menjelaskan maksud dan tujuan penulis yaitu untuk melakukan asuhan keperawatan pada pasien sehingga pasien dan keluarga terbuka dan mengerti serta kooperatif.

Pada pengkajian kasus pasien Ny. B berusia 64 tahun dimana di dalam tinjauan pustaka terdapat artikel kesehatan menurut (Yuniarta, 2011) mengatakan pada keluhan utama yang menyebutkan bahwa pasien biasanya mengalami nyeri pada dada substernal, yang rasanya tajam dan menekan sangat nyeri, terus menerus dan dangkal. Nyeri dapat menyebar ke belakang sternum sampai dada kiri, lengan kiri, leher, rahang, atau bahu kiri. Nyeri miokard kadang-kadang sulit dilokalisasi dan nyeri mungkin dirasakan sampai 30 menit tidak hilang da pada tinjauan kasus infark miokard akut lebih sering terkena pada laki-laki dari pada perempuan. Sedangkan Pada pasien Ny. B mengeluh nyeri dada sebelah kiri dan menyebar ke belakang dan pasien seorang perempuan dan pada tinjauan kasus pasien yaitu

seorang perempuan mengapa bisa terjadi karna pasien sudah berumur lebih dari 60 tahun dan lebih beresiko. Hal ini ada kesesuaian antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus.

Pada riwayat penyakit sekarang menurut ( Yuniarta, 2011 ) pasien dengan IMA biasanya terjadi Pada pasien *infark miokard akut* mengeluh nyeri pada bagian dada yang dirasakan lebih dari 30 menit, nyeri dapat menyebar samapi lengan kiri, rahang dan bahu yang disertai rasa mual, muntah, badan lemah dan pusing dan biasanya pada penyakit infark miokard akut paling sering terjadi pada lakilaki dari pada wanita. Sedangkan pada tinjauan kasus pasien mengeluh nyeri dada sebelah kiri, nyeri hilang timbul pada saat beraktivitas dan beristirahat dan pasien mengeluh badannya lemah dan pusing. Jadi hal ini ada kesinambungan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus.

Pada riwayat penyakit dahulu terdapat sedikit kesenjangan, pada tinjauan pustaka menurut Underwood (2012 ) menjelaskan riwayat penyakit dahulu, Pada klien *infark miokard akut* perlu dikaji mungkin pernah mempunyai riwayat hipertensi dan diabetes mellitus. Memiliki tekanan darah tinggi yang dapat mempercepat terjadinya menumpukan plak dan kerusakan pada pembuluh arteri. Pada diabetes mellitus terjadi hilangnya sel endotel vaskuler dan berakibat berkurangnya produksi nitri oksida sehingga terjadi spasme otot polos dinding pembuluh darah sedangkan pada tinjauan kasus pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi sejak tahun 2010 yang lalu sebelum MRS dan merasakan nyeri dada sebelah kiri sudah 3 hari yang lalu sebelum MRS. Pasien tidak memiliki riwayat DM.

Pada pemeriksaan fisik pasien nyeri dada pada bagian kiri dengan skala 3, tidak terdapat pembesaran vena jugularis, tidak ada sianosis, akral dingin kering pucat. Nadi 94x/menit irama ireguler, teraba lemah, CRT <2 detik. Batas jantung tidak mengalami pergeseran. Tekanan darah : 140/81 mmHg, suara jantung S1 S2 tunggal, tidak terdapat bunyi jantung tambahan. Hasil EKG Sinus 70x/m ST elevasi dg Q patologis di V1-V5. Hal ini sesuai dengan tinjauan pustaka menurut ( Yuniarta, 2011 ) dalam (Intan, 2019) keluhan lokasi nyeri biasanya di daerah subternal atau nyeri di atas pericardium. Penyebab nyeri dapat meluas di dada. Palpasi : denyut nadi perifer melemah. Thrill pada infark miokard akut tanpa komplikasi biasanya ditemukan. Auskultasi : Tekanan darah biasanya menurun akibat penurunan volume secukupnya yang disebabkan infark miokard akut. Bunyi jantung tambahan akibat kelainan katup biasanya tidak ditemukan pada infark miokard akut tanpa komplikasi. Perkusi : batas jantung tidak mengalami pergeseran

#### **4.2 Diagnosis Keperawatan**

Diagnosa keperawatan yang ada pada tinjauan pustaka ada 6 yaitu:

1. Gangguan pertukaran gas b.d akumulasi cairan dalam alveoli sekunder kegagalan fungsi jantung.
2. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer b.d penurunan curah jantung
3. Nyeri akut b.d hipoksia miokard ( oklusi arteri koroner ).
4. Penurunan curah jantung b.d perubahan laju, irama, dan konduksi elektrik.
5. Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplay oksigen miokard dan kebutuhan, adanya iskemia/nekrosis jaringan miokard.

6. Ansietas b.d perubahan kesehatan dan status sosio-ekonomi.

Dari enam diagnosa keperawatan yang muncul tidak semua ada pada tinjauan kasus. Terdapat 3 diagnosa keperawatan yang di prioritaskan pada tinjauan kasus yaitu :

1. Resiko Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung, penulis mengangkat masalah keperawatan ini karena adanya data dari pasien, Hasil EKG sinus 70x/m ST elevasi dg Q patologis di V1-V3 ST elevasi V4-V5 dan hasil CRT <2

2 Nyeri akut berhubungan dengan agen pencendera fisiologis, penulis mengangkat masalah keperawatan ini karena adanya data dari pasien mengeluh nyeri dada bagian kiri dengan skala nyeri 3 dari (1-10), pasien tampak gelisah, frekuensi nadi meningkat menjadi 140/81 mmHg

3 Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, penulis mengangkat masalah keperawatan ini karena adanya data dari pasien pasien mengatakan lelah saat melakukan aktivitas, tekanan darah 140/81mmHg

Tidak semua diagnosa keperawatan pada tinjauan pustaka muncul pada tinjauan kasus atau pada kasus yang nyata, karena diagnosa keperawatan pada tinjauan pustaka merupakan diagnosa keperawatan pada pasien dengan diagnosa *infark miokard akut* secara umum sedangkan pada kasus nyata diagnosa keperawatan disesuaikan dengan kondisi pasien secara langsung.

#### **4.3 Perencanaan**

tahap perencanaan memberi kesempatan kepada perawat, pasien, keluarga dan orang terdekat pasien untuk merumuskan rencana tindakan keperawatan guna mengatasi masalah yang dialami pasien. Perencanaan ini merupakan suatu petunjuk

tertulis yang menggambarkan secara tepat rencana tindak keperawatan yang dilakukan terhadap pasien sesuai dengan kebutuhannya berdasarkan diagnosa keperawatan.

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

Resiko Penurunan curah jantung b.d perubahan irama jantung. Penulis melakukan tindakan EKG, monitor intake dan output untuk mengetahui balance cairan/24jam, monitor tekanan darah pada pasien.

Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis. Penulis melakukan tindakan mengidentifikasi skala nyeri pasien, berikan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri, menjelaskan cara meredakan nyeri dengan cara melakukan relaksasi nafas dalam.

Intoleransi aktivitas b.d kelemahan. Penulis melakukan tindakan keperawatan dengan monitor dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas, menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, menganjurkan untuk istirahat yang cukup.

#### **4.4 Pelaksanaan**

tahap ketika perawat mengimplikasikan rencana keperawatan ke dalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu pasien mencapai tujuan yang telah ditetapkan, kemampuan yang harus dimiliki perawat pada tahap implementasi

adalah kemampuan komunikasi yang efektif, kemampuan untuk menciptakan hubungan saling percaya dan saling bantu, kemampuan melakukan teknik psikomotor, kemampuan melakukan observasi sistematis, kemampuan memberikan pendidikan kesehatan, kemampuan advokasi, dan kemampuan evaluasi. Pelaksanaan rencana keperawatan dilakukan secara terkoordinasi dan terintegrasi untuk pelaksanaan diagnosa pada kasus tidak semua sama pada tinjauan pustaka, hal ini karena disesuaikan dengan keadaan pasien yang sebenarnya. Dalam melaksanakan pelaksanaan ini pada faktor penunjang maupun faktor penghambat yang penulis alami. Hal yang menunjang dalam asuhan keperawatan yaitu antara lain : adanya kerjasama yang baik dengan perawat maupun dokter ruangan dan tim kesehatan lainnya, tersedianya saran dan prasarana diruangan yang menunjang dalam pelaksanaan asuhan keperawatan dan penerimaan adanya penulis.

Resiko Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung yang bertujuan agar curah jantung meningkat, Kekuatan nadi perifer meningkat, Takikardia menurun, Lelah menurun, Tekanan darah membaik batas normal. Untuk mencapai tujuan tersebut dilakukan intervensi pertama monitor tekanan darah agar mengetahui tekanan darah pada pasien, kedua monitor intake output cairan agar mengetahui kebutuhan balance cairan pada pasien, ketiga monitor EKG agar mengetahui perkembangan irama jantung pada pasien, keempat posisikan semi-fowler atau fowler agar tau posisi yang nyaman untuk pasien, berikan obat yang sesuai miniapsi 80mg (oral), clopidogrel 75mg (oral), atorvastatin 40mg (oral), concor 1.25mg (oral), furosemid 1 tab (oral), spironolakton 25mg (oral)

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencenderaan fisiologis yang bertujuan agar tingkat nyeri menurun, keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, frekuensi nadi membaik. Untuk mencapai tujuan tersebut dilakukan intervensi pertama identifikasi skala nyeri pasien agar mengetahui tingkat nyeri yang dirasakan pasien, kedua menjelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri agar pasien dapat mengetahui penyebab periode dan pemicu nyeri, ketiga monitor efek samping penggunaan analgetik untuk mengetahui efek samping penggunaan analgetik pada pasien, keempat anjurkan menggunakan analgetik secara tepat agar pasien dapat menggunakan atau meminum analgetik secara tepat dan sesuai ISDN 3x5mg (oral), lovenox 2x0.6 cc (oral), nac 3x300mg (oral)

Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan yang bertujuan agar toleransi aktivitas meningkat, frekuensi nadi meningkat batas normal 60-100, keluhan lelah menurun, dispnea saat aktivitas menurun, dispnea setelah aktivitas menurun. Untuk mencapai tujuan tersebut dilakukan intervensi pertama identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan agar pasien mengetahui gangguan fungsi tubuh mana yang mengakibatkan kelelahan, kedua monitor pola dan jam tidur agar mengetahui pola jam tidur pada pasien, ketiga sediakan lingkungan yang nyaman agar pasien merasa nyaman dengan lingkungan disekitarnya, keempat anjurkan tirah baring agar pasien dapat istirahat yang cukup, kelima anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap agar pasien dapat melakukan aktivitas secara mandiri dengan latihan aktivitas secara bertahap.

#### **4.5 Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana antara hasil yang teramati dan

tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Pada tinjauan kasus evaluasi dapat dilakukan karena dapat diketahui keadaan pasien dan masalah secara langsung. Pada waktu dilakukan evaluasi. Pada diagnosa pertama evaluasi resiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung. Irama jantung pasien sudah tidak merasakan lemah dan irama jantung sudah stabil selama 3x24 jam karena tindakan yang tepat dan telah berhasil dilaksanakan dan masalah teratasi pada tanggal 23 Januari 2022. Pada diagnosa ke dua nyeri akut berhubungan dengan agen pencendera fisiologis. Nyeri pasien sudah hilang selama 3x24 jam karena tindakan yang tepat dan telah berhasil dilaksanakan dan masalah teratasi pada tanggal 23 Januari 2022. Pada diagnosa ke tiga intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Pasien tidak merasa lemah selama 3x24 jam tindakan yang tepat dan telah berhasil dilaksanakan dan masalah teratasi pada tanggal 23 Januari 2022.

Pada akhir evaluasi semua tujuan dapat dicapai karena adanya kerjasama yang baik antara pasien, keluarga, teman sejawat, dan tim kesehatan lain. Hasil evaluasi pada Ny. "B" sudah sesuai dengan harapan masalah teratasi dan pasien persiapan KRS pada tanggal 24 Januari 202



## **BAB 5**

### **PENUTUP**

Setelah penulis melakukan pengamatan dan proses asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis Infark Miokard Akut Anteroseptal di Ruang Jantung dan HCU Jantung RSPAL dr. Ramelan Surabaya pada tanggal 21 Januari 2022 sampai 23 Januari 2022, maka penulis dapat menarik kesimpulan dan sekaligus memberikan saran yang dapat bermanfaat untuk membantu meningkatkan mutu asuhan keperawatan pasien dengan Infark Miokard Akut.

#### **5.1 Kesimpulan**

Penulis dapat menguraikan tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan IMA (*infark miokard akut*) maka di dapatkan kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian didapatkan Ny. B berjenis kelamin perempuan, usia 64 tahun, dengan keluhan nyeri dada sebelah kiri dengan skala 3 (0-10)
2. Diagnosis keperawatan yang muncul adalah yang pertama resiko penurunan curah jantung b.d perubahan irama jantung, kedua nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis, ketiga .intoleransi aktivitas b.d kelemahan.
3. Rencana tindakan keperawatan disesuaikan dengan diagnosis keperawatan dengan tujuan untuma diharapkan takikardi menurun, lelah menurun, tekanan darah membaik, keluhan nyeri menurun, gelisah menurun, dispnea saat aktivitas menurun.
4. Pelaksanaan atau implementasi yang dilakukan kepada pasien adalah, monitor EKG setiap pagi, memberikan terapi relaksasi napas dalam, posisikan semi-fowler atau fowler, monitor tekanan darah, identifikasi skala

nyeri, fasilitasi istirahat dan tidur, menjelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri, mengajarkan melakukan aktivitas secara bertahap, mengajarkan penggunaan analgetik secara tepat.

5. Pada akhirnya evaluasi hari minggu, tanggal 23 Januari 2022 di dapatkan kondisi pasien irama jantung stabil, pasien tidak merasakan adanya nyeri, pasien dapat melakukan aktivitas secara mandiri dan bertahap, perilaku gelisah pasien menurun, kelemahan pasien menurun.
6. Penulis mendokumentasikan pengkajian, diagnosa, keperawatan, dan rencana keperawatan pada tanggal 23 Januari 2022 dalam lembar asuhan keperawatan medikal bedah dan menuliskan tindakan keperawatan dan asuhan keperawatan dalam lembar harian asuhan keperawatan medikal bedah sesuai standart penulisan dokumentasi keperawatan

## **5.2 Saran**

Adapun saran-saran yang ingin penulis sampaikan setelah melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan infark miokard akut adalah sebagai berikut:

1. Bagi pasien dan keluarga pasien  
Dihaparkan ketelibatan dan kerja sama antara pasien dan keluarga untuk mengatur pola makan pasien dengan rendah protein dan garam, rutin berolahraga, rutin mengonsumsi obat-obatan, minum air dalam jumlah yang cukup untuk mencapai hasil yang baik dan memuaskan.
2. Perawat Ruang Jantung dan HCU Jantung RSPAL Dr. Ramelan Surabaya di sarankan menjalin hubungan kerja sama dengan pasien perawat ruangan untuk melakukan balance cairan secara rutin untuk mengetahui banyaknya

cairan yang tertinggal pada tubuh pasien, dan dapat memberikan health education pada pasien infark miokard akut agar pasien mengetahui cara penanganan pada penyakitnya sehingga tingkat stress dapat berkurang

3. Rumah sakit disarankan memfasilitasi kegiatan penyuluhan yang dilakukan perawat Ruang Jantung dan HCU Jantung RSPAL. Dr Ramlean Surabaya.
4. Penulis selanjutnya akan lebih meningkatkan ilmu dan pengetahuan tentang diagnosis IMA (*infark miokard akut*) dan masalah-masalah keperawatan yang muncul pada pasien IMA (*Infark miokard akut*).

## DAFTAR PUSTAKA

- Agustin, intan ayu. (2019). *LAPORAN PENDAHULUAN DAN ASUHAN KEPERAWATAN POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES SURABAYA JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-IV KEPERAWATAN GAWAT DARURAT SURABAYA.*
- AJA MICHELLE PUTRI HABERHAM. (2018). *Insidens terjadinya komplikasi aritmia pada pasien pasca infark miokard akut skripsi.*
- Amaliah, R., Yaswir, R., Andalas, T. P.-J. K., & 2019, undefined. (2019).  
Gambaran Homosistein pada Pasien Infark Miokard Akut di RSUP Dr. M. Djamil Padang. *Jurnal.Fk.Unand.Ac.Id*, 8(2).  
<http://jurnal.fk.unand.ac.id/index.php/jka/article/view/1012>
- Intan, R. B. (2019). *KARYA TULIS ILMIAH ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. H DENGAN DIAGNOSA MEDIS INFARK MIOKARD AKUT (STEMI ANTERIOR) DI RUANG MELATI RSUD BANGIL - PASURUAN.*
- Keumalahayati, M., Kedokteran, F., & Surakarta, U. M. (2015). *SEORANG WANITA 89 TAHUN DENGAN NYERI DADA : 1506–1511.*
- neva andriyani. (2016). *tanda dan gejala IMA.* 2006.
- riskesdas. (2018). *riset kesehatan dasar.*
- Santoso, M., & Setiawan, T. (2018). *Penyakit Jantung Koroner.* 147, 5–9.
- Satyarsa, A., Suryantari, S., ... P. G.-I. S., & 2019, undefined. (n.d.). Potensi FuMA stem cells, kombinasi fukoidan dan bone marrow stem cells (BMSCs), sebagai penatalaksanaan mutakhir pada infark miokard akut.  
*Isainsmedis.Id.* Retrieved January 29, 2022, from  
<https://www.isainsmedis.id/index.php/ism/article/view/300>

Shinta. (2021). *PROGRAM D3 KEPERAWATAN STIKES HAFSHAWATY PESANTREN.*

TEGUSTI. (n.d.). *Bab ii tinjauan pustaka 2.1.* 8–31.

Torry, S. R. V, Panda, A. L., & Ongkowijaya, J. (n.d.). *KORONER AKUT.* 1–8.

Zulhafni, I. (2020). *IRMA ZULHAFNI TRIANTARI KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA PROGRAM STUDI DIV KEPERAWATAN MATARAM.* 1–22.

## **Lampiran 1**

### **SOP PEMASANGAN ELEKTROKARDIOGRAFI (EKG)**

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 Pemasangan EKG adalah sebagai berikut :

1. Untuk mengetahui adanya kelainan-kelainan irama jantung/disritmia
2. Kelainan-kelainan otot jantung
3. Pengaruh/efek obat-obat jantung
4. Gangguan -gangguan elektrolit
5. Memperkirakan adanya pembesaran jantung/hipertropi atrium dan ventrikel
6. Menilai fungsi pacu jantung.

#### **Persiapan alat :**

1. Peralatan:
  - a. Alat monitor EKG lengkap siap pakai dan dalam keadaan baik
  - b. Kapas alkohol
  - c. Jelly khusus EKG
  - d. Kapas atau kassa lembab
2. Pasien dan lingkungan sekitar:
  - a. Keluarga diberi tahu tentang tujuan serta tindakan yang akan dilakukan
  - b. Posisi pasien berbaring diatur terlentang dan datar

- c. Meminta izin untuk membuka Baju atas pasien

**Pelaksanaannya**

1. Membuka pakaian bagian atas, bila pasien memakai jam jam atau kalung dan logam lainnya harap dilepas dahulu
2. Membersihkan kotoran menggunakan kapas alkohol pada daerah dada pasien kedua pergelangan tangan dan kedua tungkai tepat dilokasi pemasangan manset elektroda
3. Mengoleskan jelly khusus EKG pada permukaan elektroda. Bila tidak ada jelly gunakan kapas basah saja
4. Memasang manset elektroda yang sudah diberi jelly pada kedua pergelangan tangan dan kedua tungkai

Pasang elektrode pada daerah dada sebagai berikut :

- a. V1 : sela iga ke 4 pada garis sternal kanan
  - b. V2 : sela iga ke 4 pada garis sternal kiri
  - c. V3 : diantara V2 dan V4
  - d. V4 : sela iga ke 5 pada midclavicula kiri
  - e. V5 : garis axila anterior (diantara V4 dan V6)
  - f. V6 : mid axila sejajar dengan V4
5. Menghidupkan alat monitor EKG
  6. Menyambungkan kabel EKG di kedua pergelangan tangan dan tungkai pasien untuk rekam ekstremitas lead (I, II, II, AVR, AVF) dengan caranya sebagai berikut:
    - a. Warna merah pada tangan kanan
    - b. Warna hijau pada kaki kiri

- c. Warna hitam pada kaki kanan
  - d. Warna kuning pada tangan kiri
7. Memasang elektroda dada untuk rekam precordial lead
  8. Melakukan kalibrasi 10 mm dengan kecepatan 25 mm volt/detik
  9. Memuat rekam secara berurutan sesuai dengan lead yang terdapat pada mesin EKG
  10. Melakukan kalibrasi kembali setelah perekam selesai

### **Evaluasi dan Documentasi**

Memberi identitas pasien pada hasil rekaman: Nama, Umur, Tanggal dan jam rekaman serta nomor lead dan nomor rekam medik